



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**ESTUDIO DE CASO BAJO LA PERSPECTIVA DE OREM A
PRIMIGESTA EN TRABAJO DE PARTO ORIENTADO EN EL
MODELO OBSTÉTRICO**

ESTUDIO DE CASO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA PERINATAL

P R E S E N T A :

L.E. BRENDA DEL CARMEN LARA ORTA

ASESORADO POR:

ME/EEP. PATRICIA MÁRQUEZ TORRES

CIUDAD DE MÉXICO

2018





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.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero agradecer a la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia por brindarme la oportunidad de ser parte de ellas, porque gracias a su programa de posgrado y a su profesorado generaron los ambientes propicios para lograr un objetivo más de mi desarrollo profesional.

Agradezco en específico a las Enfermeras Especialista, Doctores y Residentes que materia tras materia cuidaron que mi formación fuera completa no sólo en lo teórico-práctico sino también en lo humano.

A mi Coordinadora de la Especialidad, por su inmenso apoyo, por su experiencia, conocimientos y esfuerzo orientado siempre en dar lo mejor de mi.

Agradezco a cada uno de los hospitales que abrieron sus puertas confiando plenamente en nuestra formación académica.

A mis amigos de generación, que de manera directa o indirecta han contribuido a alcanzar los objetivos que me he trazado.

Por último a mi familia, novio y amigos sin los cuales, este trabajo culminante de un ciclo de estudios no habría sido posible. A todos ustedes, Gracias.



DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios, por permitirme llegar hasta este momento tan importante en mi vida personal y profesional. A mis padres, abuela y hermana quienes con su confianza, cariño y apoyo me alentaron siempre a seguir adelante.

A mi Papá José , quien siempre estará en mi corazón.

A ti, José Luis, por estar siempre a mi lado, por siempre creer en mi, por brindarme tu apoyo y confianza en todo momento, por cada desvelo, cada tarea, cada trayecto, por ese abrazo que me daba fuerza para seguir, este esfuerzo fue de los dos, no lo hubiera logrado sin ti, TE AMO.



ÍNDICE

I.- INTRODUCCIÓN	6
II.- OBJETIVOS	9
2.1 General	9
2.2 Específicos	9
III.- FUNDAMENTACIÓN	10
3.1 Antecedentes	10
IV.- MARCO CONCEPTUAL	15
4.1 Conceptualización de Enfermería	15
4.2 Paradigmas de enfermería	15
4.3 Teoría de Dorothea Elizabeth Orem	24
4.4 Proceso de Atención de Enfermería	32
V.- MARCO TEÓRICO	37
5.1 Embarazo	37
5.1.1 Embarazo Adolescente	38
5.1.2 Complicaciones perinatales en el embarazo adolescente ...	39
5.2 Ruptura prematura de membranas	41
5.3 Parto Humanizado	43
5.4 Recomendaciones de la Organización de la Salud sobre el nacimiento	45
5.5 Modelo de atención de enfermería obstétrica	50
5.6 Psicoprofilaxis obstétrica	54
VI.- METODOLOGÍA	57
6.1 Estrategia de Investigación	57



6.2 Selección del caso y fuentes de información	57
6.3 Principios éticos	58
VII.- PRESENTACIÓN DEL CASO	67
7.1 Descripción del caso	67
7.2 Antecedentes generales de la persona	68
VIII.- APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA	71
8.1 Valoración	71
8.1.1 Requisitos de autocuidado universales	72
8.1.2 Requisitos de autocuidado según la etapa de desarrollo	77
8.1.3 Requisitos de autocuidado ante una desviación de salud	78
8.2 Análisis de estudios de laboratorio	79
8.3 Esquema Metodológico	81
8.4 Jerarquización de problemas	82
8.5 Diagnósticos de Enfermería	82
IX.- PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS	84
X.- PLAN DE ALTA	136
XI.- CONCLUSIÓN	140
XII.- BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA	141
XIII.- ANEXOS	153



I.- INTRODUCCIÓN.

La fecundidad es uno de los eventos demográficos que inciden en la estructura y composición de la población y las mujeres, por su condición biológica, son el centro de atención para la medición de este tema.¹

En México de acuerdo, con resultados de la Encuesta Intercensal 2015, existen 48.7 millones de mujeres de 12 y más años de las cuales 67.3% ha tenido al menos un hijo nacido vivo. De acuerdo con la edad de la mujer, sobresale que 7.8% de las adolescentes de 12 a 19 años ya han procreado.²

Los embarazos adolescentes se están presentando con mayor incidencia, siendo de gran impacto en temas demográficos, sociales y de salud pública. Se sabe, de acuerdo a diversa literatura, que la edad es un factor predisponente a un embarazo de alto riesgo, siendo el riesgo mayor a menor edad. Entre las principales patologías asociadas se encuentra la anemia, la ruptura prematura de membranas, infecciones, patologías hipertensivas y placentarias, mismas que ponen en riesgo la vida de la madre y del feto.³

Puesto que la gestación es una función biológica que la mayoría de las veces culmina en un puerperio fisiológico y un recién nacido sano, sin embargo, existen condiciones que pueden incidir en la madre durante el proceso del embarazo, mismas que deben ser detectadas lo más oportunamente posible, a fin de prevenir daños en la madre e hijo.

En base a lo anterior, la enfermería perinatal tienen como propósito formar enfermeras/os capaces de brindar atención integral perinatal de bajo riesgo, profundizar y ampliar los conocimientos generando calidad y calidez que repercutan en la transformación de la práctica profesional y en la atención del binomio madre-hijo.

La enfermería perinatal tiene como prioridad brindar cuidados y atención durante este proceso de la vida, llevando así una valoración de calidad para determinar



cuáles serán los cuidados y actividades a realizarse en esta etapa tan importante, donde un mínimo error podría costar la vida del binomio.⁴

Como parte fundamental durante el trabajo de parto y siguiendo los objetivos de desarrollo sostenible, debemos tomar en cuenta que la mujer es un ser humano libre y con derechos, mismo que no se deben ni tienen que perder durante el trabajo de parto.⁵

Cada mujer vive el nacimiento de cada uno de sus hijos de manera distinta, según sus experiencias previas y presentes, y el recuerdo de ese acontecimiento la acompañará por el resto de su vida. En este momento tan particular y trascendente, la participación del equipo de salud debe aportar no sólo solidez profesional sino también calidez humana. Tener la capacidad de estar permanentemente atentos y listos para actuar ante la menor alteración del desarrollo normal del trabajo de parto o del nacimiento, comprendiendo que la prioridad es acompañar serenamente el desarrollo de un proceso natural es, probablemente el aprendizaje más difícil.

Quienes asisten a la mujer durante su trabajo de parto y parto, deben estar preparados para intervenir oportuna, efectiva y rápidamente pero también deben ser conscientes de que no deben interferir en este transcurrir de un fenómeno humano cuando no es necesario, respetando la dignidad e intimidad de la mujer. ⁶

De tal modo, que la Comisión Interinstitucional de Enfermería, de la Secretaría de Salud, diseñó un modelo de atención obstétrica que tiene como propósito aprovechar el potencial del personal de enfermería, en especial del licenciado en enfermería y obstetricia y el especialista en enfermería perinatal a fin de extender la cobertura de

atención profesional a la mujer gestante, mejorar la calidad de atención y de esta manera contribuir a resolver los problemas de mortalidad y morbilidad materna del país, en especial en las regiones con mayor incidencia de defunciones maternas.



Este modelo de atención en enfermería tiene como principal característica la atención centralizada en la mujer gestante y su familia, sustentándose de 3 marcos: la cruzada nacional de la calidad de los servicios, el marco disciplinar de enfermería y el enfoque de riesgo. ⁷

Es por ello que el presente estudio de caso se elaboró bajo el modelo de atención obstétrica en el que se busca empoderar a la mujer de su trabajo de parto, pero también busca empoderar a la enfermera en la atención de la mujer, demostrando los conocimientos teórico prácticos que se poseen.

Dicho estudio de caso fue elaborado en un hospital de segundo nivel de atención del sector salud del Estado de México, en este se plasman los conocimientos teórico-práctico e instrumentales del especialista en enfermería perinatal necesarios para la atención de primigesta con edad materna de riesgo y trabajo de parto en fase activa.

Como herramientas de trabajo para la realización del estudio de caso, se utilizó un instrumento de valoración perinatal, así como el modelo de atención obstétrica y el proceso de cuidado enfermero basado en la teoría de Dorothea E. Orem y literatura de diversas fuentes.

Con este fundamento se elaboran diagnósticos de enfermería y, a partir de ellos se diseña todo un plan de cuidados, que permitió proporcionar cuidado especializado basado en la mejor evidencia, en todas las áreas de la persona que contemplen sus requisitos de autocuidado en esta etapa de desarrollo.



II.- OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO.

2.1 Objetivo General:

Dar a conocer las intervenciones de enfermería perinatal implementadas a través de la teoría de Dorothea E. Orem a primigesta en trabajo de parto en fase latente, dentro de la unidad de tococirugía en el Hospital General la Perla, basado en el Modelo Obstétrico de Enfermería.

2.2 Objetivos Específicos:

- Identificar las estrategias de atención para el control de riesgos materno-fetales.
- Dar a conocer los requisitos universales alterados que pudieran causar problemas reales o potenciales con base a las respuestas humanas.
- Exponer un plan de cuidados implementado a gestante durante el trabajo de parto bajo el enfoque del modelo obstétrico de enfermería.
- Comunicar las técnicas psicoprofilácticas implementadas a la mujer gestante durante el trabajo de parto.
- Mejorar el confort en la gestante
- Evaluar técnicas diagnósticas y terapéuticas, así como los efectos que estos tienen en la mujer para favorecer su trabajo de parto



III.- FUNDAMENTACIÓN.

3.1 Antecedentes.

La aplicación del proceso de atención de enfermería es una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros a mujer gestante, durante su trabajo de parto, sustentandolo en la Teoría de Dorothea E. Orem. Se implementó el proceso en sus 5 etapas; durante la valoración se obtuvieron datos por medio de la entrevista directa con la mujer, e indirecta a través del expediente clínico y realizando una historia clínica completa; en la etapa de diagnóstico se identificaron los problemas reales y potenciales que presenta la mujer, en la etapa de planificación se plantearon los objetivos, mismos que guiaron las intervenciones especializadas de enfermería perinatal. En la etapa de ejecución se implementaron las actividades planeadas en la mujer gestante, haciéndola participe en todo momento de las mismas, tratando de cubrir todas sus necesidades de cuidado y finalmente se realizó una evaluación oportuna y completa de las intervenciones implementadas.

Para darle validez a este estudio de caso se hará uso de información documentada y publicada, misma que presenta evidencia de diferentes investigaciones.

La búsqueda de información se hizo mediante buscadores informáticos de tipo académicos como Google Académico, SciELO (Biblioteca Científica Electrónica en Línea), ERIC (Institute of Education Sciences), Pubmed, Redalyc.org (Red de revistas científicas de América Latina y el Caribe), Biblioteca Virtual en Salud (BVS), Medigraphic, Federación de Matronas y El Centro de Recursos Académicos Informáticos Virtuales (CREATIVA) de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí (UASLP).



Se hizo una revisión bibliográfica incluyendo textos en español, inglés y portugués de distintos artículos científicos, meta análisis, investigaciones, artículos de revista, libros, entre otros. Como Palabras clave: Trabajo de parto, Parto pretérmino, Psicoprofilaxis, Parto Humanizado, Acompañamiento en parto, atención del parto, embarazo adolescente. Cuyos hallazgos de su investigación se presentan a continuación.

Manrique R, Rivero A, Ortunio M, Rivas M, Cardozo R, Guevara H, publicaron en el 2008 el estudio “Parto pretérmino en adolescente” en el que marcan al embarazo adolescente como un problema de salud pública, el cual genera cambios bio-psico-sociales en la joven, modifica sus proyectos, entorno y estilo de vida, debiendo además considerar las diferentes complicaciones que puedan presentarse en el transcurso de éste, tales como: aborto, parto pretérmino, patologías hipertensivas, rotura prematura de membranas, infección urinaria, patologías placentarias, recién nacido de bajo peso, entre otras.³

En la publicación de Noguera N y Alvarado H, “Embarazo en adolescentes: una mirada desde el cuidado de enfermería”, concluyen que es necesario como profesionales de enfermería educar para contribuir en la disminución del número de embarazos adolescentes y por ende evitar complicaciones de salud tanto física como de salud mental en las futuras madres adolescentes.⁸

Akiko Komora H. L, Souza Pinto C. M. Publicaron en 2007 el estudio: Assistência ao parto com a presença do acompanhante: Experiências de profissionais, mencionan que la presencia y participación activa del acompañante produjo reflejos positivos en varias esferas de la asistencia en el trabajo de parto y el parto. De este modo, este tipo de propuesta merece ser estimulada teniendo en vista la posibilidad de promover vivencias enriquecedoras en la mujer, su hijo y la familia en un momento importante de la vida familiar.⁹



En 2013 Biurrún-Garrido A y Goberna Tricas J realizaron una revisión bibliográfica que titularon “La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto” en el que muestran que se trata de un término polisémico, que se basa en tres aspectos fundamentales: convertir a la mujer en el centro de atención, facilitarle apoyo emocional y prestarle una atención clínica fundamentada en la evidencia científica.¹⁰

Solis Linares H, Morales Alvarado S, en el 2012 con el tema “Impacto de la psicoprofilaxis obstétrica en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal” mencionan que la Psicoprofilaxis Obstétrica (PPO) es mucho más que una simple prevención psíquica de los dolores del parto, como fue al principio. Con el tiempo se ha ido transformando en una profilaxis global de todas las contingencias desfavorables que pueden ser factores de riesgo en la gestación, parto y postparto. Concluyen que por sus beneficios probados científicamente, esta atención integral reduce los factores de riesgo en la gestación, parto y postparto, al punto que la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la educación prenatal por sus efectos positivos y beneficiosos en la madre, hijo y equipo de salud.¹¹

En 2014 Yábar Peña Maribel, publicó “La Psicoprofilaxis Obstétrica en gestantes adolescentes: Características y beneficios integrales” en el cual concluye que la psicoprofilaxis obstétrica es una herramienta para mejorar las condiciones obstétricas y emocionales en la gestante adolescente, por lo que se recomienda como parte de su atención integral. Además de promover en los profesionales de la Obstetricia, habilidades que le permitan establecer desde un inicio, una relación empática con las gestantes adolescentes, propiciando un clima de confianza y seguridad para el desarrollo normal del proceso de embarazo, parto y puerperio; como un acontecimiento fisiológico, natural y positivo.¹²



La Comisión Interinstitucional de Enfermería de la Secretaría de Salud en México, publicó en el año 2005 el “Modelo de atención de enfermería obstétrica” el cual tiene como propósito aprovechar el potencial de enfermería, en especial el licenciado en enfermería y obstetricia y del especialista perinatal a fin de extender la cobertura de atención profesional de la mujer gestante, mejorar la calidad de la atención y de esta manera contribuir a resolver los problemas de morbilidad y mortalidad materna del país.¹³

Martínez Galiano J. Y Delgado Rodríguez M., en 2013 publicaron el artículo “Modelo asistencial centrado en la humanización: resultados obstétricos”, donde resuelven que el nuevo modelo de atención sanitaria, basado en la humanización perinatal, consigue una alta satisfacción de la usuaria, menor tasa de cesáreas y la implementación mayoritaria de prácticas clínicas, como el establecimiento temprano del contacto piel a piel y la lactancia materna, aunque se mantiene un uso bajo de las medidas analgésicas alternativas y de la analgesia epidural.¹⁴

En 2012 Almaguer González J.,A, García Ramírez H. J. y Vargas Vite V. publicaron para la Secretaría de Salud “Nacimiento Humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio”, en este reconocen que el nacimiento es un proceso natural con significados culturales y sociales, que en general no se toman en cuenta en la atención pública y privada, pero que son fundamentales para la calidad y la seguridad de la atención de las mujeres y el desarrollo de la sociedad. Marcan que es muy importante hacer consciencia y unir esfuerzos para combatir la sobremedicalización del parto, desarrollar estrategias que fomenten la aplicación del enfoque basado en la evidencia científica, y faciliten la difusión y aplicación del modelo de nacimiento humanizado con enfoque intercultural en todo el país.¹⁵

Herranz, G, Pardo J, León P. Y Chiva L, publicaron en 2016 “Consideraciones éticas en obstetricia y ginecología” documento en el que marca que el obstetra ha



de actuar en interés de las dos partes y valorar con la gestante las estrategias que mejor garanticen los intereses y derechos de ambos. A su vez, la madre ha de actuar a la vez como dueña de sí misma y protectora de su hijo. Esto supone un notable enriquecimiento de la relación, ahora tripartita, médico/madre/feto. La mayoría de los conflictos éticos de la obstetricia nacen de situaciones en que chocan la autonomía de la madre y el beneficio del feto y han de ser resueltas constructivamente, tras una atenta consideración. ¹⁶



IV.- MARCO CONCEPTUAL.

4.1 Conceptualización de la Enfermería.

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.¹⁷

El cuidado profesional es asumir una respuesta deliberada que envuelve un poder espiritual de afectividad. Este puede estar vinculado al uso de tecnologías y al grado de necesidad de cuidado del paciente. El cuidado profesional es desarrollado por profesionales con conocimientos científicos en el área de la salud, dotados de habilidades técnicas que auxilian a individuos, familias y comunidades a mejorar o recuperar su salud.¹⁸

La Organización Mundial de la Salud define a la Enfermería como la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Esta comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.¹⁹

4.2 Paradigmas de la enfermería.

La palabra Paradigma proviene del griego *paradeigma* y el latín *paradigma*, cuyo significado es ejemplo o modelo. Es empleado para indicar un patrón, modelo, ejemplo o arquetipo. Alude aquellos aspectos relevantes de una situación que pueden ser tomados como un ejemplo.²⁰

Los paradigmas en la profesión de enfermería tienen un modo de actuar, lo que conlleva que en la medida que se van logrando conocimientos propios en la



práctica e investigación de enfermería, se van encaminando al desarrollo de la base teórica de la profesión.

Esto permite la generación de conocimientos tanto emanados de la práctica como de la teoría, vinculando las interrelaciones que se efectúan entre los elementos del paradigma enfermero y los resultados que puedan conducir al descubrimiento e incremento de los saberes propios de la disciplina científica.

El comienzo de la actividad del quehacer del cuidado está vinculado desde el mismo origen de la vida. Esta asistencia fue encasillada en la mujer como propia de su quehacer, siendo desde el proceso de la fecundación hasta conocedora de los cuidados del adulto, que a través del tiempo fueron influyendo una serie de factores donde la asistencia del cuidado se le consideró como una vocación religiosa como propia del género femenino. Con Florence Nightingale en el Siglo XIX, parecía establecerse una nueva concepción de una Enfermería más profesionalizada, sin embargo no tuvo el impulso para vincularla con la concentración de las ciencias aplicadas. En este sentido la evolución que ha tenido enfermería de pasar de un oficio o trabajo artesanal (cuidado basado en el espíritu de servicio), para pensar en el inicio de un pensamiento científico en su disciplina, no fue sencillo.²¹

Se sabe que el conocimiento científico es continuo, autónomo, objetivo y universal, la profesión de enfermería pretende constituir y conformar un esquema conceptual que le permita explicar el “cómo” y el “porqué” del cuidado enfermero, de no solo hacer cosas por hacerlas, sino mediante un carácter metodológico, con ello, los niveles de formación profesional (atención-salud-investigación), le han distinguido como una disciplina científica favoreciendo escenarios adecuados para la prestación de los usuarios.

Esta disciplina científica ha favorecido el crecimiento de Enfermería con base en las teorías y modelos existentes que describen, predicen y prescriben sobre los fenómenos relacionados con el actuar, no solo del cuidado enfermero, sino que



ahora enfocada con los problemas en su dimensión social o cultural, disciplina que ha ido evolucionando con los acontecimientos y corrientes de pensamiento, regida a través de los paradigmas. De manera epistemológica un paradigma, es un conjunto de normas que definen un estilo, un método, una cosmovisión o visión desde una macroestructura que es utilizada por los subsistemas y sistemas humanos. Los paradigmas ofrecen un camino para la construcción de conocimientos y contribución al desarrollo de la ciencia.²²

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, mediante bases teóricas, filosóficas y modelos conceptuales.²¹

Mientras que disciplinas como la física, la biología, la sociología y la historia son llamadas teóricas, otras, como el derecho, la medicina y la ciencia enfermera, son disciplinas profesionales, es decir, que están ante todo orientadas hacia una práctica profesional (Donaldson y Crowley, 1978). Según su perspectiva única y sus propios procesos de reflexión, conceptualización e investigación, las disciplinas profesionales tienen por objeto desarrollar los conocimientos que servirán para definir y guiar la práctica.

Con el fin de precisar las características de la *disciplina* enfermera, Fawcett (1984) ha examinado los escritos de varias enfermeras teorizadoras y ha reconocido, como Flaskerud y Halloran (1980), que los conceptos *cuidado*, *persona*, *salud* y *entorno* están presentes en estos escritos, a menudo de manera explícita y algunas veces de manera implícita. Desde 1859, estos cuatro conceptos están presentes en los escritos de Nightingale (1969). Es precisamente gracias a la



manera particular con la que las enfermeras abordan la relación entre el cuidado, la persona, la salud y el entorno que se clarifica el campo de la disciplina enfermera.

En el área de la ciencia enfermera, los autores han propuesto una terminología específica de estos paradigmas teniendo en cuenta su influencia sobre las concepciones de la disciplina. Las denominaciones utilizadas aquí están inspiradas en los trabajos de Newman, Sime y Corcoran-Perry (1991) y de Newman (1992). Se trata de los paradigmas de la categorización, de la integración y de la transformación.¹⁷

Desarrollo.

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 de algo y ha inspirado dos orientaciones la salud pública y enfermedad; el paradigma de Integración (1950-1975), va en relación a 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 objetivo de la investigación de estudio. Esto es que presente un conjunto de problemas definidos, junto con algunos métodos que se consideran adecuados para conseguir los objetivos establecidos.

En el ámbito de la Enfermería no existe un paradigma dominante que aclare la práctica y guíe el pensamiento, porque la complejidad de las respuestas humanas y el cuidado enfermero dificulta 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”.²¹

Paradigma de la Categorización.

Este paradigma orienta el pensamiento hacia la búsqueda de un factor causal responsable de la enfermedad. Estas manifestaciones poseen características bien definidas y medibles. Pueden ser ordenadas, tienen entre sí secuencias definidas de aparición y de enlaces previsibles.

El paradigma de la categorización ha inspirado particularmente dos orientaciones en la profesión de enfermería, una 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 hacia la salud pública

Florence Nightingale, gracias a su educación, su experiencia en cuidados enfermeros y su personalidad, se revela como la única persona calificada y dispuesta a enfrentarse con el desafío de organizar los cuidados enfermeros en los hospitales Militares. Nightingale intenta dar a los hospitales las condiciones de higiene más elementales ya que según ella, los cuidados enfermeros están basados no solamente en la compasión, sino también en la observación y la experiencia, los datos estadísticos, el conocimiento en higiene pública, en nutrición y sobre las competencias administrativas (1859- 1969). Considera a la persona según sus componentes físicos, intelectuales, emocionales y espirituales, así como por su capacidad y responsabilidad para cambiar la situación existente.

El cuidado, según Nightingale, requiere de una formación, por ello, son las personas que han recibido una formación de enfermeras las que deben de administrar los cuidados.



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 enseñanza formal y rigurosa, eje de una formación práctica en los medios clínicos y comunitarios.

Como resultado del progreso de los conocimientos en salud pública, se ha puesto de manifiesto la necesidad de programas educativos en salud, de prevención de la enfermedades infecciosas y de higiene industrial.¹⁷

Orientación hacia la enfermedad

La orientación hacia la enfermedad se sitúa a finales del siglo XIX en un contexto marcado por la expansión del control de las infecciones, es decir, la mejora de los métodos antisépticos, de asepsia y de las técnicas quirúrgicas (Dolan y Cols., 1983). Aparece la formulación de diagnósticos médicos basados en la asociación de síntomas observables a partir de fallos biológicos (Allan y Hall, 1988; Dolan y Cols., 1983). Las enfermedades físicas son consideradas como una realidad independiente del entorno, de la sociedad y de 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 y ambientales. El objetivo de la medicina tecnicocientífica es estudiar la causa de la enfermedad, formular un diagnóstico preciso y proponer un tratamiento específico (Allan y Hall, 1988).

Según esta orientación, el cuidado está enfocado hacia los problemas, el déficit o la incapacidad de la persona, la enfermera delimita las zonas problemáticas que son de su competencia que como se había dicho, está muy unida 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, coordina 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.¹⁷

Paradigma de la Integración.

Es una prolongación del paradigma de la categorización, reconoce los elementos y las manifestaciones de un fenómeno y lo integra al contexto específico en que se sitúa el fenómeno. Este paradigma ha inspirado la orientación enfermera hacia la persona. Esta orientación se caracteriza por el reconocimiento de una disciplina enfermera distinta de la disciplina médica.

Orientación hacia la persona

Según esta orientación, el cuidado va dirigido a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones: física, psíquica y social. La enfermera evalúa las necesidades de ayuda de la persona, diseña y lleva a cabo las acciones de cuidados que requiere teniendo en cuenta sus percepciones, prioridades y su globalidad, utilizando los principios de la relación de ayuda. 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 una consejera experta que ayuda a la persona a escoger los comportamientos de salud mejor adaptados a un funcionamiento personal e interpersonal más armonioso.

En la medida que la persona es un todo formado por la suma de cada una de sus partes que están interrelacionadas, los componentes biológicos, psicológicos, sociológicos, culturales y espirituales están relacionadas, de ahí la expresión: “la persona es un ser bio-psico-socio-cultural-espiritual. Según esta perspectiva, la



persona puede influenciar los factores preponderantes de su salud, teniendo en cuenta el contexto en que se encuentra. Busca las mejores condiciones posibles para obtener una salud y un 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. Por último, 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 o negativos y de reacciones de adaptación.

La orientación hacia la persona, se caracteriza por el reconocimiento de una disciplina enfermera distinta de la disciplina médica. Como los conocimientos evolucionan y las necesidades de salud se vuelven más complejas, la necesidad de una formación básica más progresiva se impone. Las investigaciones enfermeras se elaboran alrededor del objeto del cuidado, es decir, el cliente y su entorno. La experiencia clínica y la reflexión son el origen de las primeras concepciones explícitas de la disciplina o modelos conceptuales. La organización de los cuidados refleja el reconocimiento de las competencias crecientes de la enfermera cuidadora y le da un gran poder en la toma de decisiones.¹⁷

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) proporcionar una estructura compacta de conceptos centrales y de sus interrelaciones que pueden 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, 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 de salud-enfermedad con un desarrollo y avance profesional.

Se ha insistido en que el viejo paradigma se ha tornado obsoleto y contrario a los verdaderos intereses de la humanidad. Por lo que, un nuevo paradigma va orientado hacia la demanda de conocimiento, especialmente en el área de la salud. De no poderse resolver, este será finalmente rechazado por otro nuevo que no es compatible con el anterior. Por ello, el paradigma de la transformación representa un cambio de mentalidad sin precedentes, ya que es un proceso recíproco y simultáneo de interacción. En este sentido la enfermera crea las posibilidades de desarrollar el potencial de la persona para el desarrollo de su propio potencial, orientado a la persona, entorno, salud y enfermedad.

Por lo tanto enfermería confiere que la persona evolucione en la búsqueda de una calidad de vida y defina su potencial y su prioridad. En la salud, le da un valor y sentido de acuerdo a la experiencia vivida, en donde la salud va más allá de la enfermedad. Y tanto el entorno como la persona poseen una constante interacción aun teniendo su propio ritmo, su orientación y velocidad ya que tienen una estrecha interacción a lo largo de la historia. La enfermería enlaza diferentes dimensiones de los factores que influyen en el cuidado profesional de enfermería para obtener elementos sólidos que la ayudan a pensar al ser humano en su dimensión holística. Es por ello que hace lenta y compleja la transformación paradigmática de la enfermería como profesión, por lo que el profesional ha tenido siempre en cuenta asegurar la salud y el bienestar del paciente siendo la esencia principal misma del cuidado.



Este paradigma pudo haber funcionado de manera más o menos adecuada en el pasado, sin embargo ahora, frente a la situación global la aplicabilidad de este es necesaria en la cual la humanidad hace frente a cambios de manera constante en la que se exige a todos que asuman una responsabilidad moral común.²¹

4.3 Teoría de Dorothea Elizabeth Orem.

El desarrollo de teorías en enfermería es un componente esencial en la erudición enfermera para fomentar el conocimiento de la disciplina. Las teorías enfermeras claramente explicadas fomentan la comprensión y el análisis de fenómenos enfermeros y guían el desarrollo erudito de la ciencia de la práctica enfermera a través de la investigación. Sólo a través de la investigación repetida y rigurosa puede acumularse evidencia científica para apoyar o rechazar las afirmaciones teóricas o proporcionar la base para sugerir modificaciones en una teoría enfermera.

Dorothea Elizabeth Orem fue una teórica de la enfermería Moderna y creadora de la Teoría enfermera del déficit de autocuidado, conocida también como Modelo de Orem. Se educó con las Hijas de la Caridad de S. Vicente de Paúl y se graduó en 1930. Dentro de su trayectoria como teorista no influyó ninguna enfermera más que otra, sino que fue el conjunto de todas con las que había tenido contacto, y la experiencia de las mismas lo que le sirvió de fuente teórica. Orem define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí : Teoría del autocuidado, teoría del déficit del autocuidado y teoría de los sistemas de enfermería.²²

Conceptos del Metaparadigma de Orem.

Para Orem, la Persona es un todo integral, dinámico que funciona biológicamente, simbólicamente y socialmente, con la facultad de utilizar las ideas, pensar y



reflexionar sobre su propio estado de salud y guiar sus esfuerzos a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y el cuidado dependiente.²³ Es una unidad que posee la capacidad, las actitudes y el poder de comprometerse y de llevar a cabo autocuidados asociados a procesos de crecimiento y de desarrollo humano.

El Entorno representa el conjunto de los factores externos físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean familiares o comunitarios, que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlos. Es también una parte integrante de la persona.²⁴ La cultura se considera como un contexto dentro del cual se aprenden los comportamientos de autocuidado.

Ve a la Salud como un estado y establece que “ la salud es un término que tiene utilidad general considerable en describir el estado de totalidad e integridad de los componentes del sistema biológico, simbólico y social de los seres humanos”. Este concepto lo relaciona con la percepción de bienestar que tiene una persona de su condición existencial, caracterizada por la experiencia de satisfacción, placer, espiritualidad, la realización ideal del ser y una continua personalización.

Enfermería la define como un servicio humano, proceso interpersonal y una tecnología (métodos o técnicas formales) que se presta cuando la persona no puede cuidarse por si misma, para mantener la salud, la vida y el bienestar.²⁵

El concepto de cuidado surge de las proposiciones que se han establecido entre los conceptos de persona, entorno y salud, si bien incluye en este concepto metaparadigmático el objetivo de la disciplina, que es “ayudar a las personas a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico o a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico de otros”. Puede utilizar métodos de ayuda en cada uno de los sistemas de enfermería.²⁴

Fuentes Teóricas para el Desarrollo de la Teoría

La principal fuente de ideas sobre enfermería para Orem fueron sus experiencias en enfermería. A través de la reflexión sobre situaciones de la práctica enfermera,



pudo identificar el objeto o foco real de la enfermería. La pregunta que guió el pensamiento de Orem fue ¿en qué estado está una persona cuando se decide que una enfermera o enfermeras intervengan en la situación?²⁶

Dentro de su trayectoria como teorista, Dorothea Orem especifica que ningún autor en particular ha influenciado en sus trabajos; sin embargo en sus escritos utiliza el conocimiento generado de varios campos de estudio. Particularmente la contribución de Maslow desde el campo de la psicología ha sido esencial en la formación de su teoría.²⁷

La teoría general de Orem está integrada por tres teorías: Teoría del Autocuidado (TAC), Teoría del Déficit de autocuidado (TDAC) y la Teoría de los Sistemas de Enfermería (TSE).

Orem define el concepto de autocuidado como “la conducta aprendida por el individuo dirigida hacia sí mismo y el entorno para regular los factores que afectan su desarrollo en beneficio de la vida, salud y bienestar”²³. Los seres humanos, por lo general tienen habilidades intelectuales y prácticas que desarrollan a través de la vida para satisfacer sus necesidades de salud, tienen habilidades para encontrar e internalizar las informaciones necesarias por sí mismas y, cuando no es así, buscan ayuda en la familia o en profesionales de salud.

Esta teórica enfatiza que la realización del autocuidado requiere la acción deliberada, intencionada y calculada, que está condicionada por el conocimiento y repertorio de habilidades de un individuo, y se basa en la premisa de que los individuos saben cuando necesitan ayuda y, por lo tanto, son conscientes de las acciones específicas que necesitan realizar. Sin embargo, pueden escoger entre distintas opciones en sus conductas de autocuidado,

Esta teoría tiene como supuesto principal que “el autocuidado no es innato”; esta conducta se aprende, se vive durante el crecimiento y desarrollo del ser humano, siendo en su comienzo a través de las relaciones interpersonales que se



establecen con los padres, quienes son los modelos a seguir por los niños, y posteriormente con amigos, familia, es decir, el entorno que los rodea.²⁴

A partir de esta teoría se articulan tres conceptos:

- Agente de autocuidado: se refiere a cualquier persona que cumple con la responsabilidad de conocer y satisfacer las necesidades de autocuidado.
- Agente de autocuidado al dependiente: es la persona externa que acepta proporcionar el cuidado a otra persona importante para él.
- Agente de autocuidado terapéutico: en el cual la persona que da el cuidado es el profesional de enfermería.

Expone que las actividades de autocuidado son afectadas por creencias culturales, hábitos, costumbres y prácticas habituales de la familia y comunidad a la que se pertenece.²⁸ Así mismo, la teoría sustenta que existen algunos factores (FCBS) que condicionan o alteran el valor de la demanda de autocuidado terapéutico y/o la actividad de autocuidado de un individuo en momentos concretos y bajo circunstancias específicas. Se han identificado diez factores:²⁶

- Edad
- Sexo
- Estado de desarrollo
- Estado de salud
- Modelo de vida
- Factores del sistema sanitario
- Factores del sistema familiar
- Factores socioculturales
- Disponibilidad de los recursos
- Factores externos del entorno

Orem (1971) relaciona las actividades de autocuidado con los Requisitos de autocuidado, mismos que tienen por objeto promover las condiciones necesarias para la vida y maduración, y 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: niñez, adolescencia, adultez y vejez.²³

Dichos requisitos son categorizados como universales, del desarrollo o de desviación de la salud (Cuadro 1).

Los primeros representan los comportamientos que por lo general se consideran dentro de los límites normales para los seres humanos: hombre, mujeres y niños, constituyen los objetivos requeridos que deben alcanzarse a través del



autocuidado para el mantenimiento de la integridad estructural y funcional en las diversas etapas del ciclo vital.

Los requisitos del desarrollo se refieren a las condiciones más específicas y particulares que garantizan el crecimiento y desarrollo normal de la persona desde la concepción hasta la vejez y el enfrentar situaciones que pueden afectarlo.²⁹ En este requisito Orem identificó tres grupos:

- a) Hace referencia a la provisión de condiciones que promuevan el desarrollo.
- b) Son los requisitos orientados al compromiso del crecimiento propio
- c) Establece los requisitos para la prevención de las condiciones humanas y situaciones de vida que puedan afectar adversamente el desarrollo humano.

Por ultimo, los requisitos derivados de las desviaciones de la salud. Estos los que se presentan cuando la persona esta enferma o lesionada, incluyendo los defectos y las discapacidades.²³

Las requisitos de autocuidado exigen que se tomen medidas sanitarias en momentos concretos o a lo largo de un periodo de tiempo, a las que le da el nombre de demandas de autocuidado terapéutico. En opinión textual de Leddy y Pepper (1990), “los requisitos de autocuidado universales y asociados con el desarrollo dan como resultado la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades específicas, conocidas como demandas de autocuidado para la prevención primaria. Los requisitos de autocuidados relacionados con desviaciones de la salud conducen a prevenir complicaciones y a evitar la incapacidad prolongada después de una enfermedad, dándole el nombre de demanda de autocuidado para la prevención secundaria. Las demandas de autocuidado relacionadas con la prevención terciaria tienen que ver con el funcionamiento eficaz y satisfactorio de acuerdo con las posibilidades existentes”.



Cuadro 1. Requisitos de Autocuidado

Universales	<p>1.- Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.</p> <p>2.- Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.</p> <p>3.- Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento.</p> <p>4.- provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y excremento.</p> <p>5.- Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.</p> <p>6.- Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.</p> <p>7.- Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.</p> <p>8.- Promoción del 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.</p>
De desarrollo	<p>A. Soporte y promoción de los procesos vitales, incluyendo: embarazo, nacimiento, neonatos, lactancia, infancia, adolescencia y edad adulta.</p> <p>B. Proporcionar cuidados en deprivación social, pérdida de familia, amigos, posesiones y seguridad, cambios de ambiente, problema de estatus, mala salud o condiciones de vida, enfermedad terminal</p>
Desviaciones de la salud	<ul style="list-style-type: none"> - Asistencia médica segura cuando esté expuesto a patología. - Atención a los resultados del estado patológico. - Utilización de terapia médica para prevenir o tratar la patología. - Atención a los efectos molestos de la terapia médica.



	<ul style="list-style-type: none"> - Modificación de la autoimagen para aceptar los cuidados según sea necesario. - Aprender a vivir con la patología.
--	--

Fuente: Riehl Sisca, Teoría general de enfermería de Orem, Editorial Doyma. P 291

La teoría del déficit de autocuidado considerada por Orem como el núcleo central del modelo, plantea la relación de la capacidad de acción de la persona para general su propio autocuidado y las demandas de cuidado terapéutico o acciones necesarias para cubrir los requerimientos. Cuando la capacidad de la persona no es adecuada para afrontar la demanda surge el déficit de autocuidado.

De acuerdo con Orem, la intervención de enfermería sólo tiene lugar cuando las demandas de autocuidado del individuo exceden sus habilidades para cubrirlas. Ante esta condición se legitima la necesidad de cuidados de enfermería.

De lo anterior surge la teoría de los Sistemas de enfermería. Se refiere “a la secuencia de acciones prácticas deliberadas que llevan a cabo las y los enfermeras/os con el propósito de ayudar a la persona a adoptar una actitud responsable frente a sus autocuidados”²⁴. Según Cavanagh (1993), cuando las personas están incapacitadas para proveerse a ellas mismas la cantidad y calidad de autocuidado necesario para regular su propio funcionamiento y desarrollo frente a problemas de salud se plantea la intervención de enfermería.³⁰ Orem ha clasificado estas acciones en cinco modos de asistencia basados en la relación de ayuda o suplencia de la enfermera hacia el paciente: actuar en lugar de la persona, ayudar y orientar, apoyar física y psicológicamente, enseñar y procurar un entorno que favorezca el desarrollo.

Según la capacidad y voluntad de la persona, los cuidados de enfermería se orientan en sistemas de enfermería (Cuadro 2.), definidos como totalmente compensatorio cuando la enfermera proporciona la totalidad del cuidado terapéutico a la persona; parcialmente compensatorio cuando la enfermera y



paciente realizan conjuntamente el cuidado; y el educativo de apoyo cuando la enfermera ayuda al paciente a adquirir los conocimientos o habilidades relacionados con su autocuidado.

Cuadro 2. Sistemas de Enfermería

<p>Totalmente Compensatorio</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza autocuidado - Regula el ejercicio y el desarrollo de la acción de autocuidado. - Hacer por el otro.
<p>Parcialmente Compensatorio</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza algunas de las medidas de autocuidado por le paciente. - Compensa las limitaciones del paciente para realizar su autocuidado. - Ayuda al paciente en lo que necesite. - Hacer con el otro.
<p>Educativo de Apoyo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar el cuidado terapéutico del paciente. - Compensa la capacidad del paciente para realizar su autocuidado. - Apoya y protege al paciente. - Dejar hacer al otro.

Fuente: Vega Angarita. Teoría del déficit de autocuidado. Ciencia y cuidado. 2007.

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, razonar, tomar decisiones, adquirir conocimientos y hacerlo operativo, ordenar acciones de autocuidado para el logro de los objetivos, para realizar e integrar operaciones de autocuidado en las actividades de la vida diaria y utilizar habilidades en las actividades de la vida diaria y el nivel de motivación.

De la teoría General de Orem, están siendo más aplicadas la Teoría del Autocuidado y la del Déficit del autocuidado que la de los Sistemas Enfermeros, lo



cual se identifica en el énfasis de los estudios en relacionar la agencia de cuidado, los factores condicionantes básicos y agente de cuidado al dependiente. Características que pueden señalar el interés de las enfermeras por comprender y potenciar las capacidades de las personas. Así mismo es posible que el trabajo con diferentes grupos etarios esté mostrando que la visión metaparadigmática de persona planteada por Orem, sea apropiada para la enfermería.²⁴

4.4 Proceso de Atención 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.

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, pero también 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.³¹

Etapas del Proceso de Enfermería.

El Proceso de Enfermería está constituido por una serie de 5 etapas subsecuentes, engranadas, interrelacionadas y donde cada una se relaciona permanentemente:





Figura 1.- Etapas del proceso de enfermería.

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.³¹

Lo que hoy conocemos como la segunda etapa del proceso, el **Diagnóstico** de enfermería, estuvo incluido en la fase de valoración en forma de establecimiento de conclusiones sobre los datos provisionales y definitivos. Desde finales de la década de 1970 los diagnósticos se organizaban en nueve patrones de respuesta humana que reflejan la interacción de las personas y su entorno. El diagnóstico de enfermería real se compone de tres partes que son el problema, el factor



relacionado o la causa del mismo y los datos objetivos y subjetivo que indican su presencia. En la primera parte se identifican las respuestas humanas recopiladas durante la valoración y siguen los resultados a alcanzar, mientras que el factor relacionado, que contribuye a la manifestación de la respuesta, indica las intervenciones de enfermería adecuadas. Gordon fue quien identificó los componentes del Diagnóstico de Enfermería como “Síndrome PES”, siendo acrónimo del Problema, la Etiología y los Signos y Síntomas. El diagnóstico de riesgo “describe respuestas humanas a situaciones de salud/procesos vitales que pueden desarrollarse a un futuro próximo en una persona, una familia o una comunidad vulnerables”, por lo que sólo está constituido por las dos primeras partes del diagnóstico real, esto es el problema y el factor de riesgo causal. Las características definitorias que conforman la tercera parte no son identificables al estar ausentes en el momento en el que se formula el diagnóstico. Por su parte los diagnósticos de salud son un juicio real que se emite en una situación de salud pero que podrían alcanzar un nivel mayor.

Según los expertos en esta materia, el diagnóstico de enfermería presenta beneficios de naturaleza científica, al promover la investigación y el desarrollo teórico, y de naturaleza práctica, ya que podría ayudar a definir puestos de trabajo.¹⁷

Cuadro 3.- Tipos de diagnósticos de enfermería.

Tipos de Diagnóstico de Enfermería
Diagnóstico real: Etiqueta diagnóstica + Factor relacionado + Manifestado por
Diagnóstico de Riesgo: Etiqueta diagnóstica + Factor relacionado/riesgo
Diagnóstico de Bienestar: Etiqueta diagnóstica + Manifestación de salud

Fuente: Antología teorías y modelos. UNAM; 2009.

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.³²

Las intervenciones enfermeras suelen clasificarse en dependientes, interdependientes e independientes y “se centran en las actividades necesarias para el fomento, conservación o restablecimiento de la salud del cliente”. Mientras que el primer tipo de intervención es aquella en la que el profesional de enfermería ejecuta el tratamiento facultativo, las interdependientes son llevadas a cabo junto con otros profesionales del equipo de salud, y las intervenciones independientes de enfermería, aquellas que deberían identificar de modo unívoco los fenómenos propios de investigación y aplicación práctica intencional, se definen como “aquellas actividades que pueden realizar las enfermeras sin necesidad de una orden médica”. De acuerdo a esta definición la intervención independiente enfermera es identificada por exclusión – ausencia de una orden facultativa-, lo que manifiesta una procedencia praxiológica y no epistémica pues ni se delimita la naturaleza ni el tipo de ayuda. El último paso de la planificación lo constituye la documentación que puede realizarse en un plan de atención individualizado, estandarizado o informatizado y cuyo propósito es procurar cuidados eficaces y continuos.¹⁷

La cuarta etapa, la **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.

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.³²



V.- MARCO TEORÍCO.

5.1 Embarazo.

El embarazo se trata de una manifestación de cambios que toda mujer debe comprender y asimilar desde el momento en que su test de embarazo le indica positivamente su condición; es allí donde comienza un camino de expectativas, dudas y un sinfín de emociones, por las que deberá atravesar, siendo los cambios fisiológicos y psicológicos los que despertarán mayor inquietud. Para sobrellevarlos con la mayor fortaleza, lo mejor es conocerlos, para esperarlos con la seguridad del que sabe bien a qué atenerse.³³

La Organización Mundial de la Salud define al embarazo como los nueve meses durante los cuales el feto se desarrollan en el útero de la mujer.³⁴

La Norma oficial Mexicana 007 Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, lo define como parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del "conceptus" en el endometrio y termina con el nacimiento.³⁵

Este periodo de gravidez, comprende todos los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno, así como los importantes cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia.

En la especie humana las gestaciones suelen ser únicas, aunque pueden producirse embarazos múltiples y suele durar unas 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 desde la fecundación (aproximadamente unos 9 meses).³⁶



5.1.1 Embarazo Adolescente.

Definir la palabra adolescente en la sociedad es muy difícil ya que no existe un consenso sobre su significado; se admite la definición propuesta por la OMS que la precisa como “el periodo comprendido entre los 10 y 19 años durante el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica”; sin embargo, es importante considerar que no se puede hablar de los adolescentes como un grupo homogéneo ya que este concepto también está influenciado por la cultura, clase social e historia familiar.

El embarazo adolescente es definido como "el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen".

El embarazo en las adolescentes trae consigo un elevado riesgo de complicaciones para la salud de la madre y de su hijo; dichas complicaciones deben ser conocidas por los profesionales de la salud y específicamente por los profesionales de enfermería, con el propósito de detectar tempranamente riesgos y brindar cuidado oportuno y de calidad a las mujeres adolescentes embarazadas.

Desde el rol del profesional de enfermería es necesario educar y brindar apoyo a las adolescentes sobre las implicaciones que tiene un embarazo a temprana edad, incluso desde los niveles de intervención de la enfermera que plantea Henderson se puede contribuir de manera apropiada para disminuir las complicaciones tanto de la adolescente como del hijo por nacer y posteriormente del niño.

Las mujeres adolescentes embarazadas están más predispuestas a complicaciones, como la hipertensión inducida por el embarazo, la preeclampsia, la eclampsia, la poca ganancia de peso, la anemia, el parto pretérmino, las hemorragias, el trabajo de parto prolongado, las lesiones durante el parto y la



desproporción cefalopélvica; así mismo, la gestante adolescente puede presentar alteraciones emocionales, ya que debe asumir una multiplicidad de roles adultos, especialmente la maternidad, para los cuales no está psicológicamente madura ya que, sigue siendo niña cognitiva, afectiva y económicamente, agudizándose esto aún más en el caso de la primera adolescencia. Es así como la madre adolescente a nivel psicológico puede presentar problemas emocionales tales como depresión, síndrome del fracaso de la madre, sentimiento de pérdida de la juventud e incluso suicidio.³⁷

Por otra parte, el embarazo en adolescentes no solamente representa riesgos para la salud de la madre, sino también para la salud de sus hijos, el embarazo del que provienen supone un aumento de la morbimortalidad relacionado con bajo peso, prematuridad, mayor incidencia de malformaciones especialmente las del cierre del tubo neural, aumento de la morbimortalidad perinatal, negligencia en los cuidados de salud en los primeros años de vida, menor duración de la lactancia materna, incumplimiento del calendario de vacunas, desnutrición, mayor cantidad de abuso físico y accidentes traumáticos, síndrome de muerte súbita, infecciones agudas y posibilidad de envenenamiento e intoxicación.

Teniendo en cuenta las múltiples complicaciones que conlleva el embarazo en adolescente, es necesario que los profesionales de enfermería tengan conocimiento de esta problemática, con la finalidad de brindar cuidado de enfermería que responda a las características particulares de esta población vulnerable.³⁷

5.1.2 Complicaciones perinatales en el embarazo adolescente.

En 2008 los doctores Manrique R, Rivero A, Ortunio M, Rivas M, Cardozo R, Guevara H, publicaron el estudio “Parto pretérmino en adolescente”, en el cual



determinaron mediante un estudio descriptivo, las principales complicaciones que se presentan en esta etapa de desarrollo ante un embarazo.

En dicho documento se evidencia que casi la totalidad de las adolescentes intermedias, entre los 17 y 19 años de edad, presentaron patologías asociadas, mismo que guarda relación con el estudio realizado por Ahued y col. En el año 2000, el cual señala que la edad es un factor predisponente a un embarazo de alto riesgo, siendo el riesgo mayor a menor edad. Por otra parte entre las patologías médicas asociadas al embarazo se encontraron con mayor frecuencia la anemia, infecciones, nefropatías, hipertensión y diabetes.

Según esta investigación, entre las principales patologías asociadas se encuentra la anemia, la ruptura prematura de membranas e infección bien sea del tracto urinario o ginecológico, patologías hipertensivas y patologías placentarias.

Los hallazgos permiten concluir que el parto pretérmino es una complicación presente en las embarazadas adolescentes intermedias y tardías con bajo nivel socioeconómico, lo que puede deberse a que en las poblaciones rurales y urbanas marginales la unión a un cónyuge y la maternidad se convierten en los objetivos de la joven mujer, pues otras alternativas son realmente difíciles siendo probable que ésta represente una mejor condición individual y para los padres un compromiso menos.

Existe asociación estadísticamente significativa entre la edad de la adolescente embarazada y las patologías asociadas, a mayor edad menos patologías asociadas.

Ante esta situación se recomienda promover programas de educación sexual a nivel escolar, con el fin de que los jóvenes conozcan su sexualidad y aprendan a manejar responsablemente antes de la adolescencia; fomentar el conocimiento acerca del uso de métodos anticonceptivos en los adolescentes con o sin vida sexual activa; promover consulta de atención ginecológica y de planificación familiar exclusiva para adolescentes; educar a jóvenes para que realicen un adecuado control prenatal; identificar las mujeres con factores predisponentes para parto pretérmino, así como otras patologías de alto riesgo y referirse a la



consulta de alto riesgo obstétrico; capacitar adecuadamente al personal de la salud para reconocer las complicaciones. ³⁸

5.2 Ruptura Prematura de Membranas.

La rotura de las membrana (RPM) se define como la rotura del saco amniótico que rodea al feto antes del inicio del trabajo de parto. La RPM a término es aquella que ocurre después de las 37 semanas de gestación. La RPM pretérmino es una denominación usada frecuentemente para referirse a la rotura de las membranas cuando ésta ocurre antes del término del embarazo (37 semanas de gestación) ⁴¹, que a su vez se clasifica en:

- Previaible (\leq 23 semanas)
- Remota del término (de las 24 a las 32 semanas)
- Cercana al término (de las 33 a las 36 semanas)

El período entre la RPM pretérmino y el inicio del parto se denomina de latencia. Se habla de rotura de membranas prolongada cuando el período de latencia se entiende más de 24 horas.

La RPM ocurre en el 6 a 10% de todos los embarazos y aproximadamente en el 20% de los casos se produce antes de las 36 semanas de gestación.

La ruptura prematura de membranas a término puede presentarse por diversos motivos, pero principalmente se debe a modificaciones fisiológicas de las membranas y a la fuerza ejercida por las contracciones uterina. La etiología de la RPM pretérmino es multifactorial pero muchas mujeres pueden tener múltiples etiologías y factores asociados, estos incluyen: infecciones del tracto reproductivo materno (vaginitis bacteriana, por tricomonas, gonorrea, clamidia y corioamnioitis oculta); conductuales (tabaquismo, abuso de sustancias, estado nutricional y



relaciones sexuales); complicaciones obstétricas (embarazo múltiple, polihidramnios, incompetencia istmico cervical, cotizaciones, hemorragias durante el embarazo y trauma durante el embarazo) y cambios ambientales (presión barométrica).

Los resultados de los estudios epidemiológicos, clínicos, histológicos, microbiológicos y de biología molecular sustentan que la infección focal y la inflamación juegan un rol primario y secundario en la patogénesis del la RPM. ⁴²

Diagnóstico: La exploración con espejo estéril es uno de los pasos más importantes para el diagnóstico de RPM, de esta forma se puede diferenciar de la hidrorrea gravídica, vaginitis, aumento en la secreción vaginal e incontinencia urinaria. Otra de las pruebas que pueden realizarse es la de la visualización de la arborización o formación de cristales en hebrecho del líquido amniótico al secarse al aire. Se debe tener en consideración la posibilidad de obtener falsos positivos o falsos negativos en cada una de las pruebas mencionadas. Si no se encuentra líquido libre puede recurrirse a la maniobra de Valsalva durante la exploración con el espejo o complementar los estudios con ecografía y buscar la presencia de oligohidramnios. ⁴³

Manejo: El manejo de la ruptura prematura de membranas es controvertido. Una vez que se ha dado la ruptura, es recomendado el parto cuando el riesgo de infección sobrepasa el riesgo de prematuridad. Cuando la ruptura ocurre a término, el inicio de la labor se da espontáneamente o se induce dentro de las 12 a 24 horas posteriores. El manejo de la ruptura prematura de membranas pretérmino presenta un reto más complicado, inicialmente debería confirmarse el diagnóstico, verificar la edad gestacional y el bienestar fetal, además de decidir la vía del parto (la cual depende a su vez de la edad gestacional, la presentación fetal y la exploración cervical). Contraindicaciones absolutas incluyen corioamnionitis, monitoreo fetal no tranquilizador y el inicio de la labor de parto.



La administración de corticoides previo al parto ha demostrado disminución de la incidencia de síndrome de distres respiratorio, hemorragia intraventricular y enterocolitis necrozante hasta en un 50% en mujeres con membranas intactas y amenaza de parto antes de las 34 semanas de gestación.

Existe evidencia suficiente que sugiere que la administración de profilaxis antibiótica de amplio espectro puede prolongar la latencia significativamente en la ruptura prematura de membranas alejada del término y además parece disminuir la morbilidad con una importante reducción de la aparición de corioamnioitis.⁴³

5.3 Parto Humanizado.

Aunque el concepto “parto humanizado” se ha prestado a controversias, obedece a un proceso histórico mundial, como una respuesta frente al modelo convencional medicalizado que desestima el proceso natural de las mujeres y no toma en cuenta sus necesidades emocionales, culturales y sociales, la perspectiva de género, ni las recomendaciones sustentadas en el enfoque basado en evidencias y los principios propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Se ha llamado “humanizado” al modelo de atención del parto que pretende tomar en cuenta, de manera explícita y directa, las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y sus familias en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio; persiguiendo como objetivo fundamental que se viva la experiencia del nacimiento como un momento especial, placentero, en condiciones de dignidad humana, donde la mujer sea sujeto y protagonista de su propio parto, reconociendo el derecho de libertad de las mujeres o las parejas para tomar decisiones sobre dónde, cómo y con quién parir, en este momento tan importante de su historia.

El papel del personal de salud y de los recursos materiales en los procesos de atención del parto, debe acotarse a ser los medios e “instrumentos” para lograr lo referido en el párrafo anterior. El proceso fisiológico del parto debe apoyarse para



que sea lo más natural posible, sustentado en las recientes investigaciones científicas y en el enfoque basado en evidencias, con intervenciones técnico-medicalizadas solo en respuesta de riesgos y complicaciones.

El modelo de “nacimiento humanizado” incluye todo el proceso: desde el embarazo hasta el puerperio tardío, y además da un peso muy importante al impacto que tiene esta atención en la persona recién nacida y su desarrollo futuro, considerando sus necesidades de recibir alimento y afecto de manera inmediata, en un contexto de disminución del trauma y la violencia, y bajo el respeto de los derechos humanos.⁴⁴

El nacimiento humanizado debe incluir los siguientes elementos:

- ✓ Reconocer a la madre, el padre y su hija/o como los verdaderos protagonistas.
- ✓ No interferir rutinariamente este proceso natural; solo se debe intervenir ante una situación de riesgo evidente.
- ✓ Reconocer el derecho para la mujer y su pareja, a la educación para el embarazo y parto.
- ✓ Reconocer y respetar las necesidades individuales de cada mujer/pareja y el modo en que se desarrolle esta experiencia.
- ✓ Respetar la intimidad del entorno durante el parto y el posparto.
- ✓ Brindar atención personalizada y continua en el embarazo, parto y puerperio.
- ✓ Favorecer la libertad de movimiento y posición de la mujer durante todo el trabajo de parto (en cuclillas, hincada, sentada, en el agua, o como desee).
- ✓ Promover la relación armónica y personalizada entre la pareja y el equipo de asistencia profesional.
- ✓ Respetar la decisión de la mujer sobre quién desea que la acompañe en el parto (familia, amistades).
- ✓ Privilegiar el vínculo inmediato de la madre con su hija/o, evitando



someterle a exámenes o maniobras de resucitación, que sean innecesarios.

44

Es importante hacer conciencia y unir esfuerzos para combatir la sobremedicalización del parto, desarrollar estrategias que fomenten la aplicación del enfoque basado en evidencias científicas, y faciliten la difusión y aplicación del modelo de nacimiento humanizado con enfoque intercultural en todo el país. ⁴⁴

5.4 Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre el nacimiento.

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

Toda mujer tiene derecho a una atención prenatal adecuada y un papel central en todos los aspectos de dicha atención, incluyendo participación en la planificación, ejecución y evaluación de la atención. Los factores sociales, emocionales y psicológicos son fundamentales para comprender la manera de prestar una atención perinatal adecuada. El nacimiento es un proceso normal y natural, pero incluso los "embarazos de bajo riesgo" pueden sufrir complicaciones. A veces es necesaria una intervención para obtener el mejor resultado. Para que las siguientes recomendaciones sean viables, es necesaria una profunda transformación de los servicios sanitarios junto a modificaciones en las actitudes del personal y la redistribución de los recursos humanos y materiales. ⁴⁵



Recomendaciones Generales

- Los ministerios de sanidad deben establecer normas específicas sobre la tecnología apropiada para el parto en los sectores público y privado.
- Los países deben efectuar investigaciones conjuntas para evaluar las tecnologías de atención al parto.
- Toda la comunidad debe ser informada de los distintos métodos de atención al parto, de modo que cada mujer pueda elegir el tipo de parto que prefiera.
- Se debe animar a las madres y a sus familias a practicar el autocuidado en el periodo perinatal, y a reconocer cuándo necesitan ayuda y de qué tipo para mejorar las condiciones del embarazo, parto y puerperio.
- Los grupos de ayuda mutua entre madres ofrecen un valioso apoyo social y una oportunidad única para compartir información sobre el parto.
- El equipo sanitario debe fomentar actitudes coherentes para garantizar la continuidad en el control del parto, y el equipo perinatal debe compartir una filosofía de trabajo común, de modo que los cambios de personal no dificulten la continuidad en la atención.
- La formación de los profesionales debe transmitir los nuevos conocimientos sobre los aspectos sociales, culturales, antropológicos y éticos del parto.
- El equipo perinatal debe ser motivado conjuntamente para fortalecer las relaciones entre la madre, su hijo y la familia.
- La formación de los profesionales sanitarios debe incluir técnicas de comunicación para promover un intercambio respetuoso de información entre los miembros del equipo sanitario y las embarazadas y sus familias.
- Debe promoverse la formación de parteras o comadronas profesionales.
- La evaluación de la tecnología debe implicar a todos los que usan dicha tecnología, epidemiólogos, sociólogos, autoridades sanitarias y las mujeres en las que se usa la tecnología.
- La información sobre las prácticas obstétricas en los diferentes hospitales,



como la tasa de cesáreas, debe estar al alcance del público.

- Debe investigarse a nivel regional, nacional e internacional sobre la estructura y composición del equipo de atención al parto, con el objetivo de lograr el máximo acceso a la atención primaria adecuada y la mayor proporción posible de partos normales, mejorando la salud perinatal, según criterios de coste- efectividad y las necesidades y deseos de la comunidad.

45

Recomendaciones Específicas.

- Para el bienestar de la nueva madre, un miembro elegido de su familia debe tener libre acceso durante el parto y todo el periodo postnatal, así como apoyo emocional.
- Las mujeres que dan a luz en una institución deben conservar su derecho a decidir sobre vestimenta, comida, destino de la placenta y otras prácticas culturalmente importantes.
- El recién nacido sano debe permanecer con la madre siempre que sea posible.
- Debe recomendarse la lactancia inmediata, incluso antes de que la madre abandone la sala de partos.
- No hay pruebas de que después de una cesárea previa sea necesaria una nueva cesárea.
- No existe evidencia de que la monitorización fetal rutinaria tenga un efecto positivo sobre el resultado del embarazo. La monitorización fetal electrónica sólo debe efectuarse en casos cuidadosamente seleccionados por su alto riesgo de mortalidad perinatal, y en los partos inducidos.
- Se recomienda controlar la frecuencia cardiaca fetal por auscultación durante la primera fase del parto, y con mayor frecuencia durante el expulsivo.
- No está indicado rasurar el vello pubiano o administrar un enema antes del



parto.

- No se recomienda colocar a la embarazada en posición dorsal de litotomía durante la dilatación y el expulsivo. Debe recomendarse caminar durante la dilatación, y cada mujer debe decidir libremente qué posición adoptar durante el expulsivo.
- Debe protegerse el periné siempre que sea posible. No está justificado el uso sistemático de la episiotomía.
- La inducción del parto debe reservarse para indicaciones médicas específicas.
- Durante el expulsivo debe evitarse la administración rutinaria de analgésicos o anestésicos.
- No está justificada la rotura precoz artificial de membranas como procedimiento de rutina.⁴⁵

Entorno favorable para el parto.

Según las Recomendaciones específicas de la OMS sobre el nacimiento:

“Para el bienestar de la nueva madre, un miembro elegido de su familia debe tener libre acceso durante el parto y todo el periodo postnatal. Además, el equipo sanitario también debe prestar apoyo emocional.”

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

- Intimidad**
- Es una necesidad en el parto de los mamíferos tanto para dormir como para el parto.
 - Es el aspecto más importante de la fisiología del parto.

-
- Luz Suave**
- Favorece el sueño y el parto

-
- Privacidad**
- Necesidad básica durante el parto.
 - Los estudios sistemáticos han confirmado que el hecho de



sentirse observado es una situación que estimula el neocortex y se alarga el parto.

-
- Calor**
- Se favorece el calor durante el trabajo de parto, ya que el frío libera adrenalina, hormona antagónica de la oxitocina.

Los mamíferos que no tienen la influencia del neocortex como los humanos, consiguen trabajar con el cerebro primitivo que es el que facilita el parto. La científica americana Niles Newton, estudió en ratones, los efectos nocivos del entorno en el momento del parto, y encontró como factores inhibidores del parto, cambiar a la hembra de lugar llevándola a un lugar desconocido, colocarla en una jaula transparente que impida su intimidad. Niles Newton afirma que el arte de la matrona es el de no interferir.

La figura de la matrona es una figura materna que da seguridad y confianza, que no juzga. La matrona tiene un papel de protectora y al igual que los niños necesitan la presencia de la madre para conciliar el sueño, la mujer de parto necesita la figura de la matrona o de la figura de la madre como prototipo de alguien con quien pueda sentirse segura, de esta forma se reduce la actividad del intelecto y el cerebro primitivo trabaja libremente.⁴⁵

Importancia del primer contacto entre la madre y su hijo

El contacto piel con piel entre el recién nacido y su madre favorece el vínculo afectivo entre ambos. El primer contacto piel con piel entre la madre y su recién nacido, el intercambio de miradas y el hechizo entre ambos es el inicio del vínculo afectivo que mantendrá unida a la madre con su hijo. El entorno en estos momentos de inicio debe ser de silencio y sin interferencias para que madre e hijo/a puedan vivir plenamente el nacimiento del amor. El alumbramiento de la placenta se realiza sin una pérdida de sangre exagerada si no se perturba el encuentro madre hijo que en el espacio de la primera hora habrá encontrado por sí



mismo el pecho de la madre y comenzará a mamar sin dificultad para la succión, pues el estado de alerta del recién nacido es máximo en esa primera hora de vida

En el momento del primer contacto entre la madre y su hijo se alcanzan los niveles máximos de oxitocina, de endorfinas y de prolactina que facilitan en la madre la atención máxima afectiva hacia el recién nacido, la expulsión de la placenta y el comienzo de la lactancia. El inicio precoz de la lactancia influye en la duración de la misma y en la posición correcta de succión. Según demuestran numerosos estudios realizados en los últimos 20 años.⁴⁵

5.6 Modelo de atención de enfermería Obstétrica.

Panorama en México.

En México, de los aproximadamente 2.5 millones de mujeres que se embarazan al año, se estima que 370 mil partos no son atendidos en instituciones de salud, con las consecuentes repercusiones; diariamente se registran 4 defunciones maternas. De estas casi 50% pudieron ser evitadas con tan sólo asegurar que las embarazadas hubieran tenido acceso a recibir atención de un profesional, durante el embarazo, parto y puerperio. Lamentablemente esta situación no es privativa de México pues en los países en vías de desarrollo el cuidado prenatal se hace en forma tardía y sin la regularidad necesaria, la mujer comúnmente acude a la primera consulta en el segundo trimestre o incluso hasta el momento inmediato al parto.

La falta de atención prenatal, aunada a la desnutrición de la mujer y la deficiente calidad en la atención del parto, son algunos de los factores que contribuyen a incrementar el riesgo de fallecer durante el embarazo y parto, y así mismo repercuten directamente en la salud de los recién nacidos o en algún padecimiento que genere una discapacidad en su vida.

Es por ello que en algunos países, sobre todo en los desarrollados, desde hace muchos años la atención del embarazo de bajo riesgo ha estado a cargo del



personal de enfermería y partería, pues se reconoce que su formación obstétrica puede contribuir al fortalecimiento de las acciones que persiguen el desarrollo de una cultura del autocuidado, sobre todo si se considera que la mayor parte de los problemas de salud materno infantil son susceptibles de resolverse a través de acciones preventivas, que buscan la concientización para modificar estilos de vida, y acrecentar la cultura de la prevención. En esa intención es que la enfermera obstetra trabaja en colaboración con otros profesionales de la salud, consultando con ellos o remitiendo, aquellos casos que están fuera de su campo de ejercicio profesional.¹³

¿Qué es el modelo de atención de Enfermería obstétrica?

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

Todo esto con la utilización adecuada de los recursos institucionales y de la comunidad.

Cruzada Nacional de la Calidad de los Servicios de Salud.

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

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



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

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

Es de interés particular en la Cruzada Nacional por los Servicios de Salud, la satisfacción que los profesionales logren con la prestación de sus servicios, por ello este modelo se vislumbra como una oportunidad para que el personal de enfermería se realice personal y profesionalmente y porque en su momento se reconozca su contribución en la reducción sustancial de la heterogeneidad en el nivel de calidad de los servicios otorgados.¹³

Marco disciplinar de Enfermería.

A la enfermera desde su origen se le ha atribuido el cuidado y la atención de niños, mujeres embarazadas y ancianos, por lo que conforme la profesión ha avanzado en los niveles educativos ha logrado que el cuidado que otorga sea especializado de acuerdo con cada etapa de la vida.

A partir de la creación de la figura de la enfermera partera y la incorporación de los conocimientos científicos, técnicos, y los valores éticos derivados de la filosofía de la enfermería, su práctica se constituye en un ejercicio profesional independiente y responsable, que contribuye a garantizar una atención perinatal de calidad, proporcionando los cuidados personalizados e integrales a través de instrumentar las etapas del “Proceso de Atención de Enfermería” (valoración, planeación, ejecución, y evaluación).

La enfermera obstetra cuenta con una formación profesional que le permite comprender los factores que condicionan la calidad de vida, analizar la realidad



nacional y los problemas de salud reproductiva para definir su participación en el desarrollo de estrategias y acciones que requieren estos problemas de salud. Así mismo, está preparada para diseñar o implementar los métodos para lograr una comunicación efectiva, con los usuarios de sus servicios y con los grupos de trabajo multiprofesional e interprofesionales.¹³

Enfoque de Riesgo Reproductivo.

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

El riesgo, desde el punto de vista de la atención obstétrica, es la probabilidad de presentar complicaciones, tanto en la madre como en el producto. La calificación del riesgo, determinada con base en la suma de probabilidades de complicaciones y como herramienta para la asistencia sanitaria considera como punto de partida que:

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

En la atención obstétrica se ha hecho necesario un sistema de clasificación que permita distinguir a las mujeres con mayor o menor riesgo de presentar complicaciones que ocasionan tanto muertes maternas como fetales. Las enfermeras obstetras como parte del equipo del servicio de salud, conocen y aplican el sistema de evaluación de riesgo de un modo efectivo. Con los resultados que se obtienen de esta valoración, se establece un plan de cuidados



ya sea para la vigilancia del estado de la salud y prevención de complicaciones o para la referencia a servicios especializados.¹³

5.7 Psicoprofilaxis Obstétrica.

La psicoprofilaxis Obstétrica, se considera mucho más que una simple prevención psíquica de los dolores del parto, como fue al inicio. Con el tiempo se ha ido transformando en una profilaxis global para evitar los factores de riesgo del embarazo, el parto y puerperio; así como evitar riesgos en el feto y recién nacido.

Profilaxis: Deriva de la palabra “prevención” que viene:

- • Latín: “praevenire”, que quiere decir “adelantarse”
- • Griego: “prophylátto”, que significa “yo tomo precauciones”.

Por lo que psicoprofilaxis significa: “prevenir o adelantar a la mente lo que va a ocurrir”. Los primeros métodos de psicoprofilaxis, apuntaron a mitigar el dolor, sin tener en cuenta que a la mujer le ocurren muchas otras cosas durante el embarazo y el parto, desde modificaciones en el cuerpo, hasta modificaciones en su psiquis, que son totalmente normales, pero que despiertan nuevas sensaciones y emociones que hay que saber entender. El avance de la ciencia y el progreso nos puso en contacto con muchos conocimientos por medio de los cuales podemos entender mejor los procesos biológicos y naturales que suceden en ese período tan hermoso que es el embarazo.

El Profesor Dr. Roberto Caldeyro Barcia, mencionó: “Por medio de una educación y psicoprofilaxis adecuada, el temor al parto desaparece y es reemplazado por el sentimiento de felicidad inherente a la maternidad”. Un Parto Psicoprofiláctico es un "parto preparado" mediante clases, lecturas y prácticas que le dan a la futura madre los conocimientos, y las habilidades para manejar la ansiedad y el dolor. La pareja que se involucra en la preparación e interacciona con otras parejas durante



las clases "experimenta una vivencia completa, responsable y gratificante del nacimiento de su hijo".⁴⁶

Objetivos de la Psicoprofilaxis Obstétrica.

- Proporcionar educación sobre hábitos saludables para ella.
- Brindar conocimiento acerca de los cambios físicos y psíquicos que se producen en la gestación.
- Fortalecer el trinomio madre-padre-bebe.
- Contribuir al mejoramiento de la comunicación de los padres, como soporte de las buenas relaciones familiares, realzando la importancia de la familia.
- Identificar preocupaciones que puedan surgir después del parto y proporcionar los conocimientos necesarios para actuar con responsabilidad
- Fomentar en la gestante, la pareja y la familia una actitud positiva ante el embarazo. Así surgió la idea de la participación consciente y protagónica de la pareja, en un proceso orgánico, psíquico y social.
- Informar sobre tipos de tratamientos para el dolor.
- Brindar las herramientas necesarias a la gestante para canalizar el stress materno y el dolor a través de las técnicas de respiración y relajación con visualización.
- Preparar física y emocionalmente para el parto: donde la embarazada aprende a ensayar su parto, aprende a buscar y utilizar las posiciones corporales que sean más placenteras, o movimientos corporales que durante cada contracción ayuden a la ubicación del feto y a la mejor progresión del trabajo de parto (dilatación del cuello del útero, descenso de la presentación). 10. Realizar medidas de prevención para evitar molestias físicas propias del embarazo o exacerbación de molestias crónicas como las várices, las hemorroides, el estreñimiento.



- Brindar preparación integral para la lactancia materna y cuidados del recién nacido.⁴⁶

Fundamentos de la Psicoprofilaxis Obstétrica.

Se trabaja sobre tres pilares:

a) **Fundamento Cognitivo:** Los conocimientos básicos sobre anatomía y fisiología del embarazo, parto y post-parto le permiten comprender los cambios en su organismo durante estas etapas, detectando riesgos y actuando oportunamente; así mismo sabrá cómo evoluciona su hijo y le permitirá darle el mejor cuidado, atención y estimulación, incorporando en este proceso al padre y/o entorno familiar.

b) **Fundamento Psicológico:** Una adecuada orientación y motivación ayudará a la gestante a sentirse más contenta, tranquila y segura, durante esta etapa, permitiéndole disfrutarla al máximo, venciendo los temores e ideas negativas preconcebidas que además se vinculan mucho con la tensión y el miedo al dolor. Comprendiendo también los cambios de estado de ánimo, emociones y sentimientos.

c) **Fundamento Físico:** El cuerpo necesita un buen entrenamiento para responder con el mínimo esfuerzo el Día del Parto, para lo cual debe realizar gimnasia obstétrica pre-natal.⁴⁶



VI.- METODOLOGÍA.

6.1 Estrategia de investigación.

Este estudio de caso tiene como finalidad realizar un análisis y descripción integral de los antecedentes de Gisela, su estado actual de salud y la respuesta a las medidas terapéuticas implementadas.

El estudio de caso tuvo inicio el día 13 de noviembre del año 2017 en la unidad tocoquirúrgica del Hospital General La Perla, en Ciudad Nezahualcoyotl. Ingresó Gisela, de 17 años de edad, primigesta de 36.2 SDG, presentando actividad uterina regular, dolor lumbar y ruptura prematura de membranas de 22 horas aproximadamente al momento de la valoración.

Se realiza historia clínica a través de un instrumento de valoración perinatal mediante entrevista directa e indirecta, se realiza exploración física completa, así como proceso de cuidados bajo el enfoque del déficit de autocuidado de la teórica Dorothea E. Orem.

Se realizó una búsqueda bibliográfica en libros, documentos impresos y en línea, así como diversas publicaciones de revistas científicas.

Dicha búsqueda se realizó mediante buscadores informáticos de tipo académicos como Google Académico, SciELO, ERIC, Pubmed, Redalyc.org, Biblioteca Virtual en Salud, Medigraphic, Federación de Matronas y CREATIVA de la UASLP.

La búsqueda se realizó en inglés, español y portugués, de esta búsqueda se obtuvieron más de 20 artículos de diferentes, mismos que fueron implementados para dar validez a este estudio de caso.

6.2 Selección del caso y fuentes de Información.

El estudio de caso se realizó con base en la Teoría de Dorothea Elizabeth Orem.



Se selecciono a Gisela para realizar dicho estudio, tomando en cuenta su edad, su padecimietno y los riesgos que este le conlleva. Se implemmeta en medida de lo posible el modelo de atención de enfermería obstétrica, teniendo en cuenta las limitantes que se presentarán al no ser un hospital que se rija bajo este modelo.

Se realizo una entrevista directa con la mujer donde se obtuvieron datos para la historia clínica y para la realización del proceso de enfermería, mismo que se complemento con el expediente clínico, se hizo una valoración cefalo-podalica tomando en cuenta las aptitudes y actitudes de la paciente, se implementarán diversas medidas de relajación y de psicoprofilaxis para favorecer su trabajo de parto, se hizo el acompañamiento con la paciente durante todo su trabajo de parto, expulsivo y puerperio inmediato.

Todas estas medidas se realizarón acorde a la literatura, normas oficiales, recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, instituciones civiles, entre otras; todo ello con la finalidad de mejorar el estado de salud y de atención de Gisela durante su trabajo de parto.

6.3 Principios éticos.

La Obstetricia ocupa un lugar único en ética médica: en el curso de la gestación y del parto, el médico no se relaciona, como es lo común, con un solo paciente, sino con dos, la madre y el feto, que además están íntimamente ligados por relaciones biológicas, afectivas y éticas. De ordinario, las relaciones entre madre y feto son concordes y no suscitan problemas éticos. Pero, a veces, los intereses respectivos de madre y feto entran en colisión, y entonces el médico se ve inevitablemente implicado en esos conflictos.

Como marco de referencia para evaluar esas situaciones, se han desarrollado dos modelos de la relación materno-fetal: un modelo unitario, que considera la relación médico/ gestante como la única existente; y el modelo dual, según el cual el médico está frente a dos pacientes: la gestante y el feto. El modelo unitario es el de la obstetricia clásica; el modelo dual es fruto de la obstetricia contemporánea,



gracias a los avances logrados en el campo de la bioquímica, la genética o la ecografía, que no solo permiten explorar la fisiología del feto, sino diagnosticar sus enfermedades e incluso tratarlas. El feto ha pasado así a poseer la condición de paciente, aunque ciertamente con una notable peculiaridad: el feto está dentro de la madre.¹⁶

Los modelos tienen importantes implicaciones éticas. En el modelo unitario, la mujer gestante es reconocida como paciente prioritaria: por tanto, autónoma y dotada de plena capacidad de libre decisión. El feto aparece relegado a un segundo término y considerado como una parte del cuerpo de la madre: el feto es, en consecuencia, una entidad dependiente, con derechos e intereses subordinados o, incluso, carente de ellos. En opinión de algunos, esos derechos e intereses crecen a medida que transcurre la gestación; otros sostienen, incluso, que los derechos solo se adquieren con el nacimiento. Según este modelo, cuando la gestante carece de capacidad de decidir, el médico actuará primero a favor de los intereses de la mujer, y solo después del feto. El modelo unitario es el más congruente con la visión utilitarista.

Por contraste, en el modelo de la diada materno-fetal, se considera que madre y feto son dos pacientes verdaderos, cuyas vidas son igualmente valiosas y que son titulares de idénticos derechos e intereses. Así, el médico, en los exámenes ecográficos de rutina, al mostrar a la madre las imágenes del feto, las refiere al bebé, o, si ya se ha determinado el sexo de la criatura, habla de niño o niña: es decir, pone en el mismo plano antropológico a sus dos pacientes. Por otra parte, la peculiaridad, arriba señalada, de estar el feto dentro de la madre, es de gran significación ética: sólo se puede llegar al feto a través de la madre y, lógicamente, con el consentimiento de ésta. Por tanto, el obstetra ha de actuar en interés de las dos partes y valorar con la gestante las estrategias que mejor garanticen los intereses y derechos de ambos. A su vez, la madre ha de actuar a la vez como dueña de sí misma y protectora de su hijo. Esto supone un notable enriquecimiento de la relación, ahora tripartita, médico/madre/feto. La mayoría de



los conflictos éticos de la obstetricia nacen de situaciones en que chocan la autonomía de la madre y el beneficio del feto y han de ser resueltas constructivamente, tras una atenta consideración. El modelo dual es el más congruente con la visión hipocrático-cristiana.¹⁶

Del mismo modo a Norma Oficial Mexicana 007 nos marca algunas especificaciones éticas y legales durante la atención del parto, tales como:

Toda unidad médica con atención obstétrica debe tener procedimientos para la atención del parto en condiciones normales; con especial énfasis en los siguientes aspectos:

- A toda mujer que ingrese para atención obstétrica se le elaborará, en su caso, el expediente clínico, la historia clínica, así como el partograma;
- Durante el trabajo de parto normal, se propiciará la deambulación alternada con reposo en posición de sentada y decúbito lateral para mejorar el trabajo de parto, las condiciones del feto y de la madre respetando sobre todo las posiciones que la embarazada desee utilizar, siempre que no exista contraindicación médica;
- No debe llevarse a cabo el empleo rutinario de analgésicos, sedantes y anestesia durante el trabajo de parto normal; en casos excepcionales se aplicará según el criterio médico, previa información y autorización de la parturienta;
- No debe aplicarse de manera rutinaria la inducción y conducción del trabajo de parto normal, ni la ruptura artificial de las membranas con el solo motivo de aprontar el parto. Estos procedimientos deben tener una justificación por escrito y realizarse bajo vigilancia estrecha por médicos que conozcan a fondo la fisiología obstétrica y aplicando la Norma institucional al respecto;



- En los hospitales se requiere la existencia de criterios técnicos médicos por escrito para el uso racional de tecnologías como la cardiotocografía y el ultrasonido;
- Toda unidad médica con atención obstétrica debe contar con lineamientos para la indicación de cesárea, cuyo índice idealmente se recomienda de 15% en los hospitales de segundo nivel y del 20% en los del tercer nivel en relación con el total de nacimientos, por lo que las unidades de atención médica deben aproximarse a estos valores;
- El rasurado del vello púbico y la aplicación de enema evacuante, durante el trabajo de parto debe realizarse por indicación médica e informando a la mujer;
- La episiotomía debe practicarse sólo por personal médico calificado y conocimiento de la técnica de reparación adecuada, su indicación debe ser por escrito e informando a la mujer;³⁵

En cuanto al control del trabajo de parto normal debe incluir:

- La verificación y registro de la contractilidad uterina y el latido cardiaco fetal, antes, durante y después de la contracción uterina al menos cada 30 minutos;
- La verificación y registro del progreso de la dilatación cervical a través de exploraciones vaginales racionales; de acuerdo a la evolución del trabajo del parto y el criterio médico;
- El registro del pulso, tensión arterial y temperatura como mínimo cada cuatro horas, considerando la evolución clínica;
- Mantener la hidratación adecuada de la paciente;
- El registro de los medicamentos usados, tipo, dosis, vía de administración y frecuencia durante el trabajo de parto;



Para la atención del periodo expulsivo normal se debe efectuar el aseo perineal y de la cara interna de los muslos y no se debe hacer presión sobre el útero para acelerar la expulsión.³⁵

Para la atención del alumbramiento normal se debe propiciar el desprendimiento espontáneo de la placenta y evitar la tracción del cordón umbilical antes de su desprendimiento completo, comprobar la integridad y normalidad de la placenta y sus membranas, revisar el conducto vaginal, verificar que el pulso y la tensión arterial sean normales, que el útero se encuentre contraído y el sangrado transvaginal sea escaso. Puede aplicarse oxitocina o ergonovina a dosis terapéuticas, si el médico lo considera necesario.

Los datos correspondientes al resultado del parto deben ser consignados en el expediente clínico y en el carnet perinatal materno incluyendo al menos los siguientes datos:

- Tipo de parto;
- Fecha y hora del nacimiento;
- Condiciones del recién nacido al nacimiento: sexo, peso, longitud, perímetro cefálico, Apgar al minuto y a los cinco minutos, edad gestacional, diagnóstico de salud y administración de vacunas;
- Inicio de alimentación a seno materno;
- En su caso, método de planificación familiar posparto elegido.³⁵

Violencia Obstétrica.

Durante la atención institucional del parto, la violación de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres va desde regañones, burlas, ironías, insultos, amenazas, humillaciones, manipulación de la información y negación al tratamiento, sin referir a otros servicios para recibir asistencia oportuna,



aplazamiento de la atención médica urgente, indiferencia frente a sus solicitudes o reclamos, no consultarlas o informarlas sobre las decisiones que se van tomando en el curso del trabajo de parto, utilizarlas como recurso didáctico sin ningún respeto a su dignidad humana, el manejo del dolor durante el trabajo de parto, como castigo y la coacción para obtener su ‘consentimiento’, hasta formas en las que es posible constatar que se ha causado daño deliberado a la salud de la afectada, o bien que se ha incurrido en una violación aún más grave de sus derechos.

Expertos en el tema identifican dos modalidades de violencia obstétrica, por un lado la física, la cual se “configura cuando se realizan a la mujer prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o cuando no se respetan los tiempos ni las posibilidades del parto biológico”.

La segunda dimensión de la violencia obstétrica es la psicológica, que incluye “el trato deshumanizado, grosero, discriminación, humillación, cuando la mujer va a pedir asesoramiento, o requiere atención, o en el transcurso de una práctica obstétrica. Comprende también la omisión de información sobre la evolución de su parto”. Como alternativa, en años recientes ha adquirido fuerza un modelo de “parto humanizado”, el cual, pretende tomar en cuenta de manera explícita y directa, las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y su familia en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio; teniendo como objetivo fundamental el que se viva la experiencia como un momento especial, placentero, en condiciones de dignidad humana, donde la mujer sea sujeto y protagonista de su propio parto, reconociendo el derecho de libertad de las mujeres o las parejas para tomar decisiones.

Aunado a las recomendaciones de la OMS, existe un vasto marco jurídico internacional que da sustento a la protección contra la violencia relacionada con la salud reproductiva. De acuerdo con el artículo 1 de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (“Convención de



Belém do Pará”), se entiende como violencia contra la mujer: “cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado”. Dicha Convención impone a los Estados obligaciones positivas para erradicar todas las manifestaciones de violencia contra las mujeres, y establece que se debe prestar especial atención cuando la mujer que es objeto de violencia se encuentra embarazada. En el ámbito internacional, la violencia contra las mujeres es reconocida como una forma de discriminación, que les impide a ellas el goce de derechos humanos y libertades fundamentales en igualdad de condiciones con los hombres. En específico, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) establece la obligación de los Estados de adoptar las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera del acceso a servicios de atención médica, de manera que se garantice el acceso a servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto.⁴⁷

Marco Normativo en México.

En México, los diversos tipos y modalidades de violencia contra las mujeres se contemplan en la Ley General y en las leyes locales de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (en adelante ley general y leyes de acceso), que regulan las políticas públicas en la materia. La ley general no incluye a la violencia obstétrica y a nivel local sólo los estados de Chiapas, Guanajuato, Durango, y Veracruz cuentan con definiciones de violencia obstétrica en sus leyes respectivas.

La ley del Distrito Federal contiene un tipo de violencia contra los derechos reproductivos que, aunque no menciona a la violencia obstétrica específicamente, en su definición hace referencia a que es “toda acción u omisión que limite o



vulnere el derecho de las mujeres en relación a servicios de atención prenatal, así como a servicios obstétricos de emergencia”.

La definición contenida en la Ley de Acceso de Guanajuato define a la violencia obstétrica como: “todo acto u omisión intencional, por parte del personal de salud, que dañe, lastime o denigre a la mujer durante el embarazo y parto, así como la negligencia en su atención médica”. Las definiciones de las leyes de acceso de los estados de Durango, Chiapas y Veracruz son más específicas respecto de los actos y omisiones que configuran la violencia obstétrica y en su definición todas comparten las siguientes conductas:

- Omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas.
- Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.
- Obstaculizar sin causa médica justificada el apego precoz del niño o niña con su madre, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer.
- Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de las técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
- Practicar la cesárea, aun cuando existen condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

En congruencia con la naturaleza e interés de este tipo de regulación, las leyes de acceso de esos tres estados contemplan que el perpetrador de este tipo de violencia es el personal de salud, sin especificarse su carácter, lo que implica que puede ser cualquier persona que brinde o participe en la prestación de un servicio de salud, ya sea público, social o privado.

El Código penal de Veracruz contempla penas que van de tres a seis años de prisión y multa de hasta trescientos días de salario para el caso de las fracciones I, II, III y IV. Para quien incurra en los supuestos de las fracciones IV y V las



sanciones van de seis meses a tres años de prisión y multa de hasta doscientos días de salario. Aunado a las penas señaladas, si el sujeto activo del delito fuere servidor público, se le impondrá la destitución e inhabilitación, hasta por dos años, para ejercer otro empleo, cargo o comisión públicos.⁴⁷

Implementación de la Normativa.

- La SSA y las secretarías de salud locales deben asegurar la adecuada implementación de la NOM 007 mediante la difusión de su contenido y el monitoreo de su implementación y acatamiento por todos los profesionales de la salud.
- Las instituciones del Sistema Nacional de Salud deben llevar a cabo acciones para implementar el modelo de parto humanizado e integrar a enfermeras y parteras en el proceso.³⁵
- Asegurar la reducción en el número de cesáreas en todas las entidades federativas e instituciones del sistema federal, hasta llegar a los estándares recomendados por la OMS.
- Visibilizar la problemática de la violencia obstétrica y sensibilizar al personal de salud sobre el parto humanizado.
- Fortalecer los sistemas de quejas y campañas de información para las mujeres al interior de los hospitales e instituciones de salud, de forma que las usuarias puedan denunciar prácticas que constituyan violencia obstétrica.
- Las comisiones de derechos humanos deben incluir, dentro de sus catálogos de violaciones a estos derechos, las prácticas que constituyan violencia obstétrica.⁴⁷



VII.- PRESENTACIÓN DEL CASO.

7.1 Descripción del Caso.

Gisela F. S. De 17 años de edad, nacida en el Distrito Federal, reside en el Estado de México, con estado civil en unión libre, escolaridad secundaria incompleta, dedicada al hogar, profesa la religión católica, hemotipo O +. Esposo de 18 años de edad, escolaridad secundaria terminada, es empleado de una heladería, se desconoce su hemotipo.

P: Gisela F. S., de 17 años de edad, gesta 1, para 0, aborto 0, cursando con embarazo de 36.2 semanas de gestación por fecha de última menstruación, ruptura prematura de membranas de aproximadamente 22 horas de evolución y trabajo de parto en fase latente.

S: Gisela, F. S. Intranquila, irritable, posición antiálgica ante la presencia de contracción, percibe movimientos fetales, niega datos de vasoespasmo, menciona acudir al servicio de urgencias en compañía de su esposo y madre.

O: Gisela F. S., de edad aparente a la cronológica, consciente, alerta, cooperadora, orientada en tiempo lugar y persona, palidez tegumentaria +, mucosa oral integra, sonrosada e hidratada, tórax simétrico, a la auscultación campos pulmonares adecuadamente ventilados, sin presencia de sonidos adventicios, precordio rítmico y nítido, mamas simétricas, pezón formado, sin presencia de galactopoyesis, extremidades torácicas simétricas, Íntegras, abdomen globoso a expensas de útero gestante, altura del fondo uterino de 27 centímetros, producto único vivo, longitudinal, dorso derecho, presentación cefálica, frecuencia cardiaca fetal de 142 latidos por minuto, valorado con doptoner, se observan y palpan movimientos fetales, actividad uterina regular 4



contracciones en 10 minutos, con una duración de 35 a 40 segundos. Al tacto vaginal se palpa cérvix posterior, con 2 centímetros de dilatación y 50% de borramiento, Valsalva positiva, líquido amniótico claro, pelvis ginecoide útil, miembros pélvicos íntegros, sin presencia de edema ni telangiectasias, reflejos osteotendinosos normoreflexos.

A: Primigesta con embarazo pretérmino de 36.2 semanas de gestación por fecha de última menstruación, ruptura prematura de la membrana amniótica de aproximadamente 22 horas de evolución y trabajo de parto en fase latente, normoevolutiva al momento.

P: Se ingresa a la unidad tocoquirúrgica para vigilancia, manejo y atención oportuna del trabajo de parto

7.2 Antecedentes generales de la persona.

Gisela F. S. De 17 años de edad, nacida en el Distrito Federal, reside en el Estado de México, estado civil, unión libre, escolaridad secundaria incompleta, dedicada al hogar, profesa la religión católica, hemotipo O +. Esposo de 18 años de edad, escolaridad secundaria terminada, es empleado de una heladería, se desconoce su hemotipo.

Antecedentes heredofamiliares.

Abuelo paterno finado por complicaciones de diabetes, abuela paterna padece HAS, abuelo materno y abuela materna finados por senectud. Padres y hermanos aparentemente sanos. No menciona crónico degenerativos, ni malformaciones congénitas familiares.



Antecedentes personales no patológicos.

Originaria del Distrito Federal, reside en el Estado de México, escolaridad secundaria incompleta, religión católica, casa propia, vive con sus padres, casa de material perdurable, piso de cemento con lamina de asbesto, cuenta con 2 cuartos, todos los servicios disponibles de luz, agua y drenaje, sin embargo, refiere escasez de agua, 5 ventanas, fauna nociva negada, zoonosis positiva con 3 perros y 2 gatos.

Baño diario con cambio de ropa interior y exterior, aseo bucal 2 veces al día, realiza 3 comidas y dos colaciones adecuada en cantidad y variedad, tabaquismo, alcoholismo y drogadicción negadas, desconoce hemotipo.

Antecedentes personales patológicos.

Niega crónico degenerativos, quirúrgicos, transfuncionales, traumatismos así como alergias.

Antecedentes gineco-obstétricos.

Menarca a los 11 años, ciclos regulares de 30x4, dismenorreica; telarca y pubarca a los 12 años, inicio de vida sexual a los 16 años, número de parejas sexuales: 2, como métodos anticonceptivos ha utilizado únicamente preservativo, no refiere prácticas sexuales de riesgo, no se ha realizado nunca papanicolaou. Su fecha de última menstruación fue el 04 de marzo del 2017, gesta: 1, para: 0, cesárea: 0, aborto: 0.

Inicia control prenatal a las 12 semanas de gestación, con un total de 7 consultas prenatales, consumo de ácido fólico y sulfato ferroso a partir de la semana 12 de gestación, pruebas VIH y VDRL negativas, aplicación de vacuna TDPA a las 28 SDG.



Padecimiento actual.

Inicia con salida de líquido claro el día 12 de noviembre del 2017 aproximadamente a las 11 horas, sin actividad uterina. Alrededor de las 14 horas menciona iniciar con dolor obstétrico irregular y dolor lumbar EVA de 7.

Acude a centro de salud para atención, sin embargo, es referida a otra unidad al no contar con los recursos para la atención del parto. Gisela refiere haber acudido a 3 diferentes hospitales y que en los 3 le dieron la misma indicación de no haber recursos, por lo que acude a esta unidad para atención del parto.

A la valoración en urgencias se encuentra fondo uterino de 27 cm, FCF de 142 latidos por minuto, a la palpación, producto único, longitudinal, presentación cefálica, dorso derecho, al tacto vaginal 2 centímetros de dilatación y 50% de borramiento, Valsalva positivo.

Es ingresada a la unidad tocoquirúrgica de dicho hospital para vigilancia, manejo y atención oportuna del trabajo de parto, parto y cuidados del recién nacido.



VIII.- APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.

8.1 Valoración.

Características de la Familia.

Integrante de familia nuclear, conformada por 6 personas, padre, madre y 3 hermanos. Vive en casa de los padres, cohabitan solo padre, madre y ella, refiere tener pareja actualmente, menciona buena relación e interacción con pareja, familia y amigos. Realizan actividades familiares cada domingo en las que acostumbran hacer paseos familiares y comidas. El sustento del hogar es su padre quien se dedica a acomodar coches y cuidarlos, sin embargo recibe apoyo de su pareja en cuanto gastos personales y de atención del embarazo.

Características del ambiente.

Habita en casa rentada de material perdurable, paredes de cemento con techos de asbesto y piso firme de cemento. Cuenta con 2 cuartos, todos los servicios disponibles de luz, agua y drenaje, sin embargo, refiere escasez de agua, adecuada ventilación e iluminación, cocina con gas, municipio hace la recolección de basura 2 veces por semana.

La colonia no cuenta con pavimentación de calles y poca iluminación por lo que menciona ser una zona de mucha inseguridad y poca vigilancia. Cuentan con transporte público de acceso cercano. El centro de salud más cercano lo encuentra a 20 minutos en transporte público, y escuelas primarias, secundarias y preparatoria a pocas cuerdas de su domicilio.

Menciona zoonosis positiva, con 3 perros y 2 gatos, fauna nociva negada.⁴⁸



8.1.1 Requisitos de Autocuidado Universales.

1.- Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.

Se observa de apariencia higiénica, refiere aseo nasal diario, no convive con personas fumadoras, ni refiere el consumo de tabaco, menciona enfermarse pocas veces de las vías respiratorias (1 vez al año), y no tiene antecedentes de problemas respiratorios agudos que necesiten apoyo respiratorio. Al interrogar si realiza alguna técnica de mejore su respiración, menciona que nunca ha practicado ninguna. Que solo ahora con el parto le enseñaron a respirar profundamente.

A la exploración física se encuentra eucárdica (76 lpm), eupneica (18 rpm), normotensa (110/60 mmHg), eutérmica (36.5° C) y con una frecuencia cardíaca fetal de 138 lpm.

Mucosa nasal íntegra, hidratada, narinas permeables, tórax simétrico, respiración torácica, con adecuada amplexión y amplexación, a la auscultación de campos pulmonares se encuentran sonidos vesiculares, bronco vesiculares y bronquiales, adecuadamente ventilados, sin presencia de sonidos adventicios.

Precordio rítmico y nítidos, sin compromiso aparente, pulsos periféricos palpables, llenado capilar inmediato 2". Miembros inferiores sin presencia de edema ni telangiectasias. Uñas cortas y limpias.

2.- Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.

Consume aproximadamente 2 litros de agua al día, de garrafón, menciona el consumo diario de refresco de cola aproximadamente 2 vasos de 250 mililitros, le disgusta el agua al natural por lo que acostumbra usar saborizantes artificiales.

A la valoración se observa piel normocrómica, hidratada, mucosa oral íntegra, sonrosada e hidratada. Conjuntivas hidratadas.



Cuenta con catéter periférico en vena radial, permeable sin datos de infiltración, fluidoterapia con solución glucosada 1000 cc al 5% combinada con 5 UI de Oxitocina a un volumen de 8 gotas por minuto (2 mU), para 6 hrs.

3.- Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.

Realiza 3 alimentos al día y cuando le es posible 2 colaciones, su alimentación es variada, refiere consumir leche 7/7, carne 7/7, huevo 5/7, verduras 3/7, frutas 7/7, tortilla 7/7, pan 2/7, queso 1/7, embutidos 0/7, sal 7/7 y azúcar 2/7. Menciona preferir los caldos de pollo, longaniza, enchiladas y frutas y consumir con disgusto el huevo. Con el embarazo no soportaba los alimentos con mayonesa, ni los lácteos.

Antes del embarazo no consumían ningún tipo de suplementos alimenticios. A partir del 2do mes de gestación inicia el consumo de ácido fólico, sulfato ferroso y calcio.

Se interroga sobre padecimientos gastrointestinales como náuseas, vómitos, pirosis, colitis, gastritis, pólipos intestinales, problemas para la masticación o deglución, los cuales son negados.

El sentido que le da a la comida es de convivencia y menciona sentirse relajada después de ingerir los alimentos.

Come comúnmente en casa, con sus padres, menciona tomarse su tiempo para comer aproximadamente 45 min. Refiere desayunar a las 9:00 am, hacer una colación a las 11:30, comer a las 14:00 hrs, hace otra colación entre las 17:00 y 18:00 hrs y cenar a las 20:30 hrs.

A la exploración se encuentra mucosa oral sonrosada e hidratada, no se perciben laceraciones. Piezas dentales completas, no se observan problemas de gingivitis, se aprecian caries dentales en 2do molar y halitosis secundaria a falta de higiene bucal por internamiento. Sin trastorno o presencia de prótesis. Lengua central y móvil, no menciona problemas. Labios sonrosados y húmedos.



Actualmente con indicación médica de ayuno, realizo ultimo alimento el día 12 de noviembre alrededor de las 20:00 hrs.

4.- Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y excremento.

Patrón de eliminación 2 veces por día, heces formadas, no refiere problemas para la eliminación y nunca ha tenido que utilizar ningún tipo de laxante para propiciarla. Indica consumir abundante agua y consumir alimentos ricos en fibra.

En cuanto a la eliminación urinaria señala un patrón de 4 o 5 micciones por día, sin embargo con el embarazo presento polaquiuria, tenesmo y urgencia urinaria.

Presento infecciones de vías urinarias durante el primer trimestre del embarazo, las cuales refiere fueron tratadas con nistatina y antibiótico del cual no recuerda el nombre.

A la exploración, abdomen globoso a expensas de útero gestante, no se ausculta peristalsis, presenta una evacuación Bristol tipo 3 y 4 micciones espontaneas.

5.- Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.

Antes del embarazo solía trabajar de mesera en un restaurante, indica que para poder llegar al trabajo tenía que caminar distancias largas por lo que su pareja le pidió dejara el trabajo cuando supo que estaba embarazada. Actualmente realiza algunas labores del hogar y sale a caminar por las tarde aproximadamente una hora en compañía de su madre. En su tiempo libre le gusta leer, escuchar música y salir a pasear con su pareja o familia.

Duerme aproximadamente 7 horas durante la noche pero menciona no descansar muy bien, ya que con el embarazo tiene que dormir boca arriba o de lado cuando ella prefiere dormir en decúbito ventral. Realiza 2 siestas durante el día de aproximadamente 40 minutos.



Miembros inferiores y superiores íntegros, simetría en el desarrollo de músculos y huesos; normotónicos, movilidad articular adecuada e indolora, coordinación y control de los músculos ante el movimiento.

Consciente, orientada en tiempo lugar y persona, no refiere problemas de paresias o parestesias, se valoran pares craneales sin dato aparente, reflejos osteotendinosos normoreflexos.

6.- Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.

Durante la entrevista mantienen un lenguaje fluido, coherente, pausaba la entrevista debido a las contracciones, mantenía una posición antiálgica, en todo momento mantuvo la mirada, se mostró muy cooperadora.

A la exploración se encuentra pabellón auricular bien formado, oídos simétricos, sin malformaciones, se observa presencia de cerumen, tímpano íntegro, adecuada capacidad auditiva, se interroga sobre la presencia de acúfenos, los cuales niega. Pupilas isocóricas, isométricas y reactivas a la luz, ojos hidratados, simétricos, con adecuada movilidad, no refiere dolor, presencia de fosfenos, ni problemas de agudeza visual. No se observan datos de infección como secreciones

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

Menciona conocer algunas medidas de prevención de accidentes en casa y en la calle como mirar a ambos lados antes de cruzar, bajar escaleras con cuidado, no pisar el piso cuando está mojado y con el embarazo el no utilizar tacones. Refiere acudir al médico únicamente cuando se siente enferma y ahora con el embarazo a sus consultas prenatales y a urgencias cuando presenta datos de alarma.

Nunca se ha realizado un Papanicolaou ni mastografía, realiza cada mes su autoexploración de mamas. No acude al dentista, su última consulta fue hace 2



años, no presenta problemas de visión por lo que menciona nunca haber acudido al Oculista.

Menciona cuidarse en mayor medida cuando hace frío para no adquirir resfriados y no comer alimentos en la “calle” para no enfermar del estómago.

Al interrogarse sobre cómo maneja las situaciones de tensión, explica que habla con su madre, pareja o sus amigas para que la aconsejen y al mismo tiempo estar con ellos la relaja. Indica contacto religioso cuando necesita “pedir algo” o solo para hablar con Dios, y eso la tranquiliza.

Se encuentra satisfecha con su físico, alude estar contenta con su imagen antes y ahora con el embarazo, menciona sentirse “más bonita”.

Se valoran toxicomanías maternas las cuales son negadas tanto pre- concepción como conceptuales.

8.- Promoción del 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.

Realiza baño diario con cambio de ropa interior y exterior, aseo bucal 2 veces al día, no realiza aseo perineal, lavado de manos diario antes de comer y después de ir al sanitario, le gusta estar limpia y oler bien, ya que esto la hace sentir cómoda. Realiza baño diario con jabón neutro y utilizar shampoo con aroma, crema corporal, desodorante y perfume. Niega uso de jabones íntimos, ni duchas vaginales.

Se observa piel normocrómica, turgente, hidratada y lisa, no se observan laceraciones, erupciones o heridas, no se palpan masas, ni abultamientos. Cabello adecuadamente implantado, uniforme, hidratado, sin presencia de pediculosis. Uñas lisas, redondas, cortas y limpias. Mamas simétricas, no se palpan masas, pezón formado, con escasa producción láctea.



Genitales íntegros, con presencia de tapón mucoso, se realiza tacto vaginal presentando 2 cm de dilatación y 50% de borramiento, Valsalva y Tarnier positivos, líquido amniótico claro. ⁴⁸

8.1.2 Requisitos de Autocuidado según la Etapa de Desarrollo.

Menarca a los 11 años, ciclos regulares de 30x4, dismenorrea; telarca y pubarca a los 12 años.

Su fecha de última menstruación fue el 04 de marzo del 2017, gesta: 1, para: 0, cesarea: 0, aborto: 0.

Descripción ginecológica.

Inicio de vida sexual a los 16 años, número de parejas sexuales: 2, parejas no circuncidados, menciona infecciones vaginales tratadas en su mayoría con ovulos, no recuerda en nombre; niega citologías vaginales y cirugías ginecológicas. Menciona que al inicio de su menstruación fue muy irregular, y nunca ha tenido sangrados anormales.

No presenta dispareunia, relaciones sexuales satisfactorias, como métodos anticonceptivos ha utilizado únicamente preservativo desde el inicio de su vida sexual activa, no refiere prácticas sexuales de riesgo.

Recuerda su fecha de última menstruación el 04 de marzo del 2017, con fecha probable de parto para el 11 de diciembre de 2017.

Descripción del embarazo actual.

Gesta 1, Embarazo de 36.2 semanas de gestación por fecha de última menstruación, fondo uterino de 27 centímetros, producto único vivo, longitudinal, dorso derecho, presentación cefálica, frecuencia cardiaca fetal de 142 latidos por



minutos, se calcula un peso fetal aproximado de 2,325 grs por regla de Johnson. Al tacto cérvix posterior, 2 centímetros de dilatación y 50% de borramiento, Valsalva positivo, líquido amniótico claro.

No presentó complicaciones durante su embarazo, salvo infecciones de vías urinarias. No hay presencia de edema.

Planea cuidarse con el implante subdérmico, sin embargo, el hospital no cuenta con él, por lo que se le oferta el dispositivo intrauterino de cobre, mismo que Gisela acepta.

Inicia control prenatal a las 12 semanas de gestación, con un total de 7 consultas prenatales, consumo de ácido fólico y sulfato ferroso a partir de la semana 12 de gestación, pruebas VIH y VDRL negativas, aplicación de vacuna TDPA a las 28 SDG.⁴⁸

8.1.3 Requisitos de Autocuidado ante una Desviación de la Salud.

Percepción de la desviación de la salud.

Acude a servicio de urgencias ginecológicas en el Hospital General La Perla el día 13 de noviembre tras presentar salida de líquido claro, dolor obstétrico irregular y dolor lumbar EVA de 7.

Sabe que está iniciando su trabajo de parto, se siente preocupada y con miedo, al no saber como se llevará el trabajo de parto y al sentir dolor. Le preocupa su hijo ya que le dijeron que es un parto pretérmino.

Mecanismos de adaptación.

Gisela es una mujer adolescente, cursa por su primer embarazo por lo que presenta miedos y preocupaciones, ya que no sabe que es lo que pasará, indica haber leído sobre el tema y que su madre y familiares le han ayudado mucho.



Acudió a 7 consultas prenatales en las cuales se le educó sobre diversos temas relacionados con el embarazo y el cuidado del recién nacido.

Efectos de la desviación sobre el estilo de vida.

Psicológicos: Gisela se encuentra contenta con su embarazo, aunque no fue planeado lo espera con mucha emoción, se encuentra un poco ansiosa con trabajo de parto y con miedo ya que le dijeron que su parto es pretérmino.

Fisiológicos: Curso durante su embarazo con infecciones vaginales y urinarias, examen general de orina con leucocitos elevados y bacterias abundantes.

Económicos: La señora Gisela se siente tranquila en este aspecto ya que ahorro dinero de su trabajo, además de contar con el apoyo económico de sus padres y de su pareja.

Historia previa de desviación de la salud.

Gisela, primigesta de 17 años de edad, con antecedente de infecciones vaginales durante el embarazo, misma que fueron tratadas sin embargo no recuerda el nombre; no se ha realizado citologías vaginales, presento infecciones de vías urinarias durante el primer trimestre del embarazo, las cuales refiere fueron tratadas con nistatina y antibiótico del cual no recuerda el nombre.

Se aplica vacuna TDPA a las 28 semanas de gestación.

Antecedentes heredofamiliares.

Predisposición a diabetes mellitus e hipertensión por línea paterna.⁴⁸

8.2 Análisis de estudios de laboratorio.⁴⁹

Química	Biometría	Tiempos de	Urianálisis
----------------	------------------	-------------------	--------------------



Sanguínea		Hemática		Coagulación			
Glucosa	75 mg/dl	Eritrocitos	4.53 x10 ⁶	Protrombina	11.9 seg	Color	Amarillo
BUN	4.0 mg/dl	Hemoglobina	13 g/dl	Parcial de Tromboplastina	34,3 seg	Aspecto	Turbio
Creatinina	0.52 mg/dl	Hematocrito	37.3%			PH	7.5
Urea	8.6 mg/dl	Leucocitos	7.0 x10 ³			Leucocitos	Positivo 2+
Colesterol	157 mg/dl	Plaquetas	194 x10 ³			Proteinas	Huellas
Triglicéridos	153 mg/d	Linfocitos	21 %			Glucosa	Negativo
Ácido Úrico	2.3 mg/dl	Vol. Plaquetario medio	10.7			Bacterias	Abundantes



8.3 Esquema Metodológico.

REQUISITOS UNIVERSALES ALTERADOS

- IV. Provisión de cuidados asociados a los procesos de eliminación o excreción
- V.- Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo
- VII. Previsión de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
- VIII Promoción del funcionamiento y desarrollo Humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano.

REQUISITO DE AUTOCUIDADO SEGÚN ETAPA DE DESARROLLO

Adolescente

UNIDAD DE OBSERVACIÓN

Gisela, primigesta, embarazo de 36.2 SDG por FUM / trabajo de parto en fase latente / ruptura prematura de membranas de aproximadamente 22 hrs de evolución.

AGENCIA DE AUTOCUIDADO:
Desarrollado pero no estabilizado

SISTEMA DE ENFERMERÍA:
Parcialmente compensatorio y apoyo educativo.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO ANTE UNA DESVIACIÓN DE LA SALUD.

Acude a consultas prenatales

Adeherencia a tratamiento ante infecciones vaginales y urinarias

Acude a servicio de urgencias del Hospital General La Perla ante datos de alarma del embarazo.

FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES

Edad: 17 años.
Sexo: femenino.
Estado de desarrollo: adolescente
Estado de salud: Embarazo de 36.2 SDG por FUM y TDPFA
Factores del sistema familiar: Carga genética paterna de diabetes mellitus e hipertensión
Patrón de vida: Hogar
Factores ambiente: escases de agua, calles sin pavimentación e iluminación, inseguridad en colonia, zoonosis positiva.
Disponibilidad y adecuación de los recursos: Hospital General La Perla
Nivel socioeconómico: Medio-bajo

EXPOSICIÓN A RIESGOS

Maternos:
Distocias de contracción
Hemorragia obstétrica en el tercer periodo del trabajo de parto
Infección
Fetales:
Producto prematuro
Bajo peso al nacer
Hipoxia
Pérdida del bienestar fetal
Infección
Muerte



8.4 Jerarquización de problemas.

- Orientar a Gisela sobre las medidas de confort para el manejo del dolor durante el trabajo de parto y parto.
- Favorecer el trabajo de parto en Gisela y disminuir los riesgos que este conlleve
- Atender a sus necesidades emocionales y fisiológicas ante la presencia del dolor obstétrico
- Disminuir el riesgo de infección en Gisela y el feto
- Realizar un parto respetado en Gisela, teniendo en cuenta las políticas institucionales
- Favorecer el vínculo madre- hijo mediante el contacto piel a piel y el inicio temprano de la lactancia materna.
- Educación pertinente, relevante y veraz sobre los signos y síntomas y temas de interés
- Fomentar en Gisela hábito de autocuidado.

8.5 Diagnóstico de Enfermería.

- 1.- Riesgo de alteración del bienestar materno fetal r/c pérdida de la integridad de la membrana amniótica y parto pretérmino.

- 2.- Dolor durante el trabajo de parto r/c desconocimiento sobre los mecanismos del trabajo de parto y medidas de confort m/p actividad uterina presente, cambios cervicales, posición antiálgica, facies de dolor, dolor lumbar, diaforesis, irritabilidad

- 3.- Alteración del estado emocional, r/c desconocimiento sobre el trabajo de parto y preocupación ante el estado de salud del feto m/p inquietud, , temor ante una posible pérdida, estrés.



4.- Riesgo de caídas r/c dolor obstétrico, área física, cama hospitalaria elevada, uso inadecuado de los barandales e intranquilidad.

5.- Riesgo de lesión de la integridad cutánea y tisular del periné durante el periodo expulsivo r/c desconocimiento sobre el periodo expulsivo, medidas de relajación y pujo.

6.- Riesgo de infección materno- fetal r/c perdida de la integridad de la membrana amniótica con 22 horas de evolución, procedimientos invasivos, leucocitosis.

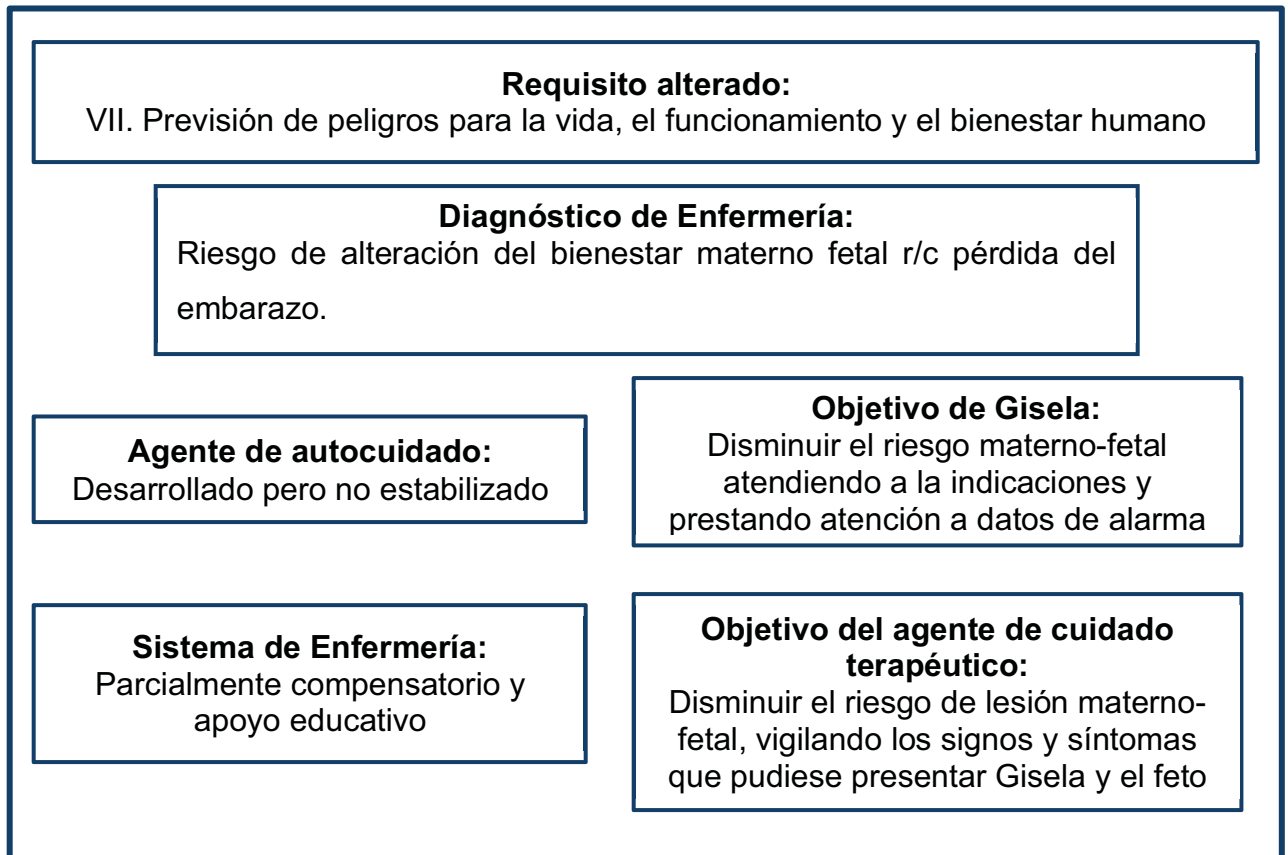
7.- Disposición para mejorar los conocimientos ante el proceso de maternidad m/p deseo de conocer medidas de autocuidado, durante el trabajo de parto, parto, puerperio y de su recién nacido.

8.- Riesgo de disminución de la actividad peristáltica en el sistema gastrointestinal r/c ansiedad, ayuno prolongado durante el trabajo de parto, antecedente de estreñimiento.

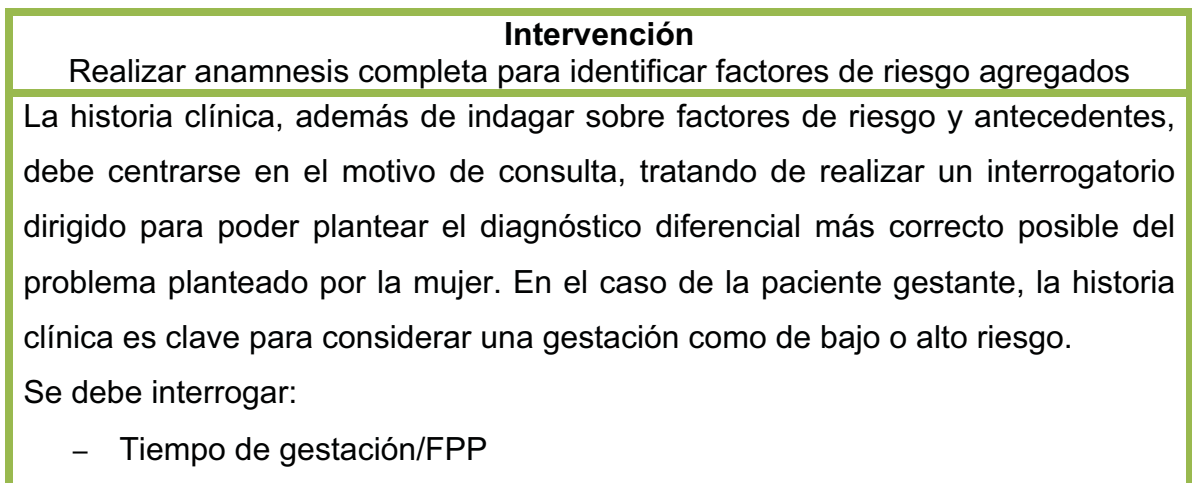
9.- Déficit de autocuidado r/c desconocimiento sobre medidas de fomento a la salud m/p ausencia de control odontológico y nula citología vaginal.



IX.- PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS.



Intervenciones de Enfermería Perinatal.



- Gravidez y paridad
- Partos con producto vivo
- Antecedente partos prematuros
- Complicaciones ginecológicas y obstétricas
- Cirugías en útero
- Complicaciones en el embarazo actual
- Hábitos, alergias, control prenatal.⁵⁰

Intervención

Explicar los riesgos fetales asociados con un parto pretérmino

A pesar de los avances en materia de cuidados neonatales, que han contribuido a aumentar el índice de supervivencia de los recién nacidos muy prematuros, el riesgo de los recién nacidos prematuros de experimentar problemas de salud y del desarrollo todavía es muy superior al de los recién nacidos a término. Estos riesgos aumentan a medida que desciende la edad gestacional. Según un estudio realizado recientemente, el índice de supervivencia neonatal era notablemente inferior si la causa del nacimiento prematuro era la rotura prematura de las membranas fetales, en comparación con el parto pretérmino y iatrogénico.

El impacto emocional que experimentan las familias que se enfrentan a este problema es enorme. En muchos casos, el recién nacido es ingresado en un hospital alejado del domicilio familiar, y padres y hermanos manifiestan una ansiedad enorme, provocada por la incertidumbre sobre la supervivencia y la total recuperación del recién nacido.

Los recién nacidos prematuros presentan mayor riesgo de sufrir complicaciones neonatales y discapacidades permanentes, como retraso mental, parálisis cerebral (PC), problemas pulmonares y gastrointestinales y pérdida de visión y audición. La probabilidad de morir durante la primera semana de vida de los recién nacidos tan sólo unas semanas antes es seis veces superior a la de los recién nacidos a término, y la probabilidad de que mueran antes de cumplir el



año es tres veces superior.

A largo plazo, los niños que nacieron prematuramente tienen mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, hipertensión y diabetes en la edad adulta y, posiblemente, también presenten un riesgo mayor de padecer cáncer.⁵¹

Intervención

Vigilancia del trabajo de parto mediante partograma

El partograma es una herramienta fundamental durante el trabajo de parto que se debe llenar en forma rutinaria y debe realizarse detalladamente en todas las gestantes con la finalidad de evitar distocias y cesáreas de urgencia que conllevan a una alta morbilidad y mortalidad.³⁵

Intervención

Valorar cada 30 a 45 minutos la frecuencia cardíaca fetal

La Norma Oficial Mexicana 007 marca que la frecuencia cardíaca fetal debe auscultarse antes, durante y después de las contracciones y se sugiere un control cada 30 a 45 minutos.³⁵

Durante las contracciones del trabajo de parto, los vasos sanguíneos del útero se vuelven más estrechos. Al hacerlo, se reduce brevemente el suministro de oxígeno al recién nacido. Después de la contracción, los vasos sanguíneos se vuelven a abrir y regresa la sangre. La FCF normalmente cambia en reacción a los cambios en el suministro de oxígeno. Algunos cambios en la FCF, sin embargo, pueden indicar que el recién nacido no está recibiendo suficiente oxígeno.

La monitorización de la FCF ayuda a detectar cambios en los patrones normales del ritmo del corazón durante el trabajo de parto. Si se detectan ciertos cambios, se pueden tomar medidas para tratar el problema subyacente así como prevenir tratamientos innecesarios.⁵²

Intervención

Orientar a la gestante sobre motilidad fetal.

A partir de la semana 20, la madre es capaz de sentir los movimientos del feto, los cuales se hacen cada vez más notorios a medida que avanza el embarazo.



Estos movimientos son un indicativo de bienestar fetal.

La principal complicación asociada a la reducción de los movimientos del feto es el sufrimiento fetal, el cual se caracteriza porque el feto no está recibiendo el oxígeno suficiente, lo que puede traer graves consecuencias para la salud del feto.⁵³

Intervención

Vigilancia características del líquido amniótico.

En gestaciones a término, en las que el líquido amniótico es claro y la presentación es cefálica, se esperarán de 12 a 24 horas para la inducción del parto mediante prostaglandinas vaginales u oxitócicos. Si el líquido es meconial, existe pérdida de bienestar fetal o la madre es portadora de estreptococo grupo B, la inducción será inmediata.

La relación entre meconio y corioamnionitis es posible desde el punto de vista biológico, al menos, por dos causas. En primer lugar, se demostró que el meconio estimula el crecimiento de bacterias en el líquido amniótico. En segundo lugar, el meconio ejerce un efecto deletéreo sobre los mecanismos de defensa del huésped. Se demostró que el meconio altera la relación zinc-fósforo en el líquido amniótico y, en consecuencia, debilita las propiedades antibacterianas de este líquido.

La existencia de líquido amniótico teñido conlleva, además de la posibilidad de que exista o haya existido una situación de hipoxia fetal, y además en este caso, el riesgo de que se produzca un síndrome de aspiración meconial. La aspiración de meconio se puede definir por la presencia de líquido amniótico teñido por debajo de las cuerdas vocales. Desde la tráquea el meconio puede pasar a los pulmones, desarrollándose entonces el síndrome de aspiración meconial, causa importante de morbimortalidad perinatal.⁵⁴

Intervención

Valorar presencia de complicaciones materno-fetales secundarias a la ruptura

La rotura prematura de membranas tiene complicaciones maternas y fetales, se destacan la amnionitis, endometritis, aumento del índice de cesárea, infecciones



fetales y neonatales, hipoxia, deformidades fetales, hipoplasia y pulmonar.⁵⁵

Intervención

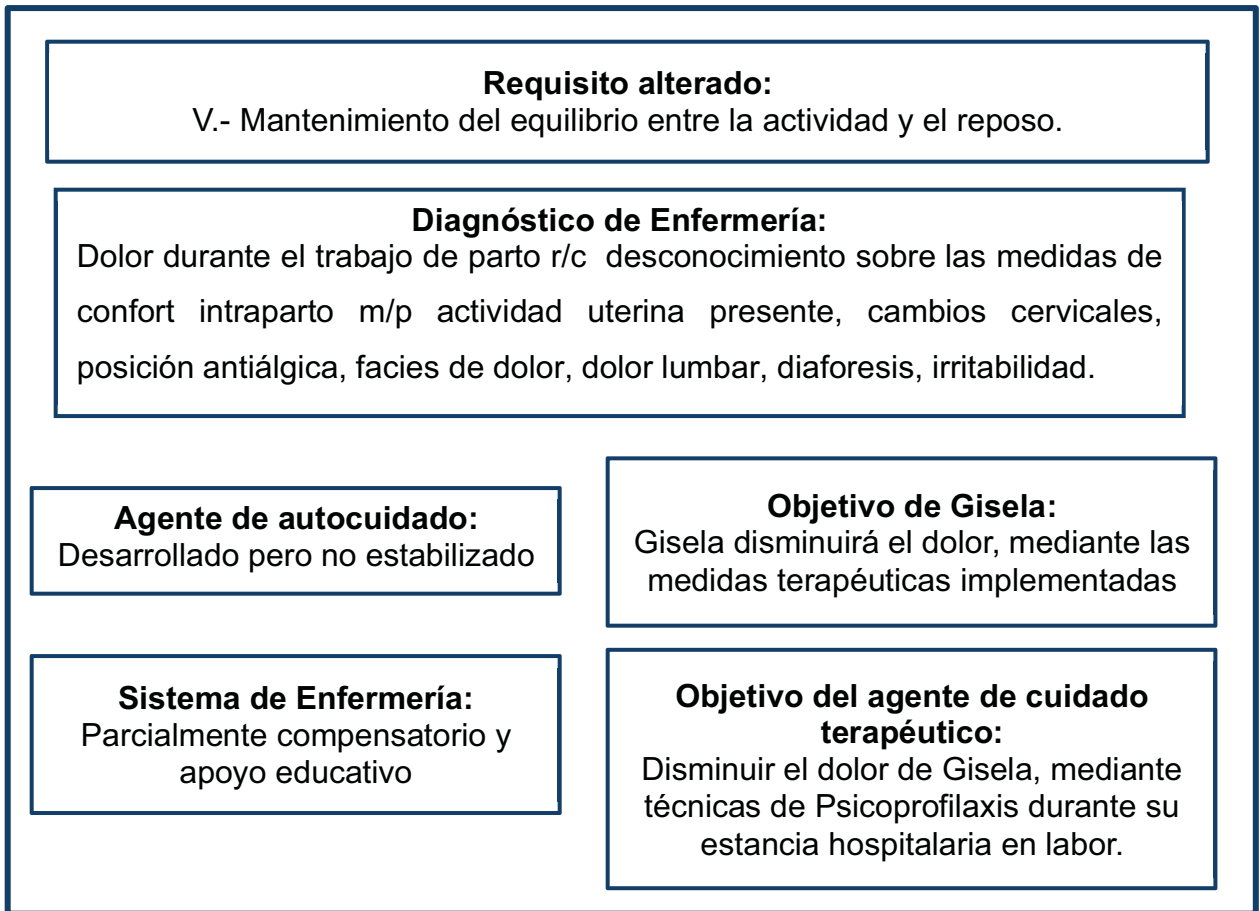
Educar a la mujer sobre dudas e inquietudes relacionadas con el feto.

Resolver las dudas de la gestante, ayudará a mejorar su nivel de conocimiento, favorecerá al reconocimiento de riesgos y ayudará a disminuir los niveles de estrés de la mujer, mismo que podría detener el trabajo de parto y ser un determinante de posibles complicaciones.

Evaluación:

Gisela y su feto se mantuvieron estables durante todo el trabajo de parto, no se presentaron alteraciones en la frecuencia cardiaca fetal lo que nos indica bienestar fetal, Gisela se mostró tranquila y cooperadora ante la resolución de dudas e informes del bienestar fetal.





Intervenciones de Enfermería Perinatal.

Intervención
Favorecer la empatía con Gisela.

La comunicación terapéutica es el proceso mediante el cual el profesional de enfermería establece una relación con el paciente. Para lograr una efectiva comunicación es importante tener en cuenta características tales como la edad, el sexo, el nivel educativo, el nivel socioeconómico y la religión. Conociéndolas, se puede definir como acercarse, que términos utilizar para lograr la comunicación adecuada donde se ejerzan habilidades y destrezas como sonreír, interpretar los gestos del paciente satisfacer sus necesidades, crear disposición para el diálogo, ser asertivo, generar confianza, dar seguridad y brindar apoyo



efectivo, entre otras.

Por medio de la comunicación, en la cual, se pueda conocer la persona cuidada, entender sus necesidades, prestarle ayuda cuando lo necesite, aliviar su dolor, etc. La profesional de enfermería debe aprender a interpretar los gestos de su paciente, valerse de artimañas para lograr la comunicación con él, ser asertiva, creativa, ingeniosa, noble, tolerante, respetuosa, discreta y, entre muchas otras cosas, capaz de lograr la evolución de su propia profesión.⁵⁶

Intervención

Educar a la mujer sobre el trabajo de parto y el parto.

La educación para la maternidad es el conjunto de actividades grupales dirigidas a las embarazadas y sus parejas, orientadas a mejorar sus conocimientos sobre el proceso, promover comportamientos saludables, resolver dudas y ofrecer estrategias que faciliten el embarazo, parto y puerperio tanto física como emocionalmente.

Para garantizar que la gestación, el nacimiento y la crianza del recién nacido sea un proceso sano y satisfactorio, será necesario que la madre adquiera conocimientos, estrategias y habilidades que le ayuden a prepararse para afrontar los cambios físicos, emocionales y de estilo de vida.

El personal de enfermería perinatal debe basar su acción sobre un proceso continuo de aprendizaje, cuyo objetivo sea aumentar los conocimientos de la gestante y de esa forma reducir su ansiedad, sus miedos, facilitar la toma de decisiones, que la mujer tome conciencia de su capacidad para dar a luz, además de pretender modificar actitudes y comportamientos de la embarazada y sus familias y así conseguir conductas más saludables.⁵⁷

Intervención

Valorar el progreso de las modificaciones cervicales durante el trabajo de parto.

El cuello uterino o cérvix, es una banda fibromuscular en forma de cilindro que comunica la vagina con el útero y mide aproximadamente de 3 a 4 cm de largo y 2,5 de diámetro. Para que el parto se produzca por vía vaginal, debe realizarse



el borramiento y la dilatación del cuello uterino para dejar paso al feto.

Por la acción de distintas hormonas, como las prostaglandinas y la oxitocina, el cuello uterino experimenta una serie de cambios morfológicos y bioquímicos: se ablanda y se acorta hasta desaparecer. Se producen las contracciones que hacen que las fibras musculares se vayan estirando, de tal forma que cada vez son más delgadas y así se consigue que se vayan abriendo y desapareciendo. Una vez finalizado el borramiento, el cuello queda como un anillo (anillo cervical) de la textura de un papel de fumar, y comienza la dilatación propiamente dicha.

La dilatación y el borramiento del cuello del útero se mide mediante una exploración vaginal. Éste es uno de los parámetros que se tiene en cuenta para reconocer si se ha iniciado el parto.⁵⁸

Al respecto, la GPC Prevención, diagnóstico y tratamiento de la RPM, nos marca que se deben evitar los tactos vaginales ante una RPM excepto cuando la paciente se encuentre en trabajo de parto o requiera inducción.⁴²

La Norma Oficial Mexicana 007 indica registrar e interpretar el progreso de las modificaciones cervicales, variedad y descenso de la presentación, se debe realizar mediante tacto vaginal por lo menos cada hora para identificar oportunamente eutocias o distocias. Así mismo, menciona que la mujer debe ser informada antes y después de la exploración.³⁵

Intervención

Favorecer la movilidad fuera de cama y el movimiento pélvico

El caminar promueve una posición vertical y ha merecido destacarse en la atención al parto por los profesionales. Entre las ventajas que esta posición ofrece, está el favorecimiento de la acción de la gravedad sobre la trayectoria y el descenso del feto, la no compresión de los grandes vasos maternos, el aumento de los diámetros del canal de parto y el ángulo de encaje, la mejora de la ventilación pulmonar y del equilibrio acidobásico, además de la mejora de la eficiencia de las contracciones uterinas, abreviando así el trabajo de parto.

El movimiento pélvico está relacionado con la relajación de los músculos de la



región pélvica y la mejora de la circulación local. Favorece la permanencia de la mujer en la posición vertical y puede acortar la duración de la fase activa del trabajo de parto y estimular la movilidad materna.⁵⁹

Intervención

Orientar sobre cambios posturales que puedan aminorar su malestar.

Se debe alentar y animar a la mujer a adoptar posiciones diferentes y a deambular durante el proceso de parto, con el fin de conseguir un mayor nivel de comodidad, controlar el dolor y lograr un proceso de dilatación de correcta evolución. Deben adoptar cualquier posición que encuentren cómoda. La gestante debe ir adoptando posiciones diferentes para el encajamiento del feto y para ir modificando la funcionalidad de la pelvis. Hay múltiples variantes de posiciones posibles, en muchas ocasiones la mujer las realiza de forma instintiva. En el proceso de dilatación básicamente van a haber tres las que van a crear una correcta funcionalidad de la pelvis; de pie con las rodillas ligeramente flexionadas, sentada sobre un balón de esferodinamia y de rodillas apoyada sobre las manos (cuadrupedia). Alternar las diferentes posiciones ayudará a la mujer durante el proceso de dilatación, siempre teniendo en cuenta sus preferencias personales y si es necesario una vigilancia fetal estrecha o no.

La postura vertical para el parto ha sido incluida en diferentes programas de salud institucionales, acatando las recomendaciones de la OMS. Se mencionan como ventajas de esta posición la disminución de la morbilidad y el dolor de la madre, en comparación con la posición horizontal. Ante esto surge la necesidad de evaluar las prácticas médicas en obstetricia para así mejorar la atención de las pacientes y disminuir de esta manera la morbi-mortalidad.⁶⁰

Intervención

Orientar sobre técnicas simples de relajación tales como la respiración.

Tener una buena respiración durante el embarazo y el parto es importante porque permite mayor y mejor oxigenación a la madre y feto.

La eliminación del anhídrido carbónico y la absorción de oxígeno, afectan el pH de la sangre. En general la homeostasis depende de la respiración y puede que



esa sea la razón de la relación entre este y el estado emocional. Si la respiración cambia con las emociones, observamos también el fenómeno inverso, esto es, la modificación del estado emocional a partir del control de la respiración.

El músculo esencial para la respiración es el diafragma, que se encuentra separando la cavidad abdominal del tórax. En fase inspiratoria, la cavidad torácica se amplía y el diafragma desciende. La de espirar es fase pasiva; la cavidad torácica se reduce y el diafragma asciende.

Para respirar adecuadamente debe tomarse abundante oxígeno por la nariz, hasta la mayor capacidad del tórax; sostenerlo unos segundos en los pulmones y luego expulsarlo lentamente por la boca, con los labios entrecerrados.

- Respiración abdominal-diafragma:

Se inicia inspirando lenta y profundamente por espacio de cinco tiempos; luego se contrae la pared abdominal y se dilata la caja torácica; el aire pasa a ocupar la parte alta del tórax, de donde es expulsado. En el transcurso de la dilatación, durante el trabajo de parto, después de cada contracción del útero disminuyen las molestias y el dolor al dejar escapar aire con la boca entre abierta y manteniéndose en relajación.

- Respiración para pujar:

Ejercicio final de respiración, que consiste en bloquear el aire en la boca, haciendo primero una respiración brusca con la boca abierta y cerrándola luego, que es como el aire que queda bloqueado; también se puede hacer una inspiración profunda y lenta. Se flexionan las piernas, dejando los muslos contra el abdomen, separando ampliamente las rodillas con la manos y se puja fuertemente: una vez a cesado la contracción se espira hasta sacar todo el aire, y se sigue respirando normalmente. Este ejercicio es muy útil en el periodo de expulsión.

Bien utilizadas permiten, aparte de mejorar la oxigenación de la madre y el feto, modificar la intensidad de las contracciones, y por lo tanto sobre el dolor.⁶¹

Intervención
Masaje relajante.



El masaje y el tacto tranquilizador durante el parto, es un método de alivio del dolor con efectos relajantes, que estimula la producción de endorfinas y disminuye las hormonas del estrés, además de transmitir interés y comprensión (Huntley, Coon y Ernst, 2004). Esta técnica está basada en la manipulación de los tejidos blandos del cuerpo para relajar la musculatura tensa y calmar a la gestante. Con el masaje conseguimos, además de una reducción del dolor, mejorar el flujo sanguíneo y la oxigenación de los tejidos. Para un buen ejercicio de la técnica se precisa entrenamiento, pero el simple contacto físico ya ha demostrado ser beneficioso.

Hay varios tipos de masajes que se podrían realizar:

- Masaje superficial, con la yema de los dedos sobre el abdomen, espalda, cuello, zona lumbar o pies.
- Masaje profundo, con la palma de la mano, el puño, un masajeador o una pelota, acompañado de aceite o crema sobre la zona lumbar.
- Bolsa de agua caliente, toallas,...
- Compresas mojadas en agua fría, sobre la frente o nuca.

El masaje y contacto físico tranquilizador está recomendado como un método de alivio del dolor durante la primera y la segunda etapa del parto. (GPC del Ministerio de Sanidad, 2010; IPN de la FAME, 2007; Protocolo de la OMS 1996).⁶⁶

Intervención Aromaterapia.

Ante la búsqueda de alternativas dentro de los métodos no farmacológicos para conseguir un parto menos doloroso, encontramos esta técnica, basada en el uso de aceites esenciales con olores específicos para conseguir una disminución del estrés, de la ansiedad, y con ello del dolor.

No hay estudios que constaten un efecto positivo de este método sobre la TA, pero sí se sabe que puede mejorar el estado de ánimo de la mujer. Para conseguir este resultado se usan aceites de masaje, velas, hierbas y



dispensadores aromáticos

(manzanilla, salvia silvestre, lavanda, jengibre, eucalipto, naranja, enebro, jazmín, rosa, clavo, hierba de limón, azahar), siempre teniendo en cuenta, el tipo, la calidad y cantidad del recurso utilizado.⁶²

Intervención

Favorecer la amplitud pélvica con esferodinamia.

El balón especial para ejercicios, disminuye el dolor y ayuda al progreso del parto. Las tres posiciones básicas son:

- a) Sentada.
- b) Hincada y recargándose sobre ella.
- c) Parada y recargándose en ella.

Estas posiciones son más cómodas con la pelota que sin ella.

Beneficios en Posición Sentada::

- Facilita las posiciones fisiológicas que se requieren durante el parto.
- Ayuda en el balanceo de la pelvis y otros muchos movimientos del cuerpo.
- Facilita moverse o mecerse con ritmo.
- Ayuda a la movilidad de las articulaciones pélvicas. Aprovecha la ventaja de la gravedad durante y entre contracciones.
- Distribuye el peso del cuerpo para sentirse más cómoda.
- Permite posiciones fisiológicamente adecuadas durante el reposo.
- Puede hacer que el trabajo de parto sea más rápido, favoreciendo el descenso.
- Es adecuada para las técnicas a utilizar cuando se detiene el progreso.

Beneficios en Posición Arrodillada o parada e inclinada sobre una pelota:

- Promueve el descenso del feto.
- Ayuda a que el feto rote cuando se encuentra en posición posterior.
- Ayuda a aliviar el dolor en la región lumbar.
- Disminuye el esfuerzo que requieren las muñecas y palmas de las manos



que resulta de adoptar la posición sobre manos y rodillas

- Permite el libre acceso para recibir un masaje o presión en la cadera
- Puede facilitar la rotación y descenso del feto en un parto difícil.⁶³

Intervención

Orientar sobre dudas e inquietudes durante el trabajo de parto.

El apoyo profesional a las mujeres en el parto tiene cuatro dimensiones: apoyo informativo, apoyo físico, apoyo emocional y representación o defensa.⁶⁴

Apoyo informativo: Consiste en informar y aconsejar a las mujeres con una terminología que sea comprensible sobre las diferentes actividades que se realizan, su finalidad y sus limitaciones, la evolución del parto y el estado del feto. Se debe evitar comunicar pronósticos que sean poco probables o erróneos.

Apoyo físico o tangible: Se trata de ofrecer todas aquellas medidas que ayudan a mejorar el confort y la comodidad, como mantener la ropa de la mujer y la cama limpia y seca, facilitar la eliminación de fluidos, mantener la hidratación de la mucosa oral, facilitar la ingesta, u ofrecer la posibilidad de baños o duchas; así como ofrecer medidas de alivio del malestar o dolor como son las técnicas respiratorias, los masajes, la movilidad y los cambios posturales.

Apoyo emocional: Consiste en la asistencia continuada presencial en el parto, es decir, mantener una actitud empática, amable y paciente, cuidar el lenguaje verbal y no verbal, potenciar la autoconfianza, reforzando y premiando verbalmente la conducta de la mujer, y animarla y tranquilizarla si es necesario.

Representación: Se basa en ayudar a que la mujer pueda expresar y comunicar sus decisiones y deseos a los demás.⁶⁵

Intervención

Ingesta de líquidos claros.

La NOM 007 indica:

Durante el trabajo de parto se puede permitir la ingesta de líquidos a la paciente, de acuerdo a sus necesidades.³⁵

La restricción de líquidos y sólidos durante el parto es una rutina asistencial que

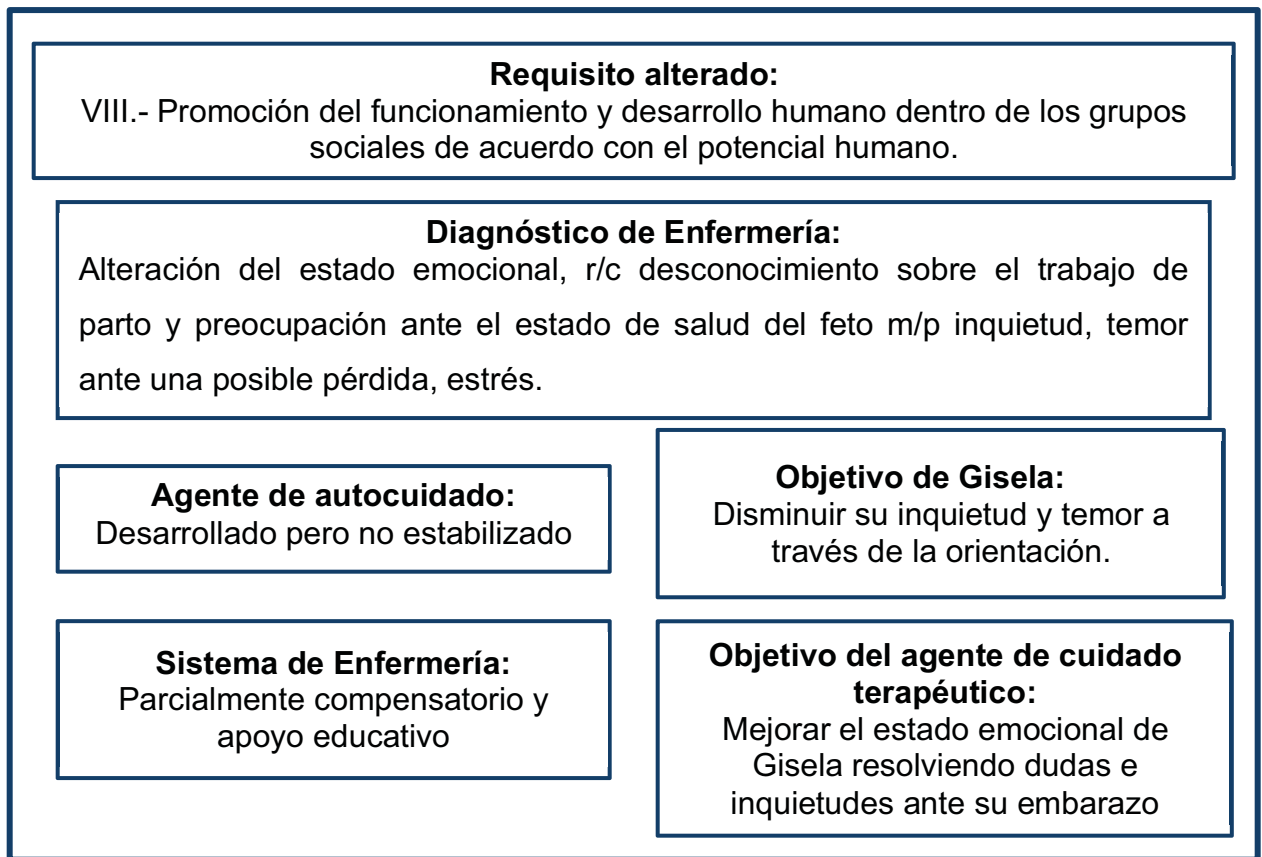


trata de prevenir el riesgo de aspiración gástrica en caso de una intervención quirúrgica bajo anestesia general, aunque se conoce que no garantiza la reducción de contenido estomacal por vaciamiento y que el bienestar de la mujer puede verse afectado ante la imposibilidad de beber o de ingerir alimentos. En la actualidad, la anestesia general en obstetricia ha dejado paso a las técnicas neuroaxiales, que son las que habitualmente se emplean en el transcurso de partos y cesáreas y, además, guías como la de la OMS promueven el ofrecer líquidos por vía oral durante el parto, lo que ha llevado a replantearse la necesidad de dicha restricción.⁶⁶

Evaluación:

Gisela disminuyó la sensación de dolor durante el trabajo de parto, atendió a las indicaciones, se mostró cooperadora y motivada ante la implementación de las medidas psicoprofilácticas, mismas que ayudaron a la evolución del parto.





Intervenciones de Enfermería Perinatal.

Intervención

Crear un ambiente de empatía con Gisela durante el trabajo de parto.

La sala de partos debe ser un lugar agradable, ni muy pequeña ni muy grande, y con las herramientas médicas que se utilizaran durante el parto ocultas de la vista de la futura mama, si la mujer no se siente a gusto, entra en estado de alerta y produce adrenalina, una hormona que inhibe la secreción de oxitocina. Por ello, es tan importante que el ambiente sea acogedor. La luz de la habitación debe ser tenue para permitir al cuerpo secretar melatonina, que entra en el torrente sanguíneo cuando dormimos y, por lo tanto, ayuda a reducir la actividad cerebral y a relajarse.

Para asegurar la concentración de la mujer durante el parto, resulta fundamental



que solamente esté con ella su pareja, personal de salud o su figura de preferencia. Es importante que la mujer confíe en la persona que atenderá su parto y que esta la tranquilice y ayude si lo necesita. Lo ideal es que la persona ha seguido todo el proceso del embarazo sea la misma que esté presente durante el parto.

La pareja o persona de confianza que acompañe a la mujer durante el parto debe tener presente que resulta más efectivo el lenguaje no verbal que el verbal para tranquilizarla. El tacto, los masajes, los mimos... Son fundamentales para transmitir confort y bienestar a la mujer. Y si se debe hablar, lo aconsejable es utilizar un tono bajo y alentar a la mujer con expresiones simples y sugerentes.⁶⁷

Intervención

Permitir que Gisela exprese sus preocupaciones y temores en todo momento.

La representación social sobre el parto lo identifica como una etapa dolorosa del proceso fisiológico del embarazo, siendo que la respuesta comportamental sufre el influjo de la dimensión emocional y ambiental. Los factores socioculturales interfieren en el modo en como la parturiente siente e interpreta el proceso del parto. El parto natural está asociado al dolor y al sufrimiento que, por el carácter fisiológico del evento, le impone a la mujer un comportamiento de superación frente al dolor del parto. Interpretado socialmente como “fisiológico”, o sea, como parte de la naturaleza del evento, genera conflictos de naturaleza afectiva, emocional y metabólica, exponiendo la fragilidad de las mujeres frente a su percepción personal y favoreciendo la representación femenina del parto, tomando como base los miedos y mitos.⁶⁸

Intervención

Brindar información veraz y pertinente sobre los procedimientos realizados.

Cabe destacar la gran importancia que actualmente tiene la entrega de información por parte del personal de salud a la mujer, ya que resulta indudable que el desconocimiento de las circunstancias que rodean su embarazo, de las posibilidades de éxito del tratamiento o intervención a la que va a someterse, así



como de los riesgos que estos entrañan, coartan la posibilidad de que el paciente pueda auto determinarse y elegir libremente si desea o no una intromisión en su propio cuerpo.

La única información eficaz es aquella que se proporciona antes de la intervención o el tratamiento de que se trate, siempre y cuando sea proporcionada con una antelación suficiente y en condiciones que permitan la adecuada reflexión por parte del paciente. Es por ello que entre la recepción de la información y el momento en que debe dar a conocer su decisión, el paciente debe tener la oportunidad real de ponderar los beneficios, o de disponer de tiempo, por ejemplo, para recabar la opinión de familiares o de personas de su confianza.⁶⁹

Intervención

Permitir que escuche mediante Dopptoner el corazón de su hijo/a.

Muchos padres nunca olvidan la primera vez que escucharon el débil latido de su futuro hijo, al escucharlo por primera vez se genera un lazo realmente especial entre los padres y el/la hijo/a. Por un lado escuchar el latido del corazón del feto a través de un doppler fetal representa una experiencia sumamente especial y por otro lado es la manera más sencillas en que los médicos pueden determinar la salud del feto.

El latido del feto está estrechamente relacionado con las sensaciones que tiene la madre; un estudio reveló que al escuchar voces de extraños se desacelera el ritmo cardíaco, mientras que al escuchar la voz de la mamá el ritmo se acelera.

Escuchar el latido del hijo/a durante la gestación es una experiencia sin igual y puede provocar en los padres sensaciones inexplicables; además puede prevenir enfermedades.⁷⁰

Intervención

Resolver y atender a las dudas que presenta Gisela.

Conocer físicamente el lugar donde se va a dar a luz, conocer la manera de proceder del personal que nos va a atender, sus protocolos, etc. va a contribuir muy favorablemente a disminuir el miedo al proceso de parto. Asimismo, la



redacción de un plan de parto en el cual la mujer sepa de antemano que se van a respetar sus deseos respecto a cómo se quiere que acontezca este suceso, puede ser un elemento crucial para disminuir el umbral del miedo al parto.⁷¹

Intervención

Favorecer la relajación mediante técnicas de respiración.

Este ejercicio puede realizarse acostado, sentado o de pié. Para entrenarlo y mejorar la destreza con la práctica conviene realizarlo acostado o sentado. Se trata de respirar lenta y profundamente, haciendo una respiración tranquila.

Inspiración: Se inspira lentamente llenando el pecho y el vientre, ya que han de elevarse las clavículas, subir el diafragma, y mover las costillas flotantes aumentando la capacidad pulmonar. Uno debe recrearse en las sensaciones que se van produciendo conforme va entrando el aire, su paso por las fosas nasales, la entrada en los pulmones, el ensanchamiento del pecho, la elevación de las clavículas, el movimiento del diafragma etc.

Aguantar el aire unos segundos: Se mantiene el aire en los pulmones durante varios segundos, sin forzar, de forma que uno se sienta a gusto.

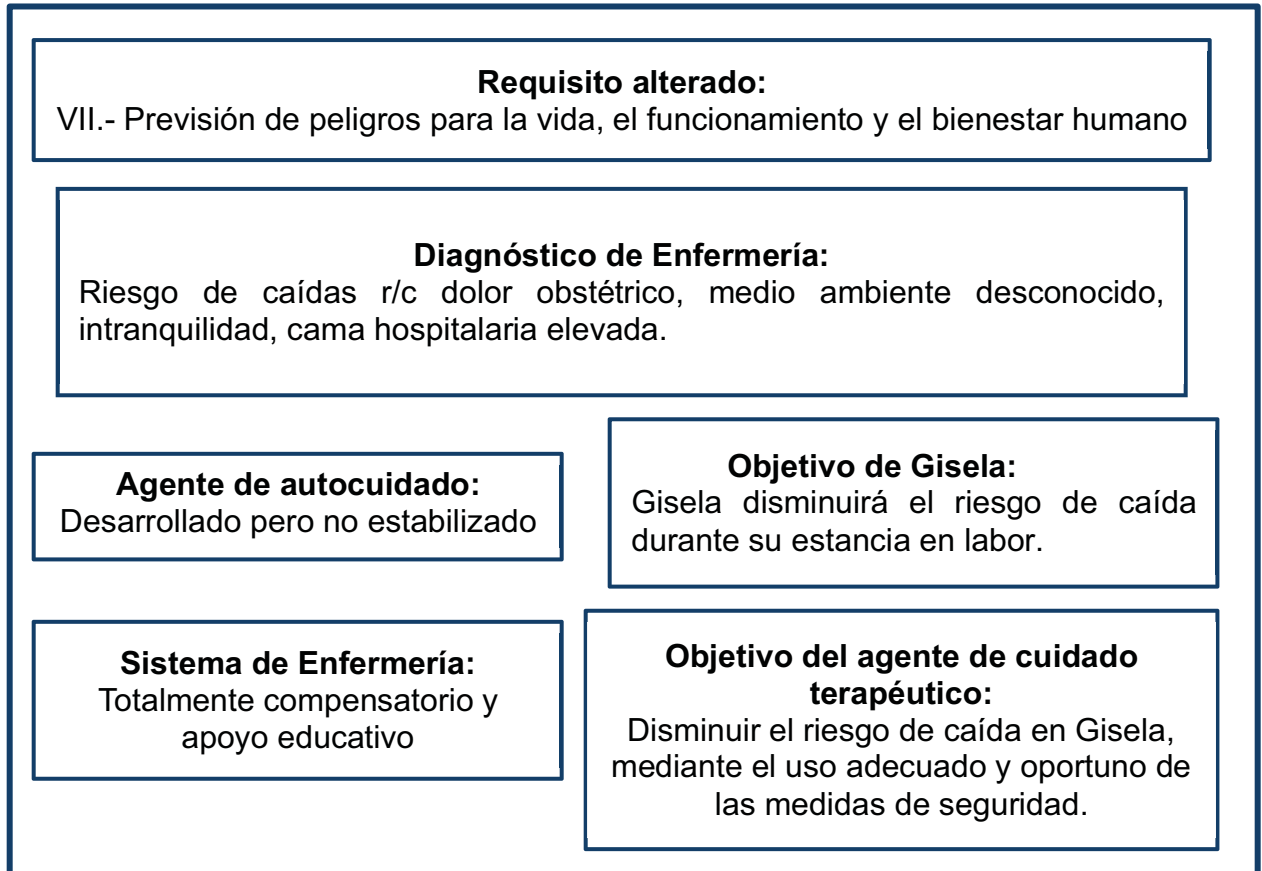
Espiración: Se espira, dejando escapar el aire muy lentamente, lo más despacio posible, invirtiendo aproximadamente el doble de tiempo en soltar el aire que en tomarlo, bajando el diafragma poco a poco, todo lo posible. Más que soltar el aire, se trata de dejarlo escapar de los pulmones muy lentamente. También hay que centrarse en las sensaciones que va produciendo la espiración, cómo el aire va saliendo por las fosas nasales o por la boca, los pulmones se van vaciando, se mete el estómago para acabar de sacar todo el aire, a la vez los músculos se van aflojando, la energía se va escapando.⁷²

Evaluación:

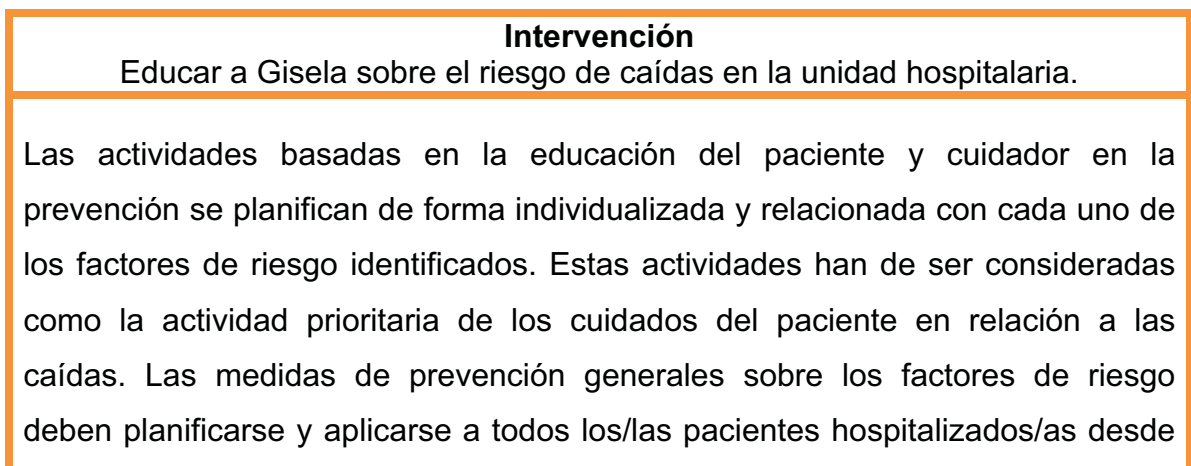
Gisela presentaba muchas dudas y miedos respecto a la evolución del trabajo de parto y en cuanto a la salud de su feto. Por tanto se implantaron diferentes actividades que ayudaran a su estado de animo, al escuchar activamente, crear un



ambiente grato y resolver de manera pertinente sus dudas, Gisela se mostró mas tranquila y participativa, lo que favoreció la evolución del trabajo de parto.



Intervenciones de Enfermería Perinatal



el ingreso y a lo largo de su estancia. El principal objetivo es educar al paciente y a sus cuidadores en la prevención de caídas durante su estancia en el hospital y establecer unas medidas que les ayude a evitar también posibles accidentes a partir del momento del alta hospitalaria.

Hay evidencias que demuestran que el aumento de la educación del paciente o cuidador puede ser beneficioso para la prevención de caídas en pacientes hospitalizados.⁷³

Intervención

Uso de barandales y freno de cama.

Los pacientes que tratan de salir de una cama muy alta o sin el seguro activado en las ruedas, pueden resbalar y caer. Recordar al personal de salud y familiares la importancia de regresar las camas al nivel más bajo después de elevarlas y subir los barandales laterales después de la atención del paciente e implementa una política para que el personal bloquee las ruedas en todas las camas cuando no estén en movimiento.⁷⁴

Intervención

Colocar banco de altura para la movilización fuera de cama.

Colocar el banco de altura a una distancia que le permita al paciente su uso inmediato o mantenerlo debajo de la cama, en tanto no sea requerido.

Esto facilitara el descenso y ascenso de la paciente de la camilla, evitando que tenga que saltar y pueda sufrir de alguna lesión mayor.⁷⁵

Intervención

Eliminar del entorno objetos que pongan en riesgo la seguridad de Gisela.

La prevención de las caídas está directamente relacionada con la oportuna evaluación de los factores de riesgo individuales y la instauración de las medidas apropiadas de acuerdo con el riesgo detectado. Éstas se relacionan principalmente con el entorno hospitalario, que debe ofrecer las máximas características de seguridad.

Un entorno seguro es aquel que satisface las necesidades básicas, reduce o elimina los riesgos físicos, reduce la transmisión de microorganismos y pone en



práctica medidas higiénicas. Muchos riesgos físicos, especialmente aquellos implicados en las caídas, pueden minimizarse de acuerdo con la evaluación previa que se haga de estos factores.⁷⁶

Es importante considera los aspectos físicos y de seguridad de la unidad médica (diseño, estructura y disposición de aditamentos de seguridad), barandales en cama y camilla; nivel de iluminación, timbres de llamado funcionando, bancos de altura, dispositivos de seguridad en baños, pisos de material antiderrapantes, etc.

Intervención

Determinar el riesgo de caídas que presenta Gisela mediante la escala de Newman de riesgo de caídas.

Realizará la evaluación de riesgo de caídas con la escala de valoración, inserta en el instructivo de la hoja de Registros clínicos, Esquema terapéutico e Intervenciones de Enfermería, así como las acciones realizadas a los pacientes desde su ingreso y durante su estancia hospitalaria.

Para realizar una valoración integral del paciente se incluyen algunos parámetros que permiten identificar y calificar el riesgo de que un paciente pueda sufrir una caída.

La escala mayormente utilizada es la escala de Newman, la cual determina cinco factores de riesgo:

1. Limitación Física
2. Estado mental alterado
3. Tratamiento farmacológico que Implica riesgo
4. Problemas de idioma o socioculturales
5. Paciente sin factores de riesgo evidentes pero esta hospitalizado.

Cada uno es valorado de acuerdo a los criterios expuestos por el autor.

Al terminar la valoración de cada uno de los factores de riesgo, se realiza una sumatoria y en base al resultado obtenido se clasifica y codifica por color el cual puede utilizarse con algún identificador. La interpretación de esta escala identifica mayor riesgo cuando existe mayor puntaje.



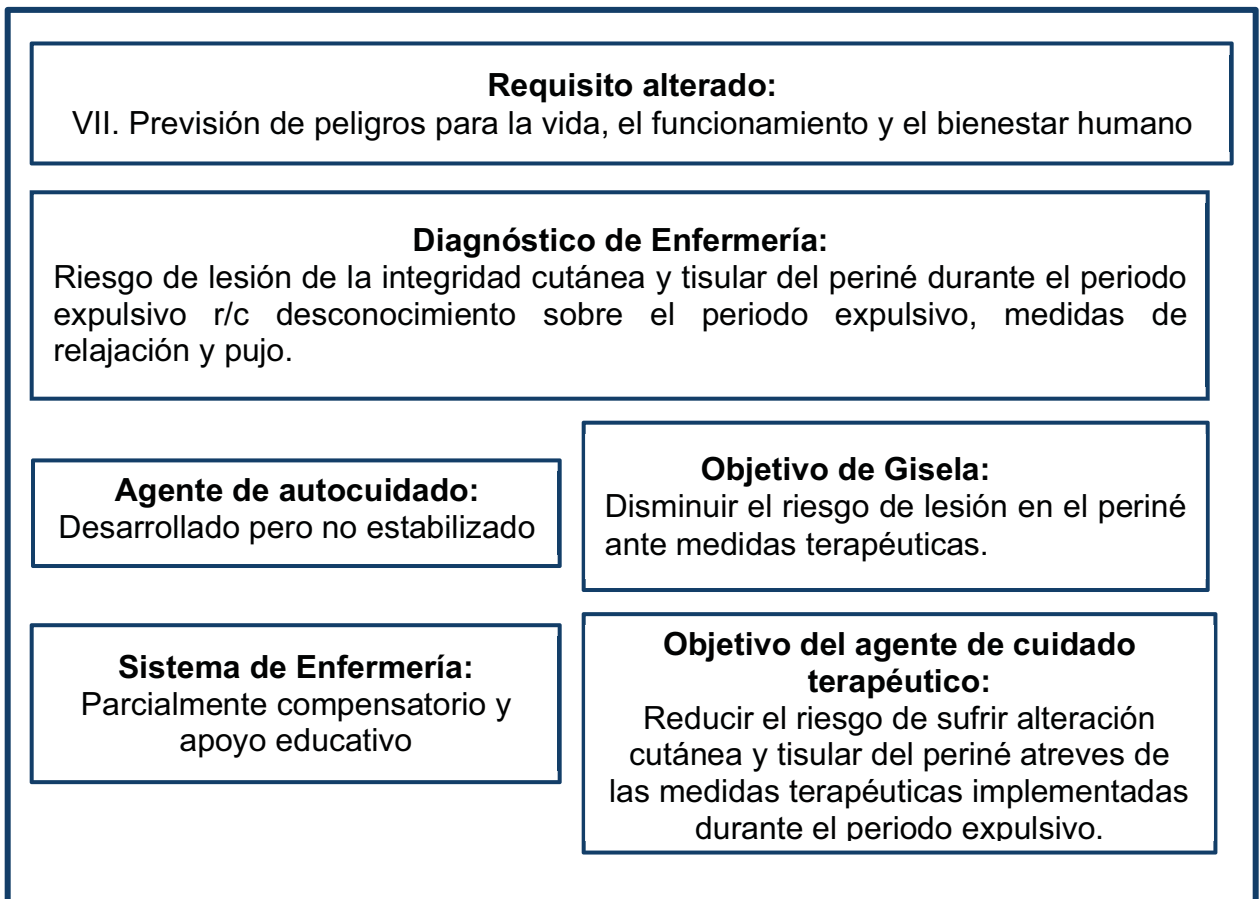
La importancia además de identificar el riesgo es tomar las medidas correspondientes para evitar la caída del paciente.

Posterior a la valoración el personal de enfermería colocará un distintivo del color correspondiente con base en el resultado de la valoración. (Rojo: alto riesgo, Amarillo: mediano riesgo, Verde: bajo riesgo).⁷⁷

Evaluación:

Gisela no presentó caídas durante su estancia en la unidad hospitalaria, atendiendo a las medidas implementadas.





Intervenciones de Enfermería Perinatal

Intervención Enseñar a Gisela técnicas de relajación.
La mujer gestante, debe estar preparada para afrontar los cambios que se producirán durante su embarazo y la educación maternal, le proporciona una ayuda para hacerlo de una forma eficaz que le permita vivir su embarazo de la forma más activa y positiva posible. Entre las muchas herramientas que aporta la educación maternal, se encuentran las técnicas de relajación, que suponen un buen recurso ya que, no solo eliminan el estrés y las preocupaciones secundarias al embarazo y parto, sino que también, favorecen el vínculo afectivo



madre-hijo desde el periodo prenatal. Además, recurrir a ellas durante el parto, reduce el nivel de dolor de las contracciones uterinas, favorecen el descenso del producto y ayudan a la mujer a prepararse para efectuar un pujo adecuado en el periodo expulsivo.⁷⁸

Intervención

Valorar las características del periné de Gisela.

Es la región del cuerpo que forma el suelo de la pelvis ligamentosa, donde se encuentran los órganos genitales externos y el ano.

El orificio del perineo está casi totalmente obturado por músculos y aponeurosis, unas membranas resistentes formadas por fibras. En la mujer, el perineo (en posición ginecológica) se presenta como una zona triangular. Por delante está la vulva y por detrás el borde del ano, separados por un puente cutáneo. Entre la vulva y el ano se encuentra la zona fibrosa que constituye un elemento de soporte esencial de los órganos genitales internos; la destrucción de esta zona propicia el desplazamiento de órganos (prolapso). No es raro que el perineo se rasgue durante el parto. Esta rasgadura es más frecuente en caso de anomalía morfológica como distancia demasiado corta entre el ano y el pubis, mala calidad de los tejidos y edema (retención de agua en los tejidos). Por ello, en muchos casos, durante el parto se efectúa un corte quirúrgico en el perineo (episiotomía), para prevenir el desgarro.⁷⁹

Intervención

Orientar sobre el manejo adecuado del pujo durante la contracción.

El segundo periodo del parto se divide en dos fases: fase temprana no expulsiva y fase avanzada o expulsiva. No hay evidencia científica que justifique la necesidad de iniciar los pujos antes de que la mujer note la sensación imperiosa de empujar o antes de las 2 horas de descenso pasivo.

Se recomienda que la mujer puje de forma espontánea cuando sienta el impulso. Pujar espontáneamente dará lugar a unos 4-5 pujos espiratorios cortos con contracción y a glotis abierta. Este tipo de pujos ha demostrado una mejor



oxigenación materno- fetal.

Sin embargo existen dos formas de realizar los pujos:

- Pujos con maniobra de Vasalva:

La mujer se coloca sujetando las rodillas y llevándolas en dirección al pecho, con los codos extendidos. Se instruye a la mujer para que coja gran cantidad de aire, lo mantenga con la boca cerrada y empuje (pujos con la glotis cerrada); esto se repite de tres a cuatro veces con cada contracción, sin emisión de ningún sonido. La maniobra de Vasalva se empezó a utilizar en obstetricia cuando las madres estaban sedadas durante el expulsivo y no sentían el impulso de empujar. Durante esta maniobra se producen una serie de alteraciones fisiológicas que pueden producir un efecto negativo progresivo en el bienestar fetal como aumento de la presión intratorácica, disminución del retorno sanguíneo de las extremidades inferiores, disminución del riego sanguíneo a la placenta, entre otras.

La práctica de pujos dirigidos a glotis cerrada es perjudicial, por lo que la OMS ha recomendado la eliminación de esta práctica.

- Pujos espontáneos:

En los pujos espontáneos se deja a la mujer que pujan libremente cuando ella sienta el impulso. Pujan

espontáneamente normalmente desencadena de 3 a 5 pujos espiratorios cortos (4 a 6 segundos) con cada contracción y con la glotis abierta.

Existen dos actitudes en cuanto al momento en que la mujer debe iniciar los pujos:

- Pedir a la mujer que comience los pujos a los 10 cm de dilatación cervical. Este método carece de base científica.

- Esperar a que la presentación fetal descienda pasivamente hasta que la mujer sienta el fuerte impulso de empujar y entonces se alienta a la mujer a seguir sus



instintos.

Este impulso involuntario se produce cuando la contracción alcanza 30 mm/Hg de amplitud y la presentación fetal distiende los músculos del suelo pélvico provocando el reflejo de Ferguson, que se acompaña de la liberación de oxitocina. Esta oxitocina adicional aumenta la calidad y fuerza de las contracciones, facilitando el pujo.⁸⁰

Intervención

Permitir el libre descenso del feto.

A pesar de haber alcanzado dilatación completa, la mujer no siente la necesidad de empujar porque el feto no ha descendido lo suficiente en el canal del parto, es decir que “la cabeza está alta”. En esta fase se recomienda esperar a que la cabeza vaya descendiendo por el efecto de las contracciones sin que la madre realice ningún esfuerzo, lo que se denomina “descenso pasivo fetal”. Para facilitar que la cabeza descienda por el canal de parto y haga las rotaciones precisas para ir acomodándose a los espacios de la pelvis, basta con que la mujer pueda moverse libremente y adoptar las posturas que le vaya pidiendo su cuerpo, guiada por las sensaciones de presión o dolor que vaya sintiendo en cada momento.⁸¹

Se debería permitir el descenso pasivo fetal y los pujos espontáneos no deberían comenzarse hasta la fase avanzada o expulsiva. De esta forma, se deja a la mujer que pujan libremente cuando ella sienta el impulso.⁸⁰

Intervención

Enseñar a Gisela técnicas para favorece el descenso del feto.

Si el feto no se ha encajado en la pelvis o todavía está muy alto, las caminatas lo pueden ayudar a ubicarse en una mejor posición, y aumentar así las posibilidades de que el parto comience por sí solo.

La **Esferodinamia** alivia los dolores cuando se utiliza en la sala de labor y durante el parto. Es mucho más cómodo estar sentado en la pelota que en la cama o una silla, siempre que los brazos y la cabeza estén bien apoyados.



Sentada sobre la pelota la fuerza de gravedad es mayor y eso facilita el descenso del feto y la corriente sanguínea hacia la placenta. ⁴⁶

Intervención Masaje perineal

El masaje perineal es una técnica preventiva que trata de ablandar y estirar la piel y tejidos del periné mediante la estimulación táctil de los mismos, con el fin de que el periné aumente su elasticidad y se encuentre en condiciones óptimas para afrontar el periodo expulsivo del parto. Además ayuda a la gestante a familiarizarse con la sensación de estiramiento, consiguiendo que esta zona esté más relajada en el momento del parto. Lo que se pretende con la realización de esta práctica es reducir el riesgo de sufrir un desgarro o una episiotomía y reducir el dolor postparto.

La técnica del masaje perineal es sencilla de realizar y no requiere tener grandes conocimientos para llevarla a cabo. Promueve el conocimiento del propio cuerpo, es barata y no tiene efectos perjudiciales sobre la mujer.

El masaje perineal intraparto se realiza durante la segunda etapa del mismo, la persona que lo realiza es el profesional sanitario (matrona, enfermera perinatal o ginecólogo) que atiende el parto. Hay profesionales que realizan este masaje únicamente durante la contracción, y otros que lo hacen también entre una contracción y otra.

Método de realización masaje perineal:

1º.- Introducir los dedos lubricados en la vagina unos 3-4 centímetros, presionar hacia abajo y hacia los lados de la vagina con un movimiento de balanceo firme pero delicado, tratando de estirar la zona hasta que note sensación de escozor o quemazón. Tras esto, manteniendo una ligera presión, deslizar el dedo de dentro hacia fuera y viceversa durante unos 2 minutos.

2º.- Colocar los dedos en la entrada de la vagina y realizar presión hacia abajo durante 2 minutos o hasta que le resulte molesto. Esto le hará familiarizarse con la sensación que tendrá en el parto cuando la cabeza del feto ejerza presión



sobre esa zona.

3°.- Posteriormente, coger a modo de pinza esta zona entre el dedo pulgar y los opuestos, y realizar un movimiento de vaivén, de un lado a otro, con el fin de estirar los tejidos y piel de la vagina y el periné. Este movimiento debe realizarse durante unos 2 ó 3 minutos.

Hay que intentar evitar presionar o realizar el masaje sobre la uretra ya que esto puede provocar una infección.⁸²

Intervención

Valorar la necesidad de episiotomía.

La episiotomía es una incisión en el periné para aumentar la apertura vaginal durante la última parte del periodo expulsivo del trabajo de parto o durante el parto en sí. Este procedimiento se realiza con tijeras o con bisturí y debe repararse por medio de una sutura.

Su objetivo es triple:

- 1) Acortar el periodo expulsivo y reducir la morbilidad fetal
- 2) Evitar desgarros perineales
- 3) Prevenir el prolapso genital y la incontinencia urinaria.⁸³

Normalmente se realiza en partos que presentan dificultades tales como productos macrosómicos, presentación pélvica, periné rígido y corto, periodo expulsivo prolongado, parto instrumentado, etc.

También se aconseja en caso de pérdida del bienestar fetal, distocia de hombro, malformaciones congénitas, etc.⁸⁴

Intervención

Realizar maniobra de Ritgen modificada en Gisela en el expulsivo.

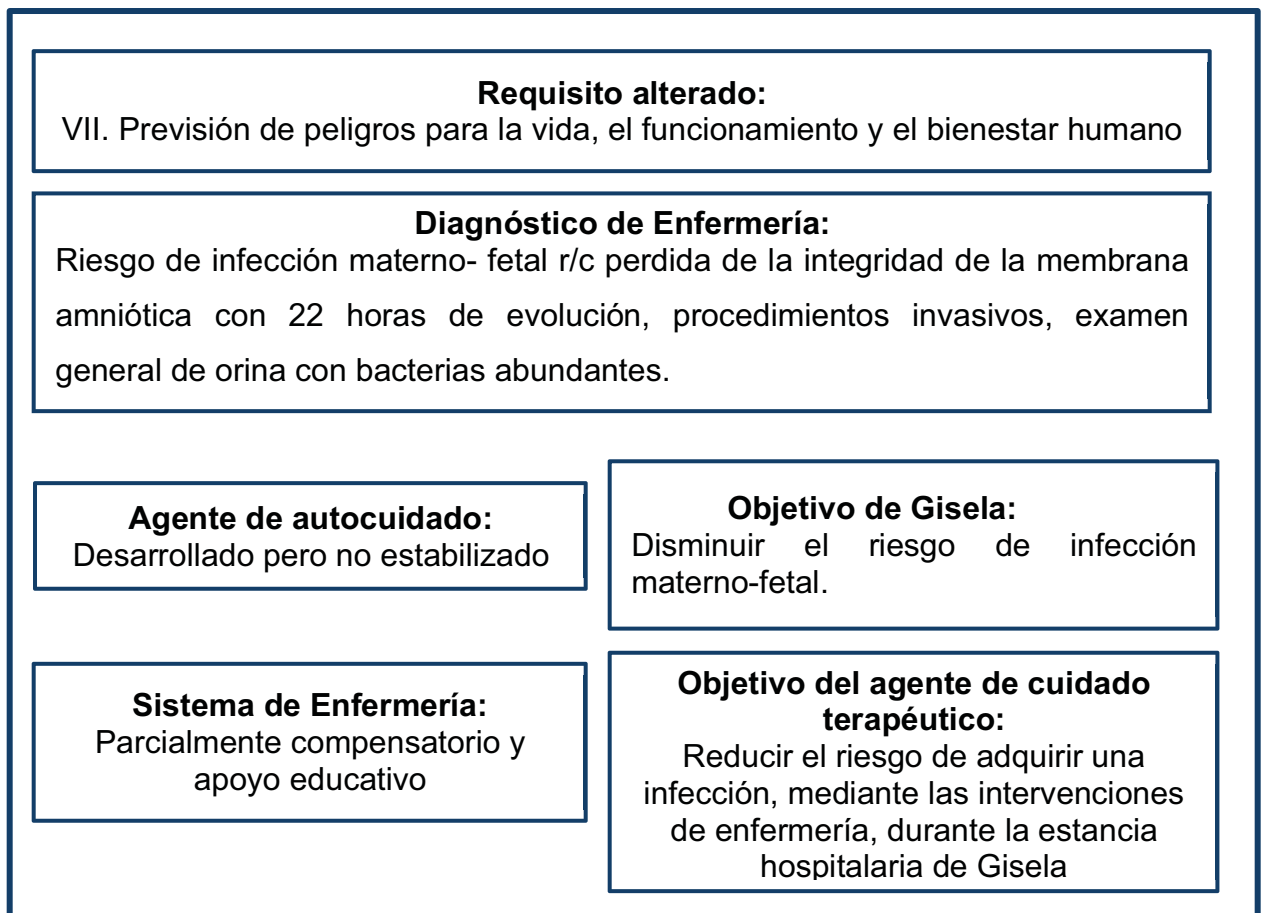
Consiste en la colocación de una compresa entre el recto y la horquilla vulvar para hacer presión con los dedos hacia arriba y adentro en el área perineal correspondiente al mentón fetal, mientras que con la otra mano se empuja el occipucio hacia abajo y afuera. Esta maniobra favorece la flexión de la cabeza, facilita su salida y evita la expulsión violenta que puede ocasionar desgarros



perineales y hemorragia fetal intracraneal por la descompresión brusca.⁸⁵

Evaluación:

Se realizan las medidas preventivas en Gisela, para favorecer la elasticidad perineal, sin embargo, se tiene que recurrir a episiotomía, ya que el canal cervical no fue favorable para la expulsión del feto.



Intervenciones de Enfermería Perinatal

Intervención Valorar los signos y síntomas representativos de una infección.
Corioamnionitis o infección intra-amniótica: Inflamación o infección de la



placenta, corión y el amnios (membranas fetales) puede ser definida clínica o histológicamente (Rodney,2005).

Se define también como la presencia de gérmenes patógenos en líquido amniótico, que producirá

complicaciones en la madre y/o el feto (Wolfgang, 2011, Czikk, 2011).

En la Corioamnionitis clínica las manifestaciones más frecuentes son:

1. Fiebre: Igual mayor a 38Co
 2. Hipersensibilidad Uterina
 3. Taquicardia Materna + de 100 Latidos por minuto
 4. Taquicardia Fetal + de 160 Latidos por minuto
 5. Líquido amniótico (LA) fétido o purulento
 6. Descarga Vaginal fétida o purulenta
- Los síntomas descritos son inespecíficos, ya que pueden deberse a otros procesos mórbidos.

La presencia de temperatura de por lo menos 38° o más aunado a uno o más de los criterios previamente mencionado poyan fuertemente el diagnóstico de corioamnionitis.⁸⁶

Intervención

Vigilancia de las constantes vitales durante el trabajo de parto.

El registro e interpretación de los signos vitales (pulso, presión arterial, temperatura y frecuencia respiratoria) deben hacerse cada dos horas, de acuerdo a las condiciones clínicas de la paciente.

La vigilancia de los signos vitales incluye tomar la presión arterial de la mujer cada 2 h hasta que empiece la fase activa del trabajo de parto; a partir de entonces se tomara cada 30 min a 1 h.

La presión arterial de 140/90 mmHg se considera hipertensa, en tanto que el aumento en la frecuencia del pulso es indicio de hemorragia o infección.

Las respiraciones que se tornan lentas quizá obedezcan a sobrecarga o toxicidad por medicamento, este efecto colateral reduce la cantidad de oxígeno que recibe el feto.³⁵

La medición de la temperatura, pulso y tensión arterial, pueden tener



implicaciones en el desenlace del parto, y es por esto que pueden influir el manejo del parto. Estos procedimientos rutinarios no pueden ser excluidos, aunque deben ser explicados a la gestante y su acompañante. Medición de la temperatura cada 4 horas, de acuerdo con la OMS, es importante porque un incremento de ésta puede significar un primer indicio de una posible infección, y así poder comenzar un temprano tratamiento, especialmente en caso de un parto prolongado con bolsa rota; esto puede evitar una sepsis. Otras veces puede ser señal de deshidratación. Tomando la tensión arterial al mismo tiempo, es un índice importante de bienestar materno. Un aumento súbito de la tensión arterial puede indicar la necesidad de acelerar el parto o de remitir a la gestante a otro nivel de cuidados más especializado.⁸⁷

Intervención

Limitar el número de exploraciones vaginales.

El tacto vaginal es un procedimiento que se utiliza con mucha frecuencia durante la asistencia a la mujer gestante tanto en el periodo del parto como durante el seguimiento del embarazo. La exploración vaginal, es una de las técnicas diagnósticas fundamentales en el comienzo y el progreso del parto.

El tacto vaginal es un procedimiento en la asistencia a la mujer embarazada durante el periodo de dilatación, en la fase de parto, y utilizado en medio hospitalario.

El número de tactos, el cuidado que se pone en su realización y, sobre todo, la duración del parto influyen en la incidencia de la infección materna y neonatal.

Diversos estudios demuestran que el tacto vaginal debe ser considerado como un factor de riesgo potencial de padecer una infección amniótica o puerperal, materna y neonatal.

El tacto vaginal es siempre un tacto séptico, incluso realizándolo en las mejores condiciones asépticas, porque la vagina contiene bacterias, una flora que es inocua en la vagina misma, pero los dedos, por estériles que estén, arrastran



bacterias hasta el orificio externo del cuello, y a través de él, hasta la cavidad uterina que tiene pocas defensas contra la infección. Por tanto sólo debe ser realizado por personal experto, con manos limpias y cubiertas por guantes estériles.⁸⁸

Intervención

Valorar las características del líquido amniótico.

En gestaciones a término, en las que el líquido amniótico es claro y la presentación es cefálica, se esperarán de 12 a 24 horas para la inducción del parto mediante prostaglandinas vaginales u oxitócicos. Si el líquido es meconial, existe pérdida de bienestar fetal o la madre es portadora de estreptococo grupo B, la inducción será inmediata.

La relación entre meconio y corioamnionitis es posible desde el punto de vista biológico, al menos, por dos causas. En primer lugar, se demostró que el meconio estimula el crecimiento de bacterias en el líquido amniótico. En segundo lugar, el meconio ejerce un efecto deletéreo sobre los mecanismos de defensa del huésped. Se demostró que el meconio altera la relación zinc-fósforo en el líquido amniótico y, en consecuencia, debilita las propiedades antibacterianas de este líquido.

La existencia de líquido amniótico teñido conlleva, además de la posibilidad de que exista o haya existido una situación de hipoxia fetal, y además en este caso, el riesgo de que se produzca un síndrome de aspiración meconial. La aspiración de meconio se puede definir por la presencia de líquido amniótico teñido por debajo de las cuerdas vocales. Desde la tráquea el meconio puede pasar a los pulmones, desarrollándose entonces el síndrome de aspiración meconial, causa importante de morbimortalidad perinatal.⁸⁹

Intervención

Valorar la temperatura basal de la gestante a través de la curva térmica.

Para las mujeres en embarazo, la temperatura del cuerpo también suele estar alrededor de los 37° grados centígrados, solo que de manera constante se



encuentra elevando o descendiendo entre los valores de 37,0° y 37,3° grados centígrados.

El asunto es que durante el embarazo el cuerpo suele elevar su temperatura con frecuencia, dada la liberación de hormonas que se dan durante la gestación del recién nacido. Pero solo en el caso de que la temperatura sobrepase los 38° grados centígrados resulta necesario tomar medidas médicas.⁹⁰

Intervención

Obtener muestras sanguíneas para análisis
(Biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina).

La sangre normalmente no contiene ninguna bacteria ni hongos. Un cultivo de sangre es una prueba de una muestra de sangre para detectar microbios (como bacterias o un hongo) que pueden causar una infección.

Una infección bacteriana en la sangre, denominada bacteriemia, puede ser grave, ya que la sangre puede propagar las bacterias a cualquier parte del cuerpo. La mayoría de las veces, la infección de la sangre ocurre junto con otras infecciones graves, como las que afectan a los pulmones, los riñones, los intestinos, la vesícula biliar o las válvulas cardíacas.

Una infección de la sangre también se puede desarrollar cuando el sistema inmunitario está debilitado.

Para un cultivo de sangre, se añade una muestra de sangre a una sustancia que estimula la multiplicación de los microbios. El tipo de microbios puede identificarse con un microscopio o pruebas químicas. A veces, se hacen otras pruebas para determinar cuál es el medicamento adecuado para tratar la infección.⁹¹

Intervención

Profilaxis de antibiótico

El beneficio de la antibioticoterapia profiláctica para estreptococo del grupo B es bien conocido. La profilaxis intraparto debe ser iniciada en toda paciente con cultivos para estreptococo del grupo B positivos durante el embarazo y/o ante cultivos desconocidos.

Las opciones terapéuticas incluyen:

- Penicilina 5 millones de unidades en bolo intravenoso, seguido de 2.5 millones de unidades cada 4 horas.



- Ampicilina 2 gr en bolo intravenoso, seguido de 1 gr cada 4 horas.
- Eritromicina 500 mg intravenosa cada 6 horas.
- Clindamicina 900 mg intravenoso cada 8 horas (en caso de alergia a la penicilina).
- Cefazolina 2 gr en bolo intravenoso, seguido de 1 gr cada 8 horas (en caso de alergia a penicilina).

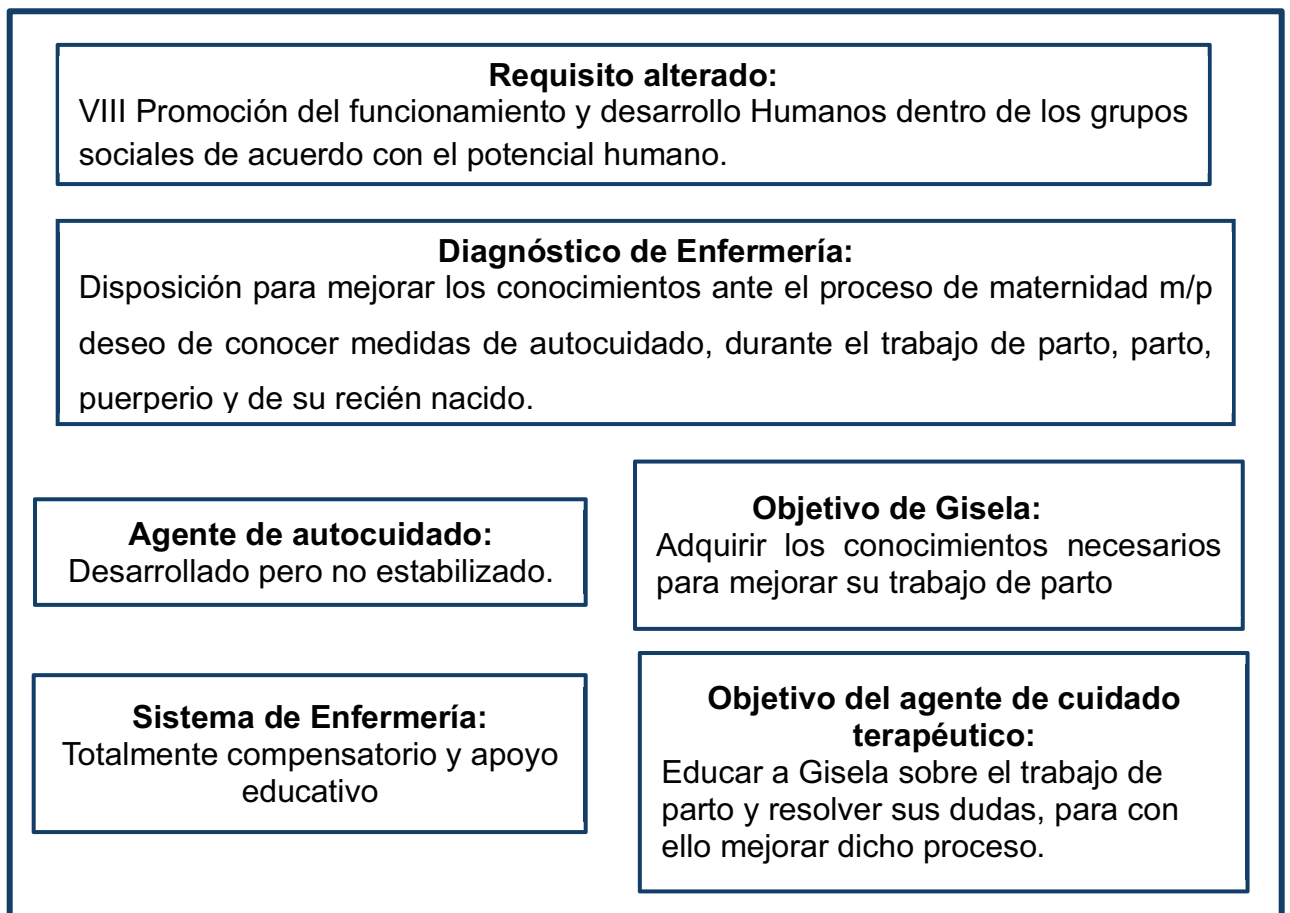
La terapia antibiótica combinada ha sido recomendada en el manejo conservador de la RPM y su meta es prevenir o tratar la infección ascendente intrauterina, prolongando así el embarazo y disminuyendo la infección materna y neonatal. La antibioticoterapia profiláctica mejora el pronóstico neonatal, reduciendo el riesgo de síndrome de distress respiratorio, sepsis temprana, hemorragia intraventricular y enterocolitis necrotizante.⁴²

Evaluación

Se implementan todas las medidas necesarias para evitar que Gisela o su feto adquieran alguna infección.

Gisela no presenta signos y síntomas de infección.





Intervenciones de Enfermería Perinatal

Intervención Educación materna continua.
<p>La OMS en su declaración de Alma-Ata manifiesta que la mejora del estado de salud de la población estará determinada por la prevención y la promoción y por una utilización más racional de los avances tecnológicos. Para el cumplimiento de los objetivos de esta declaración la educación para la salud desarrollo un papel primordial y principal.</p> <p>La educación materna es un programa de educación para la salud que se realiza durante el embarazo con unos objetivos claros y específicos que tienen su utilidad en el proceso de embarazo, parto, puerperio y nacimiento del recién</p>



nacido.

Ante esto se determina que el personal de salud es el profesional más adecuado e idóneo para llevar a cabo la educación materna por la optimización de resultados, por la valoración sobre la utilidad y beneficios que concedieron las mujeres a la educación materna y por el alto grado de satisfacción que muestran las mujeres ante esta educación prestada.¹⁴

Intervención

Orientar sobre trabajo de parto y parto.

El profesional de enfermería tiene el compromiso indispensable de orientar a la mujer el proceso fisiológico del trabajo de parto a través de la experiencia, la confianza y la seguridad impartida en cada control prenatal.

Esto nos permitirá garantizar una evolución satisfactoria, prevenir complicaciones y adoptar medidas adecuadas y oportunas a través del reconocimiento de las tres etapas del trabajo de parto.

Acompañar e informar a la mujer durante este periodo contribuirá a un trabajo de parto armónico, satisfactorio, disminuye el estrés y la ansiedad de la gestante y su familia con la preparación previa adecuada, favorece el desarrollo de lazos afectivos entre padres e hijo y proporciona seguridad, autonomía, comunicación y confianza para el desarrollo y evolución de las fases del trabajo de parto.⁹²

Intervención

Orientación sobre medidas para favorecer el trabajo de parto.

Psicoprofilaxis Obstétrica Intranatal es la preparación integral, teórica, física y psicoafectiva, que se brinda durante el trabajo de parto. Por el período en que se realiza, priorizará la información técnicas de ayuda a la madre y persona que le brinde el acompañamiento, enfocado hacia una respuesta adecuada durante la labor. También es denominada PPO de emergencia.

Algunas de las medidas o métodos que se pueden implementar son:

- Técnicas de relajación para lograr un estado de reposo tanto físico como mental en la madre, con la finalidad de hacerle ahorrar energía, lograr alivio de tensiones o molestias y mejorar su capacidad de concentración.



- Técnicas de respiración para mejorar la oxigenación celular en la madre y el feto, dependiendo del momento y la necesidad de la gestante o parturienta, con lo cual logrará también mayor comodidad, tranquilidad, facilitando la relajación y control de las molestias propias de cada fase de la gestación o trabajo de parto.
- Aromaterapia el cual es un método alternativo mediante el uso de fragancias a través de aceites esenciales aromáticos (aceites extraídos de hojas, flores, troncos y raíces), con la finalidad de promover la salud y el bienestar del cuerpo, la mente y las emociones. El uso de estas esencias mediante diversos sistemas de aplicación puede restablecer el equilibrio y la armonía en la gestante, estado que beneficia al feto.
- Esferodinamia es una modalidad de entrenamiento físico con el uso de una esfera o pelota de plástico inflada con aire, con la finalidad de facilitar algunos movimientos y posturas que faciliten la preparación física prenatal y postnatal en la madre.⁹³

Intervención

Orientación sobre lactancia materna.

La importancia de una alimentación adecuada del lactante y el papel esencial de la lactancia materna en la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo del niño son bien conocidos. La lactancia materna ayuda a proteger al lactante de algunas de las principales causas de morbilidad y mortalidad infantiles. Actualmente se recomienda que desde la primera hora después de nacer y durante los seis primeros meses de vida los lactantes sean exclusivamente amamantados, y que la lactancia materna se mantenga hasta los dos años e incluso después.⁹⁴

Intervención

Resolver dudas sobre los cuidados centrados en el desarrollo y crianza del recién nacido.

De acuerdo a las tendencias actuales del cuidado, el nacimiento de un hijo tiene implicancias tales para la familia que la posicionan en su conjunto como objeto



de cuidado. Es el momento en el que una amplia gama de necesidades surgen tanto para el recién nacido como para los padres y se hace imperioso dar respuestas efectivas para garantizar la salud, el bienestar y el desarrollo de esta familia. El rol de los enfermeros como profesionales del cuidado es fundamental a la hora de pensar en el comienzo de la vida, el restablecimiento del vínculo, las conductas de apego y la consolidación de roles de los progenitores, dado que son quienes tiene contacto precoz y estrecho con las vivencias de la familia, pudiendo hacer de cada situación una instancia de aprendizaje. El alojamiento conjunto favorece la generación de un primer espacio de aprendizaje, donde acompañados por los profesionales del equipo de salud, los padres comienzan a establecer las bases orientadoras del cuidado futuro del recién nacido en el hogar. Las acciones por lo tanto estarán dirigidas a favorecer el apego y la observación de la conducta del recién nacido por parte de sus padres, fomentarles hábitos saludables, facilitarles la verbalización de sus inquietudes y enseñar las cuestiones básicas inherentes al autocuidado y cuidado del recién nacido para prevenir potenciales riesgos de salud.⁹⁵

Intervención

Orientar a la mujer sobre datos de alarma en el puerperio.

Se sabe que la falta de conocimientos e identificación de síntomas y signos de peligro en el puerperio, exponen a un riesgo para la madre y para el recién nacido. Que la mujer puérpera tenga conocimientos correctos, hace que la búsqueda de ayuda sea más rápida y como consecuencia se toman acciones positivas en beneficio de la salud de la madre. De ahí radica la importancia de capacitar no solo al personal de salud sino también a las mujeres para reconocer los principales signos y síntomas de peligro y así colaborar en la búsqueda temprana de ayuda y como consecuencia reducir las complicaciones obstétricas.⁹⁶

En las primeras 2 horas después del parto es cuando se presentan la mayoría de las complicaciones hemorrágicas, por lo cual se recomienda que durante este



periodo las pacientes permanezcan en sala de observación donde sea fácil vigilar cada 15 minutos la tensión arterial, el pulso, la cantidad de sangrado genital y palpar el fondo del útero para evaluar su tono. Si se detecta hipotonía uterina se debe, a través de la pared abdominal, masajear el útero hasta que éste se mantenga bien contraído, y revisar las suturas vulvares y la episiorrafia con el fin de descartar la formación de hematomas. Si no se producen alteraciones en este tiempo, la madre debe trasladarse al área de hospitalización.

El tiempo durante el cual la madre permanezca hospitalizada se debe aprovechar para educarla en su cuidado y en el del recién nacido, así como vigilar y controlar la involución uterina y el aspecto de los loquios. Es fundamental detectar tempranamente complicaciones como hemorragia e infección puerperal, vigilando la presencia de taquicardia, fiebre, taquipnea, involución uterina, hipersensibilidad a la palpación uterina y loquios fétidos.

Se recomienda iniciar la deambulación temprana, pues se ha demostrado que disminuye el estreñimiento, la frecuencia de trombosis venosa y el tromboembolismo pulmonar.

Si el parto fue vaginal, habitualmente, además de los entuertos y la congestión mamaria, las pacientes experimentan edema y dolor perineal, aun mayor si tuvieron episiotomía o desgarros. Se recomienda, aunque existe poca evidencia, aplicación de hielo en periné durante las primeras 24 horas después del parto y luego cambiar a baños de asiento. También se recomienda el uso de analgésicos no esteroides (AINE) o anestésico local en spray. Si el dolor no disminuye o es más intenso, es importante descartar la presencia de hematomas.

Las hemorroides, son otro de los aspectos que se deben vigilar en el posparto vaginal, no ameritan ningún manejo especial, pues tienden a desaparecer en el puerperio. Sin embargo, si son sintomáticas se pueden utilizar cremas de corticosteroides o anestésicos locales.



Es necesario estimular el inicio temprano de dieta normal.

En caso de evolución satisfactoria y ausencia de factores de riesgo, se recomienda un egreso temprano cuando hayan transcurrido al menos 12 a 24 horas del parto con las siguientes observaciones:

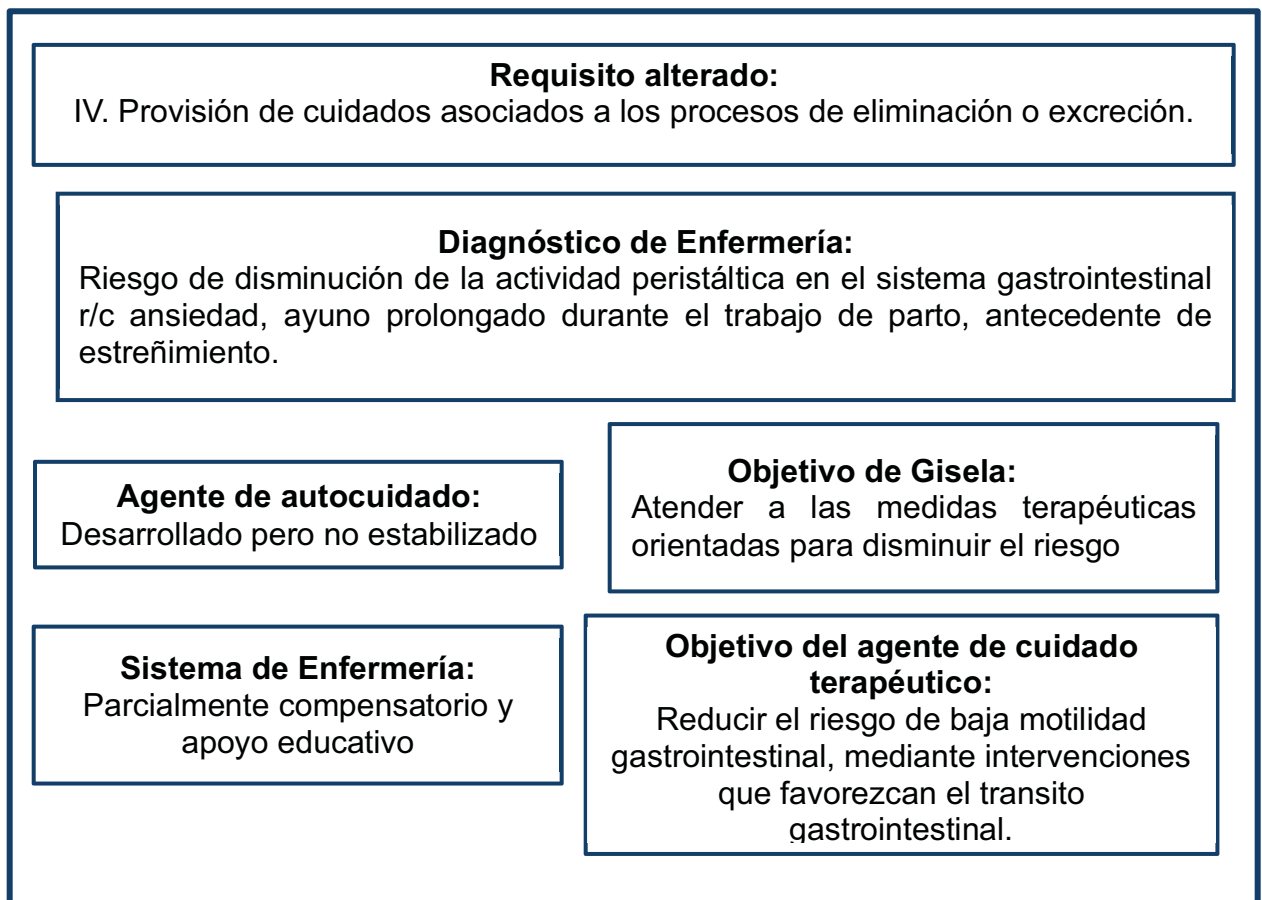
- Signos de alarma de la madre: fiebre, sangrado genital abundante, dolor en hipogastrio o en área perineal, vómito, diarrea.
- Importancia de la lactancia materna exclusiva.
- Puericultura básica.
- Alimentación balanceada, adecuada para la madre.
- Informar, dar consejería y suministrar el método de planificación familiar elegido, de acuerdo con lo establecido en la Norma oficial Mexicana 005-SSA2-1993, De los servicios de Planificación Familiar.
- Inscribir al recién nacido en los programas de crecimiento, desarrollo y vacunación

La gestante debe egresar con una cita de control dentro de los primeros 7 días del parto. Se recomiendan ejercicios de fortalecimiento del piso pélvico, en el puerperio inmediato, con el objetivo de disminuir el riesgo de futura incontinencia pélvica. No hay un tiempo ideal después del parto para reiniciar la actividad sexual. Varios estudios muestran que aproximadamente el 70% de las mujeres reinician las relaciones sexuales dentro de las 8 semanas siguientes al parto (promedio 5 semanas).⁹⁷

Evaluación

Gisela se muestra segura ante los conocimientos durante el trabajo de parto, mismos que ayudaron a su favorable evolución. Expresa haber entendido las indicaciones de cuidado brindadas.





Intervenciones de Enfermería Perinatal

Intervención Explicar a Gisela en patrón normal de eliminación intestinal. Se considera normal evacuar desde tres veces al día (persona con un tránsito rápido) hasta tres veces por semana (persona con un tránsito lento), siempre y cuando la consistencia y color de las heces sean correctas y no exista dificultad para evacuar. El estreñimiento es más frecuente en personas mayores y hay más mujeres que hombres que sufren este tipo de problema. Aunque puede darse en cualquier persona y en cualquier momento de la vida (niños, adolescentes, adultos y personas mayores).



La mayoría de veces su causa principal es una alimentación incorrecta y la falta de ejercicio físico regular.⁹⁸

La relación entre el embarazo y el estreñimiento es bastante frecuente. Los intestinos están muy cerca del útero y sus movimientos podrían perjudicar el crecimiento del feto. Como mecanismo natural de protección, durante el embarazo el peristaltismo intestinal disminuye. Además, los cambios hormonales tienen como consecuencia un enlentecimiento del vaciado intestinal.

Varias son las causas fundamentales:

- Las hormonas enlentecen el paso de las heces a través del tracto gastrointestinal ya que disminuyen los movimientos peristálticos del intestino: esto es debido al aumento de la hormona progesterona y a una disminución de la motilina. La motilina es una hormona que se encarga de estimular el movimiento del estómago y del intestino. Los niveles de motilina se encuentran disminuidos durante el embarazo. Asimismo se incrementa la absorción de líquidos y electrolitos , lo que provoca un endurecimiento de las heces.
- El aumento de tamaño del útero presiona al intestino, especialmente durante los últimos meses de la gestación.
- También intervienen la ingesta de suplementos de hierro, el no tomar suficientes líquidos, la obesidad, el estreñimiento previo al embarazo, el estrés, y la presencia previa de hemorroides.
- El aumento del tamaño del feto provoca una compresión de los intestinos por el gran tamaño del útero.⁹⁹

Intervención

Orientar sobre la actividad física en el puerperio.

La falta de actividad física es reconocida por los expertos como un factor de riesgo del estreñimiento. El ejercicio físico favorece el tránsito intestinal, por el contrario, estar en la cama o sentado mucho tiempo lo perjudican.



La frecuencia de la actividad física debe ser de 2 a 3 sesiones de una hora, aproximadamente, por semana. Se recomienda caminar de 20 a 30 minutos diarios. Correr o nadar fortalece los músculos del abdomen y favorece el tránsito de los intestinos. Cambiar los hábitos diarios pueden mejorar el tránsito intestinal. Se recomienda subir las escaleras en vez de utilizar el ascensor, caminar en vez de usar el coche para trayectos cortos, bajar una parada de metro o de autobús antes para hacer el resto del trayecto andando.¹⁰⁰

Intervención

Orientar sobre el consumo de alimentos ricos en fibra y agua.

Existen alimentos naturales que funcionan como laxantes, mismos que favorecen la peristalsis intestinal. Los alimentos ricos en fibra ayudan a la movilización de los desechos a través del cuerpo. Los alimentos con fibra deben ser agregados lentamente a la dieta, ya que comer fibra en cantidades elevadas puede causar distensión abdominal y gases.

La mayoría de las frutas ayudarán a aliviar el estreñimiento. Las bayas, melocotones, ciruelas, uvas pasas y las ciruelas pasas son solo algunas de ellas. No hay que pelar las frutas que tengan cáscaras comestible, ya que allí se concentra la mayor cantidad fibra.

Elegir panes, galletas, pasta, panqueques y waffles hechos con granos integrales; usar arroz integral o arroz de la India (salvaje) en lugar de arroz blanco, así como comer cereales ricos en fibra.

Las verduras también pueden aportar fibra a la alimentación. Algunas verduras ricas en fibra son los espárragos, brócoli, maíz, calabaza y las patatas (con cáscara). Las ensaladas hechas con lechuga, espinaca y repollo también ayudan.

Las legumbres (frijol blanco, garbanzos, semillas de soya y lentejas), cacahuetes, nueces y almendras también aportan fibra a la alimentación.¹⁰¹

Es fundamental que ingiera abundantes líquido para que la fibra contenida en la dieta se “hinche” y aumente el volumen del bolo fecal. Se recomienda una



ingesta hídrica de 1.5-2 litros al día a base de agua, infusiones claras de manzanilla, tila o menta, caldos desgrasados de verduras o de carne. Se aconseja, como parte de una dieta equilibrada, limitar el consumo de refrescos azucarados y bebidas alcohólicas.

También puede incluir en su alimentación habitual lácteos comerciales que contengan bifidobacterias o lactobacilos, con o sin fructooligosacáridos.

No posponga el momento de ir al baño cuando tenga ganas. Intente crear un hábito horario yendo al baño todos los días a la misma hora (por ejemplo, después de desayunar), aunque no sienta la necesidad.¹⁰²

Intervención

Masaje abdominal para favorecer la eliminación fecal.

El masaje abdominal nos ayudara a la eliminación fecal, mediante la estimulación externa del colon. Para realizarla la persona se coloca en decúbito dorsal, con las piernas en semiflexión. Se va a realizar un suave masaje en el sentido del vaciado del colón, es decir por la parte derecha del abdomen, luego pasando por la parte superior del ombligo, descendiendo posteriormente por el flanco izquierdo, se recomienda que el masaje tenga una duración aproximada de 2 minutos.

Otras técnicas para favorecer la eliminación fecal:

1.- Respiración abdominal: Se coloca en decúbito dorsal con las piernas en semiflexión y las manos sobre el abdomen. Se realizan respiraciones abdominales, inflando el abdomen durante la inspiración y vaciándolo dirigiendo el ombligo hacia el suelo en la espiración.

2.- Se posiciona en decúbito dorsal con las piernas en flexión, las manos recogen las rodillas. Se realizan respiraciones abdominales, inflando el abdomen durante la inspiración y vaciándolo presionando el abdomen con las rodillas durante la espiración. En caso de embarazo se deben separar las rodillas.

3.- Flexión del tronco: Sentado en el suelo con las piernas estiradas, se flexiona el tronco, y los brazos se estiran hacia los pies. Se realizaran respiraciones



abdominales. Si resulta molesto, se puede realizar estirando una pierna y flexionando la otra.

4.- Ascenso abdominal: De pié, con las piernas separadas, flexión del tronco y las manos apoyadas en los muslos. Se inspira lentamente inflando el abdomen, posteriormente se espira hasta liberar todo el aire posible y se mantiene así durante algunos segundos. A continuación se vuelve a inspirar y se repite el ejercicio 5 veces.

5.- Cunclillas: en cunclillas con o sin apoyo en la pared y con los pies completamente apoyados en el suelo, se realizan respiraciones abdominales, inflando el abdomen durante la inspiración y vaciándolo en la espiración o simplemente se mantiene la posición por 2 minutos.¹⁰³

Intervención

No favorecer el uso recurrente de laxantes.

Los laxantes (o purgantes) son medicamentos que aceleran la evacuación de las heces y mejoran el tránsito intestinal. Son el tratamiento de elección si el estreñimiento no puede ser tratado mediante un cambio de costumbres.

Los médicos advierten contra el uso crónico de laxantes estimulantes debido a que desgastan los tejidos del colon con el tiempo, de tal modo que no permiten expulsar las heces debido al sobre estímulo a largo plazo. Un descubrimiento común en pacientes que han usado laxantes estimulantes es un pigmento marrón que se deposita en el tejido intestinal, conocido como Melanosis coli.¹⁰⁴

Intervención

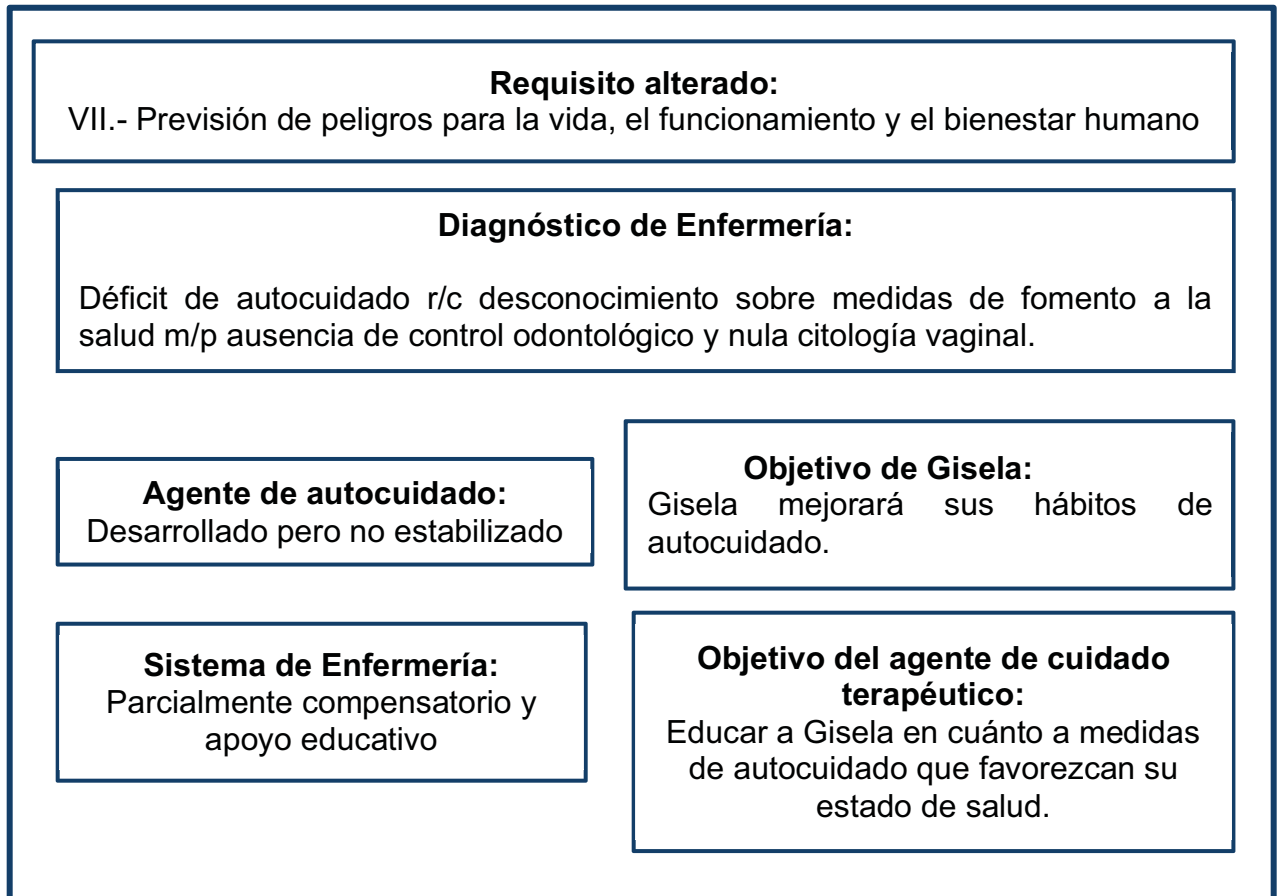
Identificar los factores asociados a la presencia de estreñimiento.

El estreñimiento puede ser ocasional debido a situaciones de estrés, cambios de horarios y rutinas, viajes, ayunos, embarazo, menopausia o convertirse en una enfermedad crónica que normalmente se inicia en la infancia o adolescencia. En este caso se deberá estar siempre atento a la alimentación para conseguir combatirlo y evacuar con regularidad.¹⁰⁵

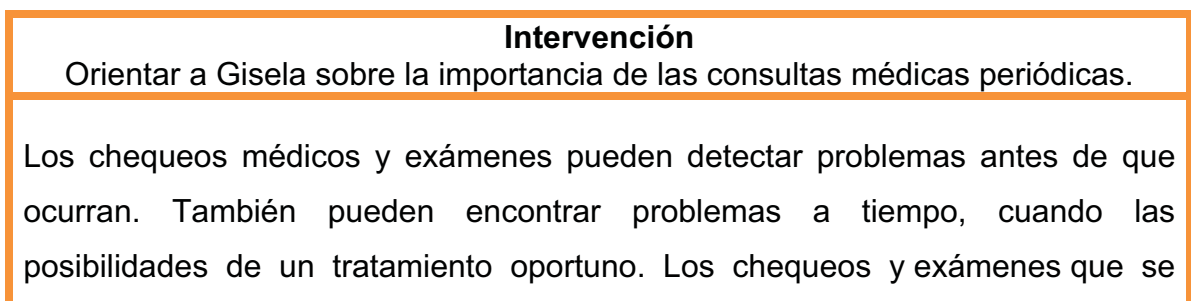


Evaluación:

Durante su estancia en labor Gisela presenta evacuación de características normales y no se observan problemas para la eliminación fecal, además menciona comprender la información brindada para disminuir el riesgo.



Intervenciones de Enfermería Perinatal



necesitarán, dependerán de la edad, estado de salud, historia familiar y estilo de vida, como por ejemplo, alimentación, ejercicio y toxicomanías.

Examen Médico Periódico, mujeres aparentemente sanas entre 18 y 39 años.

1. Al menos dos consultas con su médico, en la década entre los 20 y 30 años de edad.
2. Revisión anual de la presión arterial.
3. Examen de las mamas: Mensualmente en forma personal, cada tres años por el médico en la edad entre 20 y 40 años.
4. Examen dental y limpieza dental anualmente
5. Examen ginecológico vaginal cada tres años después de los 20 años de edad. Examen citológico vaginal cada año después de los 20 años de edad. Si en tres ocasiones ha sido normal, se puede ampliar a cada tres años después de los 30 años de edad. Las mujeres sexualmente activas deben hacerse examen por Chlamydia de muestra endocervical en cada visita ginecológica.
6. Examen de su capacidad visual cada dos años si usa lentes.
7. Colesterol total y glicemia cada 5 años. No es necesario otros exámenes.
8. Refuerzo de vacuna Tétanos cada 10 años e influenza anualmente. Revisar necesidad de otras vacunas con el médico, por ejemplo: el uso de vacuna contra Virus Papiloma Humano.¹⁰⁶

Intervención

Educar sobre la importancia de la citología cervical.

La citología cervical es una prueba diagnóstica en la que se examinan células del cuello uterino. El cuello del útero, también conocido como cérvix, es la parte inferior y más estrecha del útero y está localizado al final de la vagina. Las células se obtienen introduciendo un cepillo y una pequeña espátula en la vagina con los que se realiza un suave raspado en el cuello del útero. La muestra se extiende en un cristal llamado porta o se mete en un líquido conservante para mirarla posteriormente al microscopio.

El objetivo de esta prueba es detectar lo antes posible la existencia de cáncer de cuello de útero, o de lesiones precancerosas en el mismo, con el fin de tratarlo lo



más precozmente posible. En casi todos los casos, el cáncer de cérvix se asocia a una infección por un virus llamado, virus del papiloma humano (VPH), que se adquiere por vía sexual. Este virus origina cambios en la morfología y en las estructuras de las células del cuello del útero que hace que se puedan transformar en células malignas. En el raspado que se hace durante la prueba se recogen estas células, las cuales pueden presentar cambios pre-malignos, indicativos de que están evolucionando hacia cáncer, o pueden ser ya células cancerosas. También se puede detectar el VPH en las muestras que se toman del cuello del útero. Para ello, alguna de las muestras que se toma del cérvix se envía al laboratorio para investigar la presencia de este virus.¹⁰⁷

Intervención

Instruir sobre los cuidados que se deben tener en el puerperio y en la episiotomía para evitar complicaciones.

El periodo del posparto, denominado también puerperio, es definido como el que sigue al parto, y se divide en puerperio inmediato, mediano y tardío. El puerperio inmediato comprende del nacimiento del neonato a las primeras 24 horas posparto y se llevan a cabo los mecanismos hemostáticos uterinos. El puerperio mediano abarca del segundo al séptimo día después del parto, en el que actúan los mecanismos involutivos. El puerperio tardío, por su parte, comprende desde el octavo día hasta los 42 días después del parto. El retorno de la menstruación indica su finalización.³⁵

En este orden de ideas, para mejorar el cuidado de la salud de la mujer en periodo de posparto, y la del recién nacido, el profesional de enfermería debe desarrollar eficiente y efectivamente sus actividades desde el cuidado directo, la gestión de este, la investigación y la educación, para lograr así el equilibrio con el equipo de trabajo de salud, la usuaria, la familia y la comunidad.

CUIDADOS EN EL PUERPERIO

- Guarde reposo durante 10 días y no realice tareas domésticas que exijan un gran esfuerzo físico.



- Su alimentación debe ser rica en proteínas, fibra y minerales y pobre en grasas. Debe comer sobre todo frutas y verduras y evitar comer alimentos picantes.
- Utilice una faja abdominal y practique ejercicio físico como caminatas diarias para que sus tejidos vuelvan a la normalidad.
- Alimentar al recién nacido con leche materna de manera exclusiva durante los primeros 6 meses de vida.
- Es importante acudir al médico si presenta:
 - Sangrado abundante
 - Dolor intenso en la episiorrafia
 - Fiebre igual o mayor de 38°.
 - Flujo abundante y de mal olor.
 - Dolor intenso en las mamas o abdominal.
 - Presión arterial elevada.
 - Cefalea recurrente.¹⁰⁸

Intervención

Educar sobre los cuidados de la episiorrafia en el hogar.

En cuanto a la episiorrafia basta con la ducha diaria utilizando cualquier jabón neutro que tenga en el hogar. Los puntos de sutura se absorben sin necesidad de retirarlos.

Es importante acudir al médico si presenta dolor en el sitio de incisión, sangrado, percibe un olor fétido, esta enrojecido o si los puntos de sutura presenten dehiscencia.⁸³

Intervención

Fomentar en Gisela hábitos de salud con respecto a la alimentación, higiene, ejercicio, descanso, etc.

Los hábitos alimenticios y de vida que tenemos son como son porque llevamos años haciéndolo de esa manera. Es por eso que se han convertido en hábitos. Y por esa misma razón, el crear un nuevo hábito requiere de un periodo de tiempo de forma que se instaure un nuevo comportamiento en nuestro día a día.¹⁰⁹



Algunos de los hábitos más importantes a fomentar son:

- Gestionar el tiempo de manera adecuada
- Realizar actividad física por lo menos 30 minutos al día.
- Dormir 7 horas al día.
- Disminuir el consumo de azúcares
- Llevar una alimentación saludable que incluya los 6 grupos alimenticios y el consumo de agua.
- Reducir el estrés con apoyo de la relajación.¹¹⁰

Intervención

Informar a Gisela sobre centros sanitarios donde pueda llevar un seguimiento de su salud.

El Gobierno del Distrito Federal, a través de la Secretaría de Salud, hace realidad el Derecho a la Protección de la Salud los Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos, dirigido a la población de las Ciudad de México que no cuenta con seguridad social pública. Ser derecho- habiente de la Secretaría de Salud del D.F. le garantiza el derecho a proteger su salud, a recibir acciones de promoción y prevención de enfermedades, atención médica y rehabilitación en las unidades médicas del Gobierno del Distrito Federal con calidad, calidez y oportunidad.¹¹¹

Intervención

Orientar a Gisela sobre redes de apoyo para el cuidado de su salud.

El Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE), es el órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud responsable de conducir e implementar los programas sustantivos para la prevención y control de enfermedades, para reducir la morbilidad y mortalidad en la población mexicana. Entre los programas que maneja se encuentra el de salud bucal en el que emplean talleres de aprendizaje para el cuidado bucal y dan consulta odontológica.

La salud de la mujer es también muy importante, por ello se creó un programa



de cáncer cérvico uterino en el que la mujer puede acudir a cualquier jurisdicción de la secretaria de salud y realizarse de forma gratuita la citología vaginal con la finalidad de diagnosticar de manera oportuna el cáncer cérvico uterino.¹¹²

Evaluación:

Gisela indicó haber entendido y comprendido la información brindada, además de mostrar interés y externar sus dudas.

Resolución del embarazo

Pasa a sala de expulsión la señora Gisela el día 13 de noviembre del 2017 con dilatación y borramiento completos, se coloca en posición de litotomía, se realiza asepsia y antisepsia de región vulvo perineal, se colocan campos estériles, se valoran condiciones no favorables del periné por lo que se infiltra con lidocaína al 1% a nivel de horquilla vulvar y se realiza episiotomía media lateral derecha.

Se realiza protección del periné por medio de la maniobra de Rigten modificada y se obtiene producto único vivo, se realiza rotación externa con liberación de hombro anterior y hombro posterior, así como el resto del cuerpo del recién nacido, mismo que respira y llora al nacer; se pinza y corta el cordón umbilical y es entregado al pediatra para reanimación inicial.

Alumbramiento dirigido con maniobra de Brandt Andrews y Dublin, obteniendo placenta completa con mecanismo de Schultze. Se realiza reparación de episiotomía con catgut 00 y se verifica hemostasia.

Ante el nacimiento del su hijo Gisela se nota emocionada, se observa llanto en su rostro, refiere sentirse más tranquila al ver que su hijo esta bien.

Hallazgos:

Producto único vico, del sexo masculino, con fecha de nacimiento del 13 de noviembre del 2017 a las 18:30, Capurro 37 SDG, Apgar 8/9, con peso de 2425



gramos, talla de 48 cm, perímetro cefálico 34 cm, perímetro torácico de 34 cm, perímetro abdominal de 31 cm, segmento inferior 19 cm y pie de 7 cm.

A la valoración se observa recién nacido vigoroso, con adecuado tono y fuerza muscular, aun con acrocianosis.

Valoración en el Puerperio Inmediato

Se valora a Gisela, primípara de 17 años de edad, gesta: 1, para: 1, cesárea: 0, aborto: 0, cursando su puerperio inmediato. Se encuentra en decúbito lateral izquierdo en camilla hospitalaria, se observa contenta, tranquila en compañía de su recién nacido. Al interrogatorio menciona sentirse cansada, pero muy feliz porque todo salió bien con su hijo. Expresa algunas dudas en cuanto al cuidado de la episiorrafia y del cuidado de su recién nacido, mismas que son resueltas.

A la exploración se encuentra consciente, orientada, alerta y cooperadora, palidez tegumentaria ++, mucosa oral deshidratada, cardiopulmonar sin compromiso aparente, mamas integra, pezón semiformado, se observa galactopoyesis. Recién nacido se pega adecuadamente al pecho, no se escuchan chasquidos, se observa que deglute.

Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación, se palpa globo de seguridad de Pinard, normotónico, involución uterina a nivel de cicatriz umbilical, sangrado transvaginal moderado, loquios rojos con presencia de pequeños coágulos, episiorrafia adecuadamente afrontada, REEDA (Rubor, Eritema, Equimosis, Drenaje y Aproximación) de 0. Miembros inferiores íntegros, sin presencia de edema.

Continua en recuperación para vigilancia, en espera de pasar a piso.



X.- PLAN DE ALTA

Para facilitar la memorización y no pasar por alto algún aspecto se realizó el plan de alta de Gisela basado en la nemotecnia propuesta por Pinzón CUIDARME, misma que hace alusión al objeto de estudio de la profesión que es el “cuidado”, y a la responsabilidad que tiene toda persona frente al cuidado de la propia salud. Esta nemotecnia corresponde a: Comunicación, Urgencia, Información, Dieta, Ambiente, Recreación y uso del tiempo libre, Medicamentos y tratamientos, Espiritualidad.¹¹³


El plan de alta se brindó en el área de recuperación de la unidad tocoquirúrgica del Hospital General La Perla y como método para evaluar la comprensión y aprendizaje del mismo se pidió a la señora Gisela repetir algunas de las indicaciones brindadas, del mismo modo, se aclararon dudas y se reforzó la información.

<p>Comunicar</p>	<p>Es de suma importancia atender todas las necesidades de información que presente Gisela, del mismo modo es muy importante informar a la mujer sobre los procedimientos que se le hicieron, las medidas terapéuticas implementadas, las características de su parto, así como los datos en cuanto al nacimiento de su hijo.</p>
<p>Urgencia</p>	<p>Se orienta a Gisela sobre los principales datos de alarma para ella y la persona recién nacida; tales como sangrado transvaginal abundante y/ o con mal olor, fiebre mayor de 38°, palidez de piel y mucosas, dolor abdominal, presión arterial alta, cefaleas recurrentes y signos inflamatorios en la episiorrafia como edema, enrojecimiento, dolor; o bien congestión mamaria.¹¹⁴</p> <p>Se brinda educación ante la detección oportuna de datos de alarma en el recién nacido: muy adormilado, letárgico o flácido, temperatura corporal menor de 36° o mayor de 38°, dificultad</p>



	<p>respiratoria, presencia de convulsiones, coloración anormal (cianosis, ictericia, pálida o grisácea), infección en el cordón umbilical como enrojecimiento, secreciones, mal olor o fiebre, come menos de lo habitual, diarrea, estreñimiento o vómitos.¹¹⁵</p>
<p>Informar</p>	<p>Se orienta sobre el tratamiento a seguir, citas subsecuentes para vigilancia del puerperio, cuidados a realiza en la episiorrafia como el aseo genital diario con jabón neutro y agua al momento del baño, secado cuidadoso, vigilar puntos dolorosos y la continuidad de la sutura, evitar grandes esfuerzos, tras la micción y defecación, secar y limpiar con papel higiénico, a toques, y siempre de delante hacia atrás, ropa interior de algodón, informar que los puntos de sutura no serán retirados ya que estos se absorberán.¹¹⁶</p> <p>Se informa sobre los cuidados del recién nacido, las vacunas correspondientes, tamizajes y sobre todo datos de alarma tales como cambios en la temperatura (mayor de 39°C o menor de 36°C, llanto inconsolable por más de una hora a pesar de comprobar que no es por hambre, frío, calor, o pañal mojado; No lacta o existe débil succión, presenta dificultad para respirar, cambios de coloración (cianosis, ictericia, palidez), vómitos, diarrea, sangre en las evacuaciones, no orina o no evacua y presenta poca movilidad (hipoactivo).Ante cualquiera de estas circunstancias es impórtate que acuda al médico.</p>
	<p>No es favorable realizar dietas para adelgazar, se recomienda mantener una dieta variada y equilibrada, rica en calcio y en hierro, consumir alimentos ricos en fibra, como verduras, frutas, pan integral, con el fin de evitar el estreñimiento que suele aparecer en este período, así como reducir los azúcares, pastas y grasas de origen animal. Favorecer la ingesta de alimentos</p>



<p>Dieta</p>	<p>ricos en hierro (carnes, legumbres) y suplementos vitamínicos para evitar la posible anemia que suele aparecer a raíz del parto y de las pérdidas de sangre.¹¹⁷</p> <p>En el recién nacido se favorecer la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida, ya que es el mejor alimento para el recién nacido, está le ayuda al desarrollo y presenta muchos beneficios para la madre y para el recién nacido.¹¹⁸</p> <p>Se pueden adoptar diferentes técnicas para alimentarlo acunado, en forma de balón o recostado, la forma que más los beneficie y que esta ayude a la adecuada succión y posicionamiento del recién nacido.</p> 
<p>Ambiente</p>	<p>Favorecer un ambiente tranquilo, en donde se beneficie la triada madre- padre-hijo.</p> <p>Mantener un medio ambiente limpio y adecuadamente ventilado, evitar las corrientes de aire para disminuir el riesgo de adquirir enfermedades respiratorias en el recién nacido.</p> <p>Orientar sobre el lavado de manos para evitar contagios con las visitas.</p>
	<p>La estimulación temprana desde el primer mes de nacido hasta los 2 años es muy favorable para la familia, está permite el desarrollo de la coordinación motora, empezando por el fortalecimiento de los miembros del cuerpo y continuando con la madurez del tono muscular, favoreciendo con esto la movilidad y</p>



Recreación	<p>flexibilidad de los músculos, al mismo tiempo ayudará a desarrollar una mejor capacidad respiratoria, digestiva y circulatoria del cuerpo. Otro de los beneficios que se obtienen a través de la estimulación temprana, es el desarrollo y la fortaleza de los cinco sentidos y la percepción, el desarrollo de las funciones mentales superiores como son la memoria, la imaginación, la atención así como también el desarrollo del lenguaje. A nivel adaptativo, desarrolla en el niño confianza, seguridad y autonomía.</p> <p>Emocionalmente, la estimulación temprana permite incrementar la relación afectiva y positiva entre los padres y el recién nacido/a.¹¹⁹</p>
Medicamentos	<p>Seguir las indicaciones médicas en cuanto a la ministración de analgésicos. Orientar sobre la dosis a administrar, horarios, así como efectos adversos que este pudiese presentar.</p> <p>De la misma manera indicar no auto-meducarse, ya que puede causar daños a la salud y no se recomienda durante la lactancia materna.</p>
Espiritualidad	<p>Orientar sobre mitos y creencias en el cuidado del recién nacido respecto a vacunas, cuidados del cordón umbilical, manejo de las fontanelas.</p>



XI.- CONCLUSIÓN

Ayudar a la mujer en su proceso de trabajo de parto es una tarea fundamental de la enfermera perinatal, así como el promover, prever, intervenir y controlar los riesgos que durante la gestación podrían condicionar a la mujer a nivel biopsicosocial y cultural

Actualmente existen numerosas instituciones que favorecen la implementación de un modelo obstétrico de enfermería, muchas otras implementan un parto humanizado o verticalizado, otras prefieren continuar con lo establecido hace décadas, sin embargo, ninguna de estas preferencias debe obstaculizar las intervenciones de la enfermera perinatal.

Gran parte de nuestro quehacer es atender a las necesidades de la mujer, el escucharla, acompañarla, respetarla, así como empoderándola de este momento único en la vida, favorecerá la evolución, no solo de su parto, sino de todo su proceso de embarazo y puerperio.

Durante la implementación de éste estudio de caso, se necesito que la mujer se encontrara en las mejores condiciones para llevar a cabo su parto, se implementaron diversas medidas no farmacológicas y/o medidas de confort para favorecer la evolución del trabajo de parto y disminuir el nivel de estrés, se jerarquizaron los requisitos de autocuidado alterados y el gran condicionante para que este parto se llevara de manera favorable, fue el atender las necesidades de aprendizaje, escucha continua en la gestante sobre sus temores, así como crear un ambiente de confianza, todo esto favoreció que Gisela se sintiera tranquila, dejara atrás los miedo y comenzara a empoderarse se de su parto. En este sentido el acompañamiento es sin duda la intervención más importante.

La enfermería perinatal tiene mucho camino por recorrer y por demostrar, pero sobre todo por hacer y trascender.



XII.- BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. Vélez, Félix (2013). “Epílogo. Reflexiones y Recomendaciones del Secretario General de Población”, en: Valdés, L. (Coord.) Hacia una nueva Ley General de Población. México, UNAM.
2. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). “Estadísticas a propósito del día de las madre (10 de mayo)”. Datos Nacionales. [Internet]. Aguascalientes, AGS: INEGI; Mayo 2017 [Acceso Julio 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2pdl23u>.
3. Manrique R, Rivero A, Ortunio M, Rivas M, Cardozo R, Guevara H. Parto Pretérmino en Adolescentes. Rev Obstet y Ginecol Venez [Internet]. 2008 [Acceso 02 de diciembre de 2017]; 68 (3): 144-149 Disponible en: <http://bit.ly/2GVgRxQ>
4. Programa de práctica enfermería perinatal 2018-1, 2018-2.
5. Fondo de Población de las Naciones Unidas, Ministerio de Salud y Protección Social Bogotá. Protocolos para la atención de enfermería a la salud sexual y reproductiva de la mujer. [Internet]. Bogotá, Colombia: UNFPA, MinSalud; 2014 [Acceso noviembre 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2g1IATT>
6. Adina Elsa. Trabajo de parto y parto normal. Guías de prácticas y procedimientos. Rev. Hops. Mat. Inf. Ramón Sardá. 2002; Vol 21 (2),: pp 63-74.
7. Comisión interinstitucional de Enfermería. Modelo de atención de Enfermería Obstétrica. México: 2005.
8. Noguera N, Alvarado H. Embarazo En Adolescentes: Una Mirada desde el Cuidado de Enfermería. Rev Col Enf: 2012; 7 (7): 151-160
9. LA Komura, De Souza CM. Asistencia al parto con la presencia del acompañante: Experiencias de profesionales. Invest Educ Enferm. 2007; (25) 1: 74-81



10. Biurrún-Garrido A, Goberna-Tricas J. La humanización del trabajo de parto: Necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía. *Matronas Prof.* 2013; 14 (2): 62-66.
11. Solís Linares H, Morales Alvarado S. Impacto de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. *Rev Horiz Med [Internet]* 2012. [Acceso 26 de noviembre de 2017]; 12(2): 47-50. Disponible en: <http://bit.ly/2FckPos>
12. Yábar Peña M. La Psicoprofilaxis obstétrica en gestantes adolescentes: Características y beneficios integrales. *Horiz Med.* 2014; 14(2): pp. 39-44.
13. Comisión interinstitucional de Enfermería. Modelo de atención de Enfermería Obstétrica. México: 2005.
14. Martínez Galiano J. M, Delgado Rodríguez M. Modelo asistencial centrado en la humanización: resultados obstétricos. *Ginecol Obstet Mex* .2013; 81: 706-710.
15. Almaguer González J. A, García Ramírez H, Vargas Vite V. Nacimiento Humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio. México: 2012; 10 (2/3): 44- 59
16. Herranz G, Pardo J.M, León P, Chiva L. Consideraciones éticas en obstetricia y ginecología. Editorial Mexicana Panamericana; Enero 2017. p. 23
17. Antología. Teorías y modelos de enfermería. Bases teóricas para el cuidado especializado. *Disciplina en Enfermería.* Universidad Nacional Autónoma de México; 2009.
18. Hernández María de Lourdes García, Becerril Lucila Cárdenas, Gómez Beatriz Arana, Rojas Araceli Monroy, Ortega Yolanda Hernández, Martínez Cristina Salvador. Construcción emergente del concepto: cuidado profesional de enfermería. *Texto contexto - enferm.* [Internet]. 2011 [Acceso 11 de diciembre de 2017] ; 20(spe): 74-80. Disponible en: <http://bit.ly/2GcHy1A>



19. Organización Mundial de la Salud. Enfermería. [Internet]. OMS; 2017 [Acceso diciembre 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/nursing/es/>
20. Venemedia. Definición de Paradigma. [Internet]. Venemedia; diciembre 2014 [Acceso Noviembre 2017]. Disponible en: <http://conceptodefinicion.de/paradigma/>
21. Martínez González L, Olvera Villanueva G. El paradigma de la transformación en el actuar de enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2011 [Acceso 25 de Noviembre de 2017]; 19(2): 105 Disponible en: <http://bit.ly/2EWC65U>
22. Modelo de Dorothea Orem. Septiembre 2009 [Acceso diciembre 2017]. En: Blogger [Internet Blog]. Disponible en: <http://enfermeriatravesdeltiempo.blogspot.mx/2009/09/modelo-de-dorothea-orem.html>
23. Rivera Álvarez L.N. Autocuidado y capacidad de agencia de autocuidado. av.enferm. 2006; Vol 24 (2): pp. 91- 97.
24. Vega Angarita O. M, Gonzalez Escobar D. S. Teoría del déficit de autocuidado: interpretación desde los elementos conceptuales. Ciencia y cuidado. 2007; Vol 4 (4): pp. 28-35.
25. Peggy L Chinn., Jacobs, Maeona. Teoría y enfermería. Un punto de vista sistemático. Antología Universidad Nacional de Colombia. Segunda edición. 1987. Pp. 21.
26. Berbiglia V.A, Banfield, B. Modelos y Teorías en Enfermería. 6ta Ed. España: Elsevier; 2011.
27. Kérrouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona, España: Elsevier Masson; 2007.
28. Leddy S, Pepper J. M. Bases conceptuales de la enfermería profesional. U.S.A: Organización Panamericana de la salud; 1989.
29. López Díaz A. L. Perspectiva internacional del uso de la teoría general de Orem. Invest. educ. enferm. 2006; Vol. 24 (2): pp 90-100.



30. Cavanagh S. J. Modelo de Orem. Barcelona: Editorial Masson-Salvat Enfermería; 1997. pp 45.
31. Reina G., Nadia Carolina, El Proceso de Enfermería: Instrumento para el Cuidado. Umbral Científico [Internet] 2010, (Acceso 30 de noviembre de 2017); 18-22 p.p. Disponible en: <http://bit.ly/2oy0foi>
32. Reina G., Nadia Carolina, El Proceso de Enfermería: Instrumento para el Cuidado. Umbral Científico [Internet] 2010, (Acceso 30 de noviembre de 2017); 18-22 p.p. Disponible en: <http://bit.ly/2oy0foi>
33. Dirección Territorial de Ceuta, Hospital Universitario de Ceuta. Guía del Cuidado en el Embarazo. [Internet]. Madrid, España: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria; 2011 [acceso enero 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2CqIEt0>
34. Organización Mundial de la Salud. Embarazo. [Internet]. OMS; 2017 [Acceso enero 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2gyDBHK>
35. 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, 07 de abril de 2016.
36. Salud 180. Embarazo. [Internet]. México: Imagen Digital; 2015 [Acceso enero 2018]. Disponible en: <http://www.salud180.com/salud-z/embarazo>
37. Noguera N, Alvarado H. Embarazo En Adolescentes: Una Mirada desde el Cuidado de Enfermería. Rev Col Enf: 2012; 7 (7): 151-160
38. Manrique R, Rivero A, Ortunio M, Rivas M, Cardozo R, Guevara H. Parto Pretérmino en Adolescentes. Rev Obstet y Ginecol Venez [Internet]. 2008 [Acceso 02 de diciembre de 2017]; 68 (3): 144-149 Disponible en: <http://bit.ly/2GVgRxQ>
39. Carvajal H. Examen de pelvimetría y pelvigrafía en el peritaje de obstetricia legal, en casos de distocias de parto por causa materna. Revista de Tecnología y Ciencias de la Salud 2014, 1-1: 26-47.
40. Cunningham F. Leveno J. et al. "Williams Obstetricia", 23a edición. México: Mc GrawHill Interamericana; 2011.



41. Gilbert E., Harmon J. Manual de embarazo y parto de alto riesgo. 3ra edición. Madrid, España: ELSEVIER; 2003. p.p 565- 577.
42. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Ruptura Prematura de Membranas. México, D.F.: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud; 2009.
43. Vargas Arias K, Vargas Román Carla. Ruptura prematura de membranas. Rev Méd Costa Rica Centroamérica. 2014; Vol 71 (613): 719-723.
44. Almaguer González J. A, García Ramírez H, Vargas Vite V. Nacimiento Humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio. México: 2012; 10 (2/3): 44- 59
45. Tecnología apropiada para el parto Publicada en Lancet 1985; 2:436-437.
46. ASPPO. Manual de Psicoprofilaxis Obstétrica, 3ra Ed. Lima: ASPPO. 2010.
47. Informe GIRE México. Capítulo 4. Violencia Obstétrica. [Internet]. [Acceso enero 2018]. Disponible en: <https://informe.gire.org.mx/caps/cap4.pdf>
48. Datos obtenidos de manera directa por interrogatorio
49. Datos obtenidos de manera indirecta por expediente clínico
50. Programa de Actualización continua en Emergencia, American Academy of Family physicians. Soporte vital básico en obstetricia. Edit. Leeman Laurence; 2012: p. 4-6
51. Johanson M, Ödesjö H, Jacobsson B, Sandberg K, Wennerholm U. Extreme preterm birth. Obstetrics & Gynecology, 2008, 111: p. 42-50.
52. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Monitorización de la frecuencia cardíaca fetal durante el parto. [Internet]. Washington D.C. : The American College of obstetricians and gynecologists; 2011 [Acceso 11 enero 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2DFhnP5>
53. Embarazada.com. Importancia de los movimientos fetales. [Internet]. Venezuela: Embarazada Network; 2010 [Acceso 11 enero 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/1licPdn>



54. Presa Jesús. Líquido amniótico meconial. Servicio de obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario Virgen de las nieves. Granada, España: 2007
55. Koch M.O, Pedro A, Seltzer B, Pezzini A, Sciangula M, Rotura Prematura de Membranas, Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina [Internet] Junio 2008; 182: p.13-14. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista182/4_182.pdf
56. Naranjo B. IC, Ricaurte G. GP. La comunicación con los pacientes. Invest. Educ. enferm. 2006; 24 (1): 94-98
57. Ortiz Fernández C, Martín Seco Y. Influencia de la educación maternal en el embarazo, parto, puerperio y la salud neonatal. Departamento de Enfermería, Universidad de Cantabria. Trabajo fin de grado: Junio 2014
58. Fernández Martín M. Modificaciones del cuello del útero en el parto. [Internet]. Madrid, España: Mamiclic; 2018 [Acceso 19 de enero de 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2G6Qi9r>
59. Barbosa Da Silva F. M, Junqueira Vasconcellos De Oliveira, S. M, Mota E Silva L, Fernandez Tuesta E, .Prácticas para estimular el parto normal. Index Enferm [Internet]. 2011, [Acceso 19 enero 2018]; 20(3): pp.169-173. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962011000200007>.
60. Martínez León J, Martínez Galiano J.M, Medina Gil A. M. Manual De Asistencia Al Parto: Atención Sanitaria Durante El Periodo De Dilatación. 1ra Ed. Amsterdam; Barcelona: Elsevier; 2013. Pp. 21-41
61. Vargas Aguilar M. I, Rodríguez Gómez L. M, Conocimiento y práctica para el manejo del dolor durante el proceso de parto en un grupo de mujeres puérperas, en una institución de tercer nivel de atención, durante el 2008. Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Enfermería. Bogotá, Colombia; Noviembre 2008. Pp.68-69
62. Arjona López Manuel. Proceso de parto y estrategias para afrontarlo. Trabajo fin de grado, Universidad de Jaén, Facultad de ciencias de la salud. Jaén: 2015. Pp. 26 y 33



63. Aguirre Espinoza C.R. Psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal. Universidad católica los Ángeles Chimbote, Facultad de ciencias de la salud. Chimbote; 2012.
64. Simkin P. Supportive care during labor: A Guide for busy nurses. JOGNN. 2002; 31: 721-32.
65. Ortega Pineda R, Sánchez Martínez G, García Ruiz-Castillo A, Sánchez Perruca MI. ¿Están satisfechas las mujeres con la atención proporcionada durante el parto? Rev Rol Enf. 2001; 24(4): 290-9.
66. Ministerio de sanidad y política social. Guía de práctica clínica sobre la atención del parto normal. Galicia, España; 2010.
67. Masdeu M. Ambiente ideal durante el parto. [Internet]. México: SferaMediaGroup; [Acceso 19 de enero de 2017]. Disponible en : <http://bit.ly/2rBiaIM>
68. Da Rocha Pereira R, Franco S. C, Baldin N. El dolor y el protagonismo de la mujer en el parto. Rev Bras Anestesiología. 2011; 61: 3: 204-210
69. El parto es nuestro. El miedo al parto. [Internet]. España: [Acceso 18 de enero de 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2tC9t3T>
70. Dopplerfetal. Los latidos durante el embarazo. [Internet]. México: [Acceso 18 de enero de 2018] 2018. Disponible en: <http://bit.ly/2DFFINs>
71. Darío Parra S. La obligación de informar al paciente: Cuestiones sobre el derecho a ser informado. Rev. méd. Chile . 2013; 141(12): pp.1578-1583.
72. Técnicas de Relajación. [Internet]. [Acceso 18 de enero de 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2n8LgAH>
73. Sanitarios C de salud y servicios. Prácticas seguras en la prevención de caídas. Prácticas seguras relacionadas con cuidados de enfermería. 2011. p. 10.
74. Gracida Mena R. Prevención de caídas en pacientes hospitalizados.[Internet]. Enfermería.Me; 22 de marzo de 2014 [Acceso 26 de enero de 2018]. Disponible en: <https://enfermeria.me/prevencion-de-caidas-en-pacientes-hospitalizados/>



75. Secretaria de Salud, CONAMED. Recomendaciones específicas para enfermería relacionadas con la prevención de caídas de pacientes durante la hospitalización. [Internet]. México; [Acceso 26 de enero de 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2Eei1o5>
76. Mora Lozano M.C, Ramírez B. M. Optimización de las medidas de prevención de caídas durante la hospitalización del paciente. Actual Enferm. [Internet] 2006 [Acceso 26 de enero de 2018]; 9 (3): Disponible en: <http://bit.ly/2rLDpys>
77. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía para la implementación de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente de la Cédula de Certificación de Establecimientos de Atención Médica. [Internet]. México: [Acceso 26 de enero de 2018]. Disponible en: <http://iso9001.inr.gob.mx/Descargas/iso/doc/PRT-DQ-02.pdf>
78. Valdivieso Gonzáles E. Técnicas de relajación: aplicación a lo largo de la educación materna en mujeres embarazadas y sus beneficios durante el trabajo de parto. Trabajo de fin de grado, Universidad de Valladolid. España: 2015.
79. Théau A, Antoine C, Bardou D, Bessis R, Berteaux C, et al. Perineo (o periné). [Internet]. España: Doctissimo; 19 de febrero de 2010 [Acceso 26 de enero de 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2DFZvIb>.
80. FAME. Iniciativa Parto Norma. Guía para Madres y Padre. Pamplona. Federación de Asociaciones de Matronas de España. 2011
81. El parto es nuestro. Periodo expulsivo. [Internet]. España: [Acceso 26 de enero de 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2rLEjLs>
82. Rodríguez Millán A. El masaje perineal como prevención del trauma perineal. Trabajo fin de grado, Universidad de Jaén, Facultad de ciencias de la salud. Jaén: 2015. pp. 13 -15.
83. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de Práctica Clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Episiotomía Complicada. México, D.F.: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud; 2013.



84. Bernués Suárez I. “Efectos de la episiotomía sobre el suelo pélvico y periné”. Trabajo de fin de grado Fisioterapia, Universidad Pública de Navarra. Navarra, España: 2014. Pp 12-13.
85. Aller J., Pagés G. Capítulo 12. Atención del parto normal. [Internet]. [Acceso 30 de enero de 2018]. Disponible en: http://fertilab.net/om/om_12.pdf
86. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de corioamnionitis en los Tres Niveles de Atención. México, D.F.: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud; 2013.
87. Grupo técnico de trabajo Organización Mundial de la Salud. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Departamento de Investigación y salud reproductiva. Ginebra: 1996
88. Ballesteros Meseguer C, López Pay M. D, Martínez Román C. La exploración vaginal durante la asistencia al parto. Revista científica de Enfermería. Mayo 2012 ; Vol 4 pp 1-10.
89. Presa Jesús. Líquido amniótico meconial. Servicio de obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario Virgen de las nieves. Granada, España: 2007
90. Termómetro 10. Temperatura normal del cuerpo humano. [Internet]. Unión Europea. [Acceso 18 de enero de 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2rwrpR3>
91. NorthShore University Health System. Cultivo de sangre. (Internet) 2016. (Acceso 18 de enero de 2018) Disponible en : <http://bit.ly/2n4jTYe>
92. Narváez A. T. Actividades de enfermería durante el trabajo de parto, parto y nacimiento. [Internet] SlideShare. Actualizado 17 de diciembre de 2014 (Acceso 19 de enero de 2018). Disponible en: <http://bit.ly/2n4lbU6>
93. Alvarado Morales S, Guibovich Mesina A, Yábar Peña M. Psicoprofilaxis obstétrica: Actualización, definiciones y conceptos. Horiz Med 2014; 14(4): 53-57



94. Willumsen Juana. Educación sobre la lactancia materna para prolongar la duración de esta. [Internet]: Organización mundial de la salud; Actualizado Julio 2013 [Acceso 19 de enero de 2018] Disponible en : <http://bit.ly/2aNYfIH>
95. Soria R. M. Educación de los padres del recién nacido en el alojamiento conjunto. Fundación para la salud Materno Infantil. Rev Enf Neo 2012; 13 (4): pp 22 - 31
96. Torres Armas S. G. Conocimientos de signos de peligro en el embarazo, parto y puerperio en mujeres en edad fértil y personal de salud. Universidad Rafael Landívar. Tesis de Grado Medicina. Guatemala; 2015.
97. Guío Amaya J. Puerperio y Lactancia Materna. [Internet] Es. Obstetricia Integral Siglo XXI; [Acceso 22 de enero de 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2n6ETNV>
98. Alimmenta. Tratamiento del estreñimiento con la dieta. [Internet]. Barcelona: Alimenta tu vida, SI; [Acceso 26 de enero de 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2FitRN2>
99. Marnet. Embarazo y estreñimiento. [Internet]. España: CCM Benchmark; 11 de octubre de 2013 [Acceso 30 de enero de 2018]. Disponible en: <http://salud.ccm.net/faq/3324-embarazo-y-estrenimiento>
100. CCM Salud. Acabar con el estreñimiento: hacer ejercicio. [Internet]. España: Creative Commons; 31 de julio de 2017. [Acceso 26 de enero de 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2neHqpy>
101. MedlinePlus. [Internet] . Bethesda (MD): U.S. National Library of Medicine; Cuidados personales para el estreñimiento; Actualizada 22 de julio de 2016. [Acceso 26 de enero de 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2oDQxPh>
102. Zugasti Murillo A, Roldán Alonso E, Petrina Jáuregui M. E. Sección Nutrición Clínica y Dietética. Hospital Virgen del Camino-Hospital de Navarra



103. Asociación Española de Fisioterapeutas. Fisioterapia para el estreñimiento. [Internet]. Madrid, España: AEF; 2015 [Acceso 26 de enero de 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2FkQtwq>
104. EcuRed. Laxante. [Internet]. Cuba: EcuRed; [Acceso 26 de enero de 2018]. Disponible en: <https://www.ecured.cu/Laxante>.
105. Alimmenta. Tratamiento del estreñimiento con la dieta. [Internet]. Barcelona: Alimenta tu vida, SI; [Acceso 26 de enero de 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2FitRN2>
106. Javier Zepeda C. A. El examen médico periódico del adulto asintomático. REV MED HONDUR, 2011; Vol. 79 (2): pp. 94-97.
107. Rivas Pablo. Citología cervical. [Internet]. Madrid, España: Consultas Healthcare; 30 de mayo 2017. [Acceso 26 de enero de 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2EIC18t>
108. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Puerperio. [Internet]. España: [Acceso 26 de enero de 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2BzGZLL>
109. García Mónica. Crear hábitos saludables: de esta semana no pasa. [Internet]. Burgos España: El factor humano; [Acceso 26 de enero de 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2DQX2tN>
110. Mesa Editorial. ¿Cómo fomentar hábitos saludables en los pacientes?. [Internet]. México: Saludario; 14 de septiembre de 2017 [Acceso 26 de enero de 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2njSNxa>
111. Secretaría de Salud de la Ciudad de México. Gratuidad. [Internet]. México: [Acceso 26 de enero de 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2rMqIJ2>.
112. Secretaria de salud. Programas preventivos. [Internet]. D.F.; CENAPRECE [Acceso 30 de enero de 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2DT4rFA>
113. Nava Galán, M.G. Plan de alta continuidad del cuidado en la consultoría de enfermería neurológica. Enf Neuro. 2013; Vol. 12, (1): 40-44.
114. Secretaria de Salud del Estado de Veracruz. Salud Materna y Perinatal. 2014.



115. Cabello P. Signos de alarma en el recién nacido. [Internet]. España: Matterna Bith Matters; 10 enero de 2016 [Acceso 18 de enero de 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2E1YDdP>
116. MedlinePlus. [Internet] . Bethesda (MD): U.S. National Library of Medicine; Cuidados posoperatorios para una episiotomía; Actualizada 21 de diciembre 2017. [Acceso 18 de enero de 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2E0xTu9>
117. Sanitas. Alimentación después del parto. [Internet]. España: Sanitas Seguros Médicos; 2017 [Acceso 18 de enero de 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2DATMn6>
118. UNICEF. Lactancia materna. [Internet]. Ecuador: Unicef; 2012 [Acceso 18 de enero de 2018]. Disponible en: <https://www.unicef.org/ecuador/lactancia-materna-guia-1.pdf>
119. UNICEF. Estimulación Temprana. [Internet]. México: Unicef; Diciembre de 2011 [Acceso 18 de enero de 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/1L200ml>



XIII.- ANEXOS

ANEXO 1

Instrumento de Valoración Perinatal



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

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN PERINATAL

Fecha: ___/___/___ Servicio: _____ Enfermera (o) perinatal: _____

1.- DATOS GENERALES.

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

2.- CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA.

Tipo de familia: Nuclear _____ Extensa _____ Integrada _____ Desintegrada _____
Con quien vive: _____ Num. de integrantes _____
Comunicación con: La pareja 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 Regular Malo Nulo

3.- CARACTERÍSTICAS DEL AMBIENTE.

Vivienda: casa departamento Propia Rentada Otra _____
Tipo de Ventilación _____ Tipo de Iluminación _____
Num. cuartos _____ Cuantas ventanas: _____ Tipo de Construcción: 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 AUTOCUIDADO UNIVERSALES



1. MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AIRE.

1. HABITOS DE SALUD:

Higiene de fosas nasales Cada cuando _____ Convive con fumadores: Fuma Cuantos cigarros al día _____ Usa técnicas que mejoren su respiración (algún tipo de relajación) _____

Requiere de algún apoyo respiratorio: ¿Cual? _____

2. REVISIÓN POR SISTEMAS:

FC: _____ FR: _____ T/A: _____ TEMP: _____ FCF _____

Aparato respiratorio: Nariz: (deformación, obstrucción, desviación, mucosas, u otra): _____ Tórax y pulmones: (forma y simetría, auscultación, tos, sibilancias, estertores, u otros): _____ Sistema cardiovascular: (inspección, soplos): _____

Sistema vascular periférico: extremidades superiores y pélvicas (temperatura, color, llenado capilar, varicosidades, uñas, edema periférico): _____.

2. MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AGUA.

1. HABITOS DE SALUD:

Acostumbra a tomar agua: Garrafón: Potable: Otros: _____

Líquidos orales en 24 horas (cantidad y tipo): _____

Líquidos que le gustan y/o desagradan: _____

2. REVISIÓN POR SISTEMAS:

Hidratación de Piel y Mucosas: _____

Líquidos Parenterales (Tipo) _____

3. MANTENIMIENTO DE UN APOORTE 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

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 Sí No Negación Inhibición Agresividad Hostilidad



Interacciones sociales: Perteneces a algún grupo social, deportivo o cultural. Sí No
 ¿Cuál? _____

2. REVISIÓN POR SISTEMAS

Oído: Dolor Sí No Secreción Sí No Aumento o disminución de Audición Sí No Acúfenos Sí No
Ojos: Dolor Sí No Lagrimeo Sí No Secreción Sí No características: _____
 Simetría _____ Pupilas _____ Edema Sí No
Vista: alteraciones de la visión: _____ Lentes de corrección Sí No fosfenos Sí No
 Nictalopia Sí No Daltonismo Sí No

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? Sí No trabajo Sí No casa Sí No calle Sí No Observaciones: _____
 ¿Acostumbra realizar revisiones de salud periódicas recomendados para cada edad y medidas terapéuticas? Sí No Papanicolau (tiempo y resultado) _____ Mamografía (tiempo y resultado) _____
 Dentista: _____ Oculista: _____ Médico: _____ ¿Conoce las medidas de autocontrol para prevenir enfermedades? Sí No ¿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? Sí No
 ¿Cuál? _____ Consumé... Drogas Sí No Alcohol Sí No Tabaco Sí No Café Sí No Té Sí No Bebidas de cola Sí No Alimentos chatarra Sí No medicamentos Sí No ¿Cuáles? _____
 b) Concepto de su imagen. _____ Espiritualidad _____

8. PROMOCIÓN 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 Sí No heridas Sí No Turgente Sí No Protuberancias Sí No Masas Sí No Cambio de color Sí No Cambio de olor Sí No **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)	Papanicola u (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 o 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:



ANEXO II

Carta de Consentimiento Informado

Carta de Consentimiento Informado

Yo Gisela Flores Sánchez, he sido informada y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. Entiendo que los datos obtenidos en el estudio de caso pueden ser publicados o difundidos con fines académicos, por lo que convengo en participar en este estudio de caso. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Gisela Flores Sánchez
Gisela Flores Sánchez
Nombre y firma del participante

Fecha: 17/Noviembre/2017

Crismen Almeida
Crismen Almeida
Testigo Nombre y Firma

Fecha: 17/Noviembre/2017

Esta parte debe ser completada por el realizador del Estudio de Caso:

He explicado a la Sr (a). GISELA FLORES SÁNCHEZ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Bianca del Carmen Lara Ortiz
Bianca del Carmen Lara Ortiz
Nombre y firma del realizador

Fecha: 17/Noviembre/2017



ANEXO III

Evidencias

