



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA**

**Estudio de caso realizado a una mujer en trabajo
de parto con disociación perinatal basado en la
teoría de Dorothea E. Orem**

Que para obtener el título de
Especialista en Enfermería Perinatal

PRESENTA

L.E.O. Arias Cruz Ana Karen

ASESORA

E.E.P. Rivas Flores Nidia



Ciudad de México, 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por el constante desarrollo de programas de especialización en enfermería, en reconocimiento de nuestro papel en la atención de la salud.

Al Instituto Nacional de Perinatología por brindarme su apoyo para favorecer mi desarrollo profesional.

A mi profesora Nidia Rivas Flores, por encauzar mi pensamiento crítico y estimular mi potencial profesional.

Dedicatoria

Dedicado a mi madre, por brindarme una visión progresista y alentar mi desarrollo personal y profesional, guardo en mi memoria y corazón cada uno de los esfuerzos que has hecho por mí.

A mis hermanas, mis ejemplos de fortaleza y valentía.

En memoria de mi padre Gerardo Arias. Eterno honor y gratitud a tu espíritu de determinación y perseverancia.

Índice

		<i>Página</i>
I	Introducción	1
II	Objetivos	
	Objetivo general	2
	Objetivos específicos	2
1	Capítulo I: Fundamentación	3
2	Capítulo II: Marco Conceptual	6
2.1	Conceptualización de Enfermería	6
2.2	Paradigmas de enfermería	6
2.3	Teoría de enfermería	11
2.4	Proceso de atención de enfermería	17
2.5	Riesgos y daños a la salud	28
2.6	Consideraciones éticas	30
3	Capítulo III: Metodología	54
3.1	Estrategias de investigación: Estudio de Caso	54
4	Capítulo IV: Elección y descripción genérica del caso	56
4.1	Selección del caso y fuentes de información	56
4.2	Presentación del caso	56
5	Capítulo V: Aplicación del proceso de enfermería	57
5.1	Valoración	57
5.2	Esquema metodológico	65
5.4	Valoraciones Focalizadas	66
6	Capítulo VI: Plan de alta	98
7	Capítulo VII: Conclusiones	99
8	Capítulo VIII: Sugerencias	100
9	Glosario	101
III	Anexos	102
IV	Bibliografía	107

■ I. Introducción

La disociación es un mecanismo de defensa que permite el aislamiento ante elementos disruptivos en situaciones estresantes, ocasionando alteración en las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno. Su presencia en el periodo perinatal se ha determinado como disociación perinatal, la cual no ha sido adecuadamente identificada ni documentada pese a su alta incidencia y su grave impacto.

Si bien el escaso estudio de la disociación perinatal no ha permitido establecer intervenciones específicas ante su presencia, se ha reconocido la importancia de implementar intervenciones preventivas y psicoprofilácticas que aumenten el apoyo a la salud mental de la mujer, del recién nacido y de su familia, favoreciendo el reconocimiento y desarrollo de las capacidades individuales y el empoderamiento de cada mujer para el óptimo desarrollo del periodo perinatal y la maternidad.

La metodología del estudio de caso permite explorar la singularidad para comprender la complejidad, brinda un análisis del contexto y variables presentes en una situación real y única para evaluar la manifestación y evolución de fenómenos que experimentan las personas. Mediante la indagación se logra la obtención de datos intrínsecos a la respuesta y asimilación de situaciones específicas, lo que permite obtener una mayor comprensión de las circunstancias y la respuesta humana, brindando así claridad y orientación para la toma de decisiones y el establecimiento de acciones dirigidas, particulares y específicas. Su evidente paralelismo al holismo lo posiciona como un elemento necesario para el ejercicio de la enfermería profesional.

La Teoría de Dorothea E. Orem proporciona una perspectiva descriptiva, analítica y explicativa específica del área de enfermería. Su estructuración permite la búsqueda y organización de la información necesaria para el análisis, ya que, evalúa factores básicos condicionantes de la persona, requerimientos y requisitos de autocuidado particulares, permite el análisis de las capacidades de autocuidado de la persona, establece métodos de ayuda y sistemas de enfermería específicos y mantiene una dirección hacia la generación del autocuidado para la obtención y mantenimiento de la salud, el bienestar y el desarrollo humano.

Con tales elementos, la enfermera perinatal debe brindar atención holística con enfoque humanizado, intercultural, seguro, con fundamentación teórica y basado en evidencia científica, favoreciendo el empoderamiento de la mujer a través del establecimiento de una relación de respeto y confianza, y el intercambio mutuo de conocimiento.

■ II. Objetivos

Objetivo general

Elaborar un estudio de caso a una mujer embarazada en trabajo de parto con disociación perinatal, durante la rotación en el Hospital Militar de Especialidades de la Mujer y Neonatología, en el área de cuartos combinados, durante el mes de octubre de 2017.

Objetivos Específicos

- Proporcionar atención y cuidados especializados de Enfermería Perinatal con perspectiva humanística, respetuosa e intercultural, basado en evidencia científica.
- Aplicar el instrumento de valoración perinatal basado en la teoría del déficit del autocuidado de Dorothea E. Orem.
- Identificar y analizar el conocimiento, capacidades, habilidades y limitaciones de la agencia de autocuidado durante la etapa del embarazo.
- Jerarquizar los requisitos universales de autocuidado que generen una demanda de autocuidado.
- Proporcionar acompañamiento durante la jornada obstétrica mediante el uso de técnicas de psicoprofilaxis.
- Brindar información pertinente y competente a la mujer durante el desarrollo de la jornada obstétrica, para facilitar y favorecer su participación activa.
- Identificar, evaluar e intervenir durante la disociación perinatal, para favorecer el óptimo desarrollo de la jornada obstétrica.
- Favorecer y propiciar la atención de parto humanizado, dentro del marco legal, político, estructural y del personal Institucional.

■ CAPÍTULO I. Fundamentación

Se realizó una búsqueda en la biblioteca digital de la Universidad Nacional Autónoma de México utilizando como palabras clave: **estudio de caso y disociación perinatal**. No se encontraron publicaciones relacionadas, o que incluyeran las palabras clave.

Se utilizaron bases de datos para la obtención de información que incluyen PubMed, Cochrane, Lilacs, Clinical Key, Scyelo, NCBI, donde se encontraron 5 principales artículos que abordaran el tema, de los cuales 4 fueron de interés para el presente estudio de caso.

Base de datos	Artículos
PubMed	1. Fonseca Zambaldi C., Catalino A., Albuquerque Farias J., Et. Al. <i>Dissociative experience during childbirth.</i> ¹
Cochrane	1. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr G J, Sakala C. <i>Continuous support for women during childbirth.</i> ²
Lilacs	- No se encontraron artículos relacionados.
Clinical Key	1. P. Gosselin, K. Chabot, M. Bélanda, L. Goulet-Gervais <i>La peur de l'accouchement chez des nullipares : lien avec la douleur lors de l'accouchement, les symptômes de stress post-traumatique et les symptômes dépressifs post-partum.</i> ³ 2. L. Vismara, <i>Perspectives on perinatal stressful and traumatic experiences.</i> ⁴
Scyelo	- No se encontraron artículos relacionados.
NCBI	1. Choi KR, Seng JS. <i>Predisposing and precipitating factors for dissociation during labor in a cohort study of posttraumatic stress disorder and childbearing outcomes.</i> ⁴

L. Vismara, **Perspectives on perinatal stressful and traumatic experiences**, [Perspectivas sobre experiencias perinatales estresantes y traumáticas] 2017.

El artículo explora la respuesta de los padres a los eventos estresantes y traumáticos que ocurren en el período perinatal y considera las consecuencias sobre la mujer y su hijo. Se consideraron estudios de investigación cualitativa y cuantitativa, abordando la angustia materna y la respuesta al trauma durante el embarazo, el trabajo de parto, el parto y las consecuencias del parto. Se identificaron cuatro temas principales: trastorno por estrés postraumático (TEPT), trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y otros trastornos de ansiedad, depresión y disociación.

Choi KR, Seng JS., **Predisposing and precipitating factors for dissociation during labor in a cohort study of posttraumatic stress disorder and childbearing outcomes** [Factores predisponentes y precipitantes para la disociación durante el trabajo de parto en un estudio de cohortes de trastorno de estrés postraumático y resultados de la maternidad], 2016.

El propósito de este estudio fue hacer un seguimiento de un hallazgo anterior de que la disociación peritraumática en el trabajo de parto se asoció con resultados posparto adversos mediante la identificación de predictores de disociación en el parto. Este análisis utilizó datos de un estudio prospectivo de cohortes de mujeres primíparas del sudeste de Michigan. Hubo 564 mujeres incluidas en el análisis; la medida de resultado primaria fue el puntaje del Cuestionario de Experiencias Disociativas Peritraumáticas (PDEQ) que mide la disociación durante el parto. La prevalencia de la disociación en el trabajo de parto para esta muestra fue del 7,4%. Predictores importantes de la disociación en el trabajo de parto incluyen predisposición (p. Ej., Trauma por maltrato infantil, psicopatología preexistente) y factores desencadenantes (p. Ej., Percepción de la atención, valoración negativa del trabajo de parto). En general, estos predictores explicaron el 14.7% de la varianza en la puntuación PDEQ.

P. Gosselin, K. Chabot, M. Bélanda, L. Goulet-Gervais , **La peur de l'accouchement chez des nullipares : lien avec la douleur lors de l'accouchement, les symptômes de stress post-traumatique et les symptômes dépressifs post-partum** [Miedo al parto entre mujeres nulíparas: relaciones con el dolor durante el parto, síntomas de estrés postraumático y síntomas depresivos posparto] 2016.

Un total de 176 mujeres embarazadas nulíparas respondieron cuestionarios en dos mediciones de tiempo (durante el embarazo y a las 5 semanas después del parto). Los resultados obtenidos fueron que el miedo al parto está relacionado con la percepción del dolor al nacer entre las mujeres que dan a luz por vía vaginal, en ausencia de anestesia. También está relacionado con los síntomas de depresión post parto y estrés postraumático, independientemente de si se utilizó anestesia o

no. El temor al parto también parece estar fuertemente asociado a los síntomas de estrés postraumático en mujeres que han tenido una cesárea no planificada. Por lo tanto, los síntomas de estrés postraumático posparto podrían desempeñar un papel mediador en el vínculo entre el miedo al parto y depresión posparto.

Fonseca Zambaldi C., Catalino A., Albuquerque Farias J., Et. Al., **Dissociative experience during childbirth** [Experiencia disociativa durante el parto] 2011.

A un total de 328 mujeres, hasta 72 horas después del parto, completaron el cuestionario de experiencia disociativa peritraumática (PDEQ), el cuestionario sociodemográfico y obstétrico, la escala de calificación numérica del dolor, el Cuestionario de historia del trauma y un SCID-I para eventos traumáticos. Un total de 11.3% de la muestra experimentó disociación significativa. En particular, síntomas como una sensación de cambio de tiempo durante el evento, sensación de que las cosas parecían estar sucediendo en cámara lenta, inconsciencia de lo sucedido y desorientación. Un parto traumático, trauma previo, complicaciones obstétricas, fórceps, prematuridad, complicaciones con el bebé, insatisfacción con la atención de maternidad, desempleo, dolor de puntaje alto durante el trabajo de parto y años de escolaridad fueron los factores considerados.

■ CAPÍTULO II. Marco conceptual

2.1 Conceptualización de enfermería

La enfermería es una disciplina que se ha distinguido por ser una profesión en continuo ascenso y actualmente es reconocida por tener un sustento filosófico, teórico, metodológico y tecnológico; dichos elementos son indispensables en los sistemas de salud para procurar el bienestar de las personas. Aunado a esto, la enfermería utiliza modelos de atención para cuidar a los individuos en su ciclo de vida en los diferentes escenarios donde se desarrolla.

A través de la historia, la enfermería ha avanzado de ser una práctica empírica a ser una profesión que utiliza modelos de atención para comprender a las personas en su ciclo de vida dentro del proceso salud-enfermedad, no sólo prodigando cuidados dependientes e interdependientes, sino también cuidados independientes, en los diferentes escenarios donde se desarrolla. En la actualidad las enfermeras se encuentran en una posición única para ayudar a las personas a conseguir y mantener estados de salud óptimos a través del fomento, la promoción y la prevención de los problemas de salud que le aquejan.

El profesional de enfermería debe tener una cosmovisión real de lo que sucede en su entorno, pero también debe de apropiarse de las herramientas científicas, metodológicas y tecnológicas para ofrecer a la población cuidados independientes y de calidad a través de una gestoría y un liderazgo sólido acompañado de valores y humanismo.

2.2 Paradigmas de Enfermería

La clasificación de los modelos de enfermería como paradigma, que aplicaba conceptos metaparadigmáticos como los de persona, entorno, salud y cuidado, contempla los trabajos en este campo de un modo que mejora la comprensión del desarrollo del conocimiento y arroja luz sobre el avance de la ciencia de la enfermería dentro de las visiones contempladas por estos paradigmas. Se presentan 3 paradigmas: categorización, integración y transformación, que a la vez se han fundamentado en las diferentes corrientes de pensamiento que han servido para orientar la disciplina de enfermería.

2.2.1 Paradigma de la Categorización

Corriente que comenzó a desarrollarse a finales del siglo XIX y principios del siglo XX y en la que la visión lineal y la búsqueda de un factor casual eran la base de todos sus elementos, manifestaciones que poseen características bien definidas y medibles mediante el análisis, el razonamiento y la argumentación lógica. En este paradigma se distinguen dos orientaciones: la centrada en la salud pública y la centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica.

2.2.1.1 Orientación centrada en la salud pública

Se sitúa temporalmente entre los siglos XVIII y XIX y está caracterizada por la necesidad de mejorar la salubridad y de controlar las enfermedades infecciosas en los medios clínicos y comunitarios.

Desde la línea que marca esta orientación se pueden explicar los conceptos metaparadigmáticos de enfermería: la persona, el entorno, la salud y el cuidado.

- La persona, posee la capacidad de cambiar su situación.
- El entorno, comprende los elementos externos a la persona que son válidos, tanto para la recuperación de la salud como para la prevención de la enfermedad.
- La salud, es la voluntad de utilizar bien la capacidad que tenemos. Sólo la naturaleza cura y el paciente por tanto deberá poner toda su capacidad al servicio de la naturaleza, para que esta pueda desarrollar plenamente su efecto de curación.
- El cuidado, es la intervención que la enfermera realiza mediante reglas aprendidas y que sirve para proporcionar el entorno adecuado que permita actuar a la naturaleza y recuperar la salud.

2.2.1.2 Orientación centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica

Surge cuando comienzan a poder controlarse las enfermedades infecciosas, a partir del siglo XIX. El significado de los elementos que forman el metaparadigma según esta orientación es el siguiente:

- La persona, es un todo formado por la suma de partes independientes entre sí y además, no participa en su cuidado.
- El entorno, es independiente de la persona y algo que se puede controlar y manipular.
- La salud, es la ausencia de enfermedad, un estado deseable.
- El cuidado, es aquel que ofrece la enfermera experta en conocimientos y habilidades, con el fin de suplir las incapacidades y déficits que surjan en la persona.

La representación principal del paradigma con la orientación centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica está reflejada en Florence Nightingale, por el interés del control del medio ambiente demostrado en sus escritos y la importancia de la influencia que la naturaleza ejerce sobre la recuperación de la salud de las personas.

Otros enfermeros como Henderson, Hall y Watson suponen la transición entre los diversos paradigmas, especialmente porque dan paso al de la integración, en ellos ya se avizora que la experiencia de salud-enfermedad supera la linealidad y comienza a considerar la persona en su integralidad, en interacción con el entorno.

2.2.2 Paradigma de la integración

Corriente que supondría una prolongación del paradigma de la categorización, ya que las concepciones del modelo exclusivamente biomédicas se irían transformando en orientaciones dirigidas hacia la visión global de la persona como centro de la práctica de enfermería. El surgimiento de nuevas teorías como la teoría de la motivación, del desarrollo y de los sistemas, y la evolución del pensamiento ponen de manifiesto el reconocimiento de la importancia que tiene el ser humano para la sociedad y en la disciplina de enfermería; se establece una clara diferencia entre ella y la disciplina médica. La diferencia con el paradigma de categorización radica en que ahora debe considerarse el contexto en el que se produce el fenómeno para poder llegar a comprenderlo y explicarlo. Los trabajos de enfermería de V. Henderson, H. Peplau y D. Orem quedan enmarcados dentro de este paradigma. Según esta orientación, en los conceptos del metaparadigma de enfermería se observa que:

- La persona, es un todo formado por la suma de las partes que están interrelacionadas entre sí, en búsqueda constante de las mejores condiciones para detener o mantener su salud y bienestar.
- El entorno, constituido por los diversos contextos en los que vive la persona, supone una interacción constante en forma de estímulos positivos, negativos y de reacciones de adaptación.
- La salud, es un ideal que se debe conseguir; es decir, adquiere identidad y pierde su subordinación a la enfermedad. Salud y enfermedad son dos entidades distintas que coexisten e interaccionan de manera dinámica.
- El cuidado, amplía su objetivo y se dirige a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones; lo que significa que se llevará a cabo para recuperar a la persona de su enfermedad, prevenir dicha enfermedad e incluso, fomentar su salud. La enfermedad aplica el cuidado después de identificar la necesidad de ayuda de la persona y considerar sus percepciones y su integralidad.

Puede decirse que el paradigma de la integración reconoce la disciplina de enfermería claramente diferenciada de la disciplina médica, con orientación hacia la persona en su integralidad y en interacción constante con el entorno. La mayoría de las concepciones o modelos de enfermería se han desarrollado bajo este prisma, guían la práctica y sirven de base para el desarrollo de conocimientos de la ciencia de enfermería.

2.2.3 Paradigma de la transformación

Corriente que representa un cambio sin precedentes, se da una apertura social hacia el mundo. La Enfermería, inspirada en esta nueva situación dinámica, compleja, va experimentando también una transformación que ha desarrollado nuevas concepciones de la disciplina y suponen una orientación de apertura al mundo. Los modelos y teorías propuestos por R.R. Porse, M. Newman, M. Rogers y Walson quedan encerrados dentro de este paradigma. Esta nueva

orientación de apertura social influye decisivamente en la disciplina de enfermería y sitúa los conceptos del metaparadigma de la siguiente manera:

- La persona, es un todo indivisible que orienta los cuidados según sus prioridades. Es además indisoluble de su universo, en relación mutua y simultánea con el entorno cambiante. La persona, por tanto, coexiste con el medio.
- La salud, es un valor y una experiencia que cada persona la vive desde una perspectiva diferente, va más allá de la enfermedad, pero a la vez esta sirve para el proceso de cambio continuo de las personas. Es una experiencia que engloba la unidad ser humano-entorno.
- El entorno, es ilimitado, es el conjunto del universo.
- El cuidado, se dirige a la consecución del bienestar de la persona, tal y como ella lo define. De este modo, la intervención de enfermería supone respeto e interacción del que ambos, persona-enfermera, se benefician para desarrollar el potencial propio.

Puede afirmarse que en la evolución de la disciplina de enfermería existe una creciente preocupación por los cuidados que utilizan el conocimiento propio de la disciplina para dispensar cuidados de salud creativos. Este paradigma se encuentra bien definido, pues es el centro de interés de la enfermería y por tanto, el eje de actuación en todos los campos de su práctica. Como describiera Kerouac, los cuidados de la persona son el núcleo de la profesión de enfermería, cuando expone. El centro de interés de la enfermería está en los cuidados de la persona que, en interacción continua con su entorno vive experiencias de salud.

Proporciona una estructura compacta de conceptos centrales y de sus interrelaciones, que puede utilizarse para la descripción y el análisis.

- 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.
- Aumenta la cuantía de las interpretaciones teóricas.
- Promueve el análisis más que la descripción de detalles completos y permite codificar el análisis cualitativo, de forma que se aproxime a la lógica aunque no al rigor empírico de dicho análisis.

Los cuidados enfermeros no son empíricos ni producto de una necesidad ocasional, sino que se fundamentan en un conocimiento teórico que facilita la interpretación y el análisis del cuidado que se brinda, se basan en una deducción lógica y explicación científica que se centra más en el fenómeno que en los detalles que lo originan y permiten mayor aproximación lógica así como mayor calidad, desarrollo, avance profesional y disciplina. Los cuidados de enfermería se reconocen como centro de la profesión, pues están condicionados por la propia sociedad que tiene necesidades específicas de atención; el ser humano busca para el mantenimiento de la vida con una mayor calidad, la forma de satisfacer

esta necesidad. Las enfermeras proporcionan un servicio especial que satisface una necesidad esencial, enseñan, guían y orientan a las personas y los grupos a conservarse sanos y les proporcionan cuidados cuando están enfermos.

Orem describe los cuidados de acuerdo con su finalidad para la salud de la persona como de prevención primaria, secundaria y terciaria. Esto nos permite entender los cuidados de salud como acciones que contribuyen al bienestar de la persona, lo que hacen que sean considerados necesarios a lo largo de toda la vida y en todas las condiciones de ésta. Los avances que se están realizando en proporcionar un enfoque multidisciplinario individualizado de los cuidados del paciente no pueden sino mejorar el bienestar de la población y emplear mejor los recursos.

En la actualidad, los cuidados se orientan a incrementar la interacción positiva de la persona con su entorno, es decir, se concibe el cuidado dirigido al bienestar tal y como la persona lo entiende, entonces la intervención de enfermería con esta orientación va dirigida a dar respuesta a las necesidades de las personas desde una perspectiva holística, respetando sus valores culturales, creencias y convicciones para el éxito de los cuidados y la satisfacción y el bienestar de la persona en su integralidad. A partir de esta concepción, los fenómenos que despiertan el interés son las respuestas que presenta el ser humano ante distintas situaciones de salud-enfermedad a lo largo de la vida y esto es, entre otras razones, lo que distingue a la enfermería de otras ciencias. Por ello, además de colaborar con otras profesiones de la salud, como disciplina autónoma debe aportar algo específico y diferenciador del resto: nuestra propia función.

Actualmente, la práctica científica de enfermería, por el nivel de desarrollo que ha alcanzado la disciplina, tiene como referente teórico el modelo de cuidado, y como elemento metodológico, el proceso de atención de enfermería para solucionar los problemas de este cuidado. Ambos elementos significan la epistemología de enfermería entendida como los fundamentos, modelos de cuidados, y métodos procesos de atención de enfermería, del conocimiento de enfermería. Estos dos elementos adquieren su verdadero sentido cuando se utilizan en conjunto, pues tratar de explicar y abordar una realidad con un modelo de cuidado sin hacerlo sistemáticamente se queda en un simple ejercicio intelectual, y aplicar el proceso de atención de enfermería sin un modelo teórico de referencia, únicamente sirve para sistematizar actividades aisladas que solo tienen significado para quien aplica el proceso. Utilizados conjuntamente representan la manera científica de ofrecer los cuidados de enfermería y contribuyen al desarrollo y avance de la profesión, lo que quiere decir en otras palabras "Garantizar que todos los enfermeros compartan una misma concepción de persona, salud, entorno y rol profesional, y un mismo lenguaje en la orientación de los cuidados."⁵

2.3 Teoría de enfermería del déficit del autocuidado

La teoría descrita por Dorothea E. Orem es un punto de partida que ofrece a los profesionales de la enfermería herramientas para brindar una atención de calidad, en cualquier situación relacionada con el binomio salud-enfermedad tanto por personas enfermas, como por personas que están tomando decisiones sobre su salud, y por personas sanas que desean mantenerse o modificar conductas de riesgo para su salud, este modelo proporciona un marco conceptual y establece una serie de conceptos, definiciones, objetivos, para intuir lo relacionado con los cuidados de la persona, por lo que se considera debe aceptarse para el desarrollo y fortalecimiento de la enfermería.

El propósito de la teoría es que sirva, en la práctica, para desarrollar y validar el conocimiento enfermero y para la enseñanza y aprendizaje de la enfermería.

- Explica la visión que las personas tienen sobre la enfermería.
- Describe la finalidad y establece los límites de esta (en todos los campos de actuación).
- Ofrece un lenguaje propio para referirse a los fenómenos de interés para la disciplina al conceptualizarlos.
- Permite categorizar y hacer inferencias sobre las situaciones enfermeras y hacer análisis particulares desde su marco de referencia general.
- Ayuda a crear un estilo enfermero de actuar determinado.

En la Teoría de Enfermería del Déficit del Autocuidado se conceptualizan los fenómenos que explican estos elementos y se detallan sus relaciones e interrelaciones. Se explica mediante tres estructuras teóricas (subteorías independientes): la Teoría del Autocuidado, la Teoría del déficit del autocuidado y la Teoría de los sistemas de enfermería. La interrelación existente entre ellas constituye la teoría general. **Ver figura 1.**

2.3.1 Conceptos nucleares

2.3.1.1 Cuidado

Orem describe los cuidados como acciones personales que se necesitan continuamente para regular el funcionamiento y bienestar; y específicamente que los requerimientos de cada persona se pueden ver afectados, entre otros factores, por la edad, etapa del desarrollo, estado de salud, condiciones ambientales y efectos de la atención médica. Se conciben como necesidades de todas las personas a lo largo de toda la vida que contribuyen a su salud, bienestar y desarrollo. El estado de salud, las características propias de las personas y los elementos del entorno condicionan tanto las manifestaciones sobre las necesidades de cuidados de que se tienen, como la forma de satisfacerlos. Dentro de esta estructura teórica se desarrolla como autocuidado o cuidado dependiente y representa el campo de estudio e intervención de la enfermería.

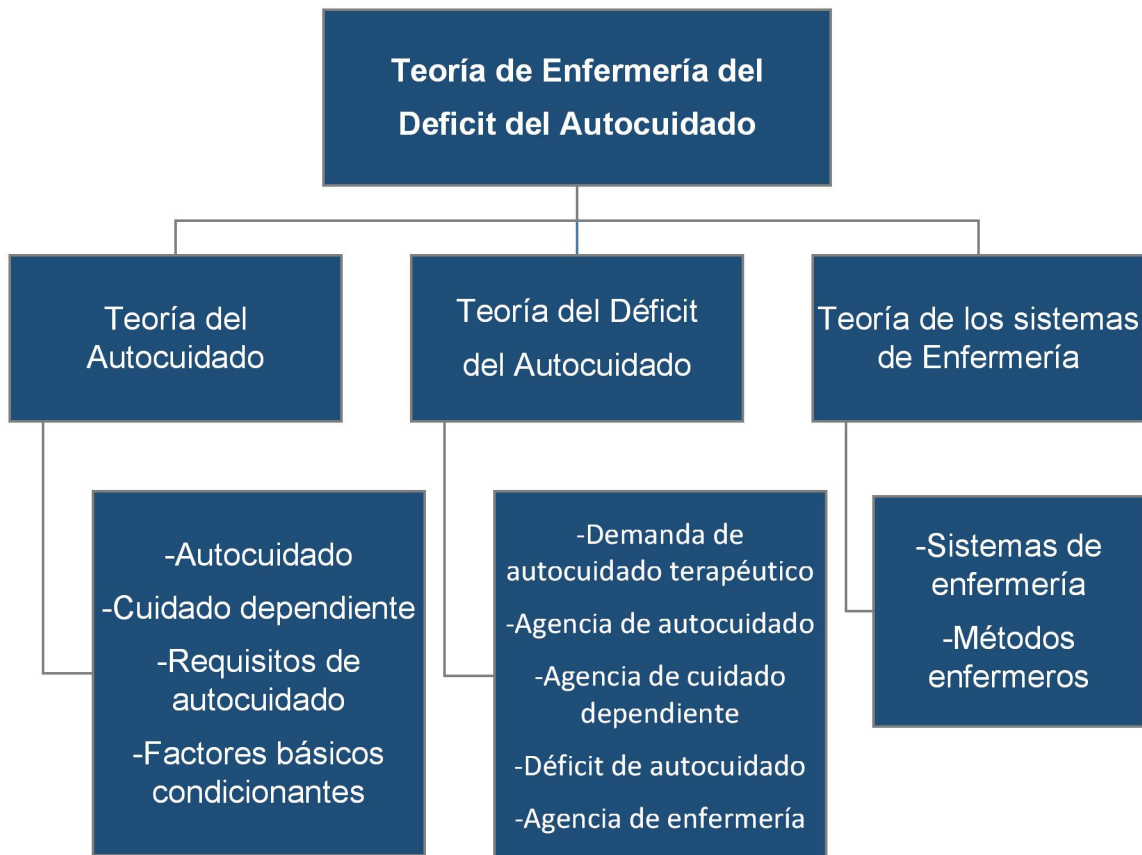


FIGURA 1. Componentes de la teoría general y elementos de las subteorías. Tomado de Francisco del Rey C., Benavent Garcés M.A., Ferrer Fernández E., El modelo teórico de Dorothea E. Orem.

Todas las personas tienen las mismas necesidades de cuidados por el hecho de ser personas, pero estas necesidades comunes se pueden ver afectadas o modificadas por diversos factores. Cuando las necesidades de cuidados derivan directamente de situaciones de falta de salud las denomina requisitos de autocuidado de desviación de la salud.

Se distinguen cuidados al nivel de prevención primaria, secundaria y terciaria:

- Prevención primaria: es adecuada antes de que inicie una alteración de la persona y tiene como finalidad el bienestar de la persona, la promoción del crecimiento y desarrollo, el mantenimiento y promoción de la integridad de la estructura y el funcionamiento y la prevención de enfermedades específicas.
- Prevención secundaria: adquiere significado cuando se produce una enfermedad

2.3.1. 2 Persona

Un todo integrado que funciona biológica, simbólica y socialmente y que está en permanente interacción consigo misma y con su entorno intercambiando

continuamente materia y energía en un proceso adaptativo que es imprescindible para la vida.

Un aspecto fundamental de la persona es que tiene actividad intrínseca. Esto configura a la persona como unidad sustancial que le hace única y global, aunque todos los seres humanos tienen aspectos comunes, siendo más similares de un mismo grupo.

Tiene capacidades para cuidarse o cuidar de otros y posibilidades de desarrollar capacidades o habilidades para cubrir necesidades de nuevos cuidados. Entre éstas incluye la utilización adecuada de los recursos del entorno para contribuir así a su salud, desarrollo y bienestar humano.

Orem desarrolla una serie de premisas en las que fundamenta el concepto de persona y sobre esta base, desarrolla la necesidad de enfermería.

- La persona tiene la capacidad de adaptarse al medio en el que vive y esta capacidad es fundamental para sobrevivir y funcionar. Para adaptarse interna y externamente, las personas llevan a cabo actividades continuas, consientes y deliberadas para ellas mismas y su entorno.
- La capacidad de actuar deliberadamente es utilizada por la persona con el fin de identificar y proporcionarse los cuidados necesarios para el mantenimiento de la vida y regular las funciones. El cuidado, y por tanto, la deliberación en las acciones puede estar dirigido hacia sí mismo o hacia otras personas.
- Las personas, cuando llegan a un determinado nivel de desarrollo y madurez, son autónomas frente a su cuidado o el cuidado de otros, pero en algún momento de su vida pueden presentar limitaciones para cuidar a otros o de sí mismas.
- Cuando aparecen limitaciones o son necesarias nuevas formas de cuidados, las personas desarrollan nuevas formas de cuidados, las personas desarrollan capacidades nuevas, tienen capacidades para aprender, en relación con los cuidados que precisan en cada momento y van adquiriendo e incorporando a sus prácticas las destrezas para su aplicación.

El orden de estas premisas sirve como referente para el planteamiento de los objetivos del cuidado enfermero, haciéndose necesario desarrollar la capacidad de la persona para razonar y plantearse metas, aprender y desarrollar habilidades para actuar deliberadamente para conseguirlas y asegurar que su funcionamiento y desarrollo sean los más adecuados a sus características personales.

Desde este planteamiento la enfermera va a considerar a la persona como un agente activo en su proceso de cuidados, y la finalidad primordial de los cuidados enfermeros es que la persona llegue a cuidarse por sí misma y solo cuando esto no sea posible proporcionar los cuidados que requiere.

2.3.1.3 Entorno

Una serie de factores o elementos físicos, químicos, biológicos y sociales que originan requisitos de autocuidado y pueden influir positiva o negativamente en la vida, la salud o el bienestar de las personas y los grupos, y más concretamente en la satisfacción de los requisitos de autocuidado.

Distingue en el entorno características ambientales socioeconómicas y culturales, propias de la comunidad y humanas.

- Características ambientales: elementos fisicoquímicos como las condiciones atmosféricas o meteorológicas, los elementos biológicos tales como agentes infecciosos o existencia de fauna en el medio.
- Características de la comunidad: tipo de población del lugar en que se vive, recursos del conjunto de la comunidad y su accesibilidad, y los servicios de salud con sus costes y financiación.
- Características humanas: aspectos del medio interno de la persona, lo que en la estructura conceptual denomina factores básicos condicionantes, y de manera especial el estado de salud, la edad y la etapa de desarrollo.

El entorno puede tener un entorno ecológico y terapéutico e influir positivamente en la salud de la persona. Orem reconoce la importancia de considerar el entorno en los cuidados enfermeros, en él incluye aspectos físicos, psicosociales y de desarrollo de la persona.

Las enfermeras tienen que conocer las características del entorno de la persona para considerarlas en la valoración de los requerimientos de autocuidado, determinar su influencia, tenerlas presentes en el plan de cuidados para utilizarlas como recursos terapéuticos o para influir sobre ellas neutralizándolas o eliminándolas.

2.3.1.4 Salud

Estado que cambia a medida que evolucionan las características humanas y biológicas de las personas y que afecta a la globalidad e integridad, incluyendo los aspectos referidos a la persona como ser humano que opera conjugando mecanismos psicológicos, psicofisiológicos y estructurales y en relación con otras personas.

Orem la describe refiriéndose a dos conceptos, salud y bienestar, que considera como estados humanos diferentes pero relacionados.

- La salud se caracteriza por el buen estado de las estructuras humanas y funcionamiento corporal y mental.
- El concepto de bienestar tiene un sentido perceptivo que hace que sea único para cada persona.

Las desviaciones de la salud pueden influir en los requerimientos de autocuidado de los diferentes requisitos de autocuidado universal y del desarrollo y además generan requisitos específicos de autocuidado que denomina requisitos de desviación de la salud.

Desde esta perspectiva, el profesional de enfermería se caracteriza por ser capaz de ayudar a aquellas personas que precisan satisfacer su necesidad de regular, mantener y promover su funcionamiento mediante un cuidado personal continuo y desarrollar capacidades para proporcionarse este cuidado o cuidar a quienes de él dependen.

2.3.1.5 Teoría de Autocuidado

El concepto básico desarrollado por Orem del autocuidado se define como el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. El autocuidado por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma, consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, continuar además, con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo.

El **autocuidado** es la práctica de actividades que las personas maduras y en proceso de maduración inician y realizan dentro de un marco temporal completo, en su propio beneficio para lograr el mantenimiento de la vida, su funcionamiento saludable, el continuo desarrollo personal y su bienestar.

El **cuidado dependiente** es la práctica de actividades que personas responsables y maduras y en proceso de maduración inician y ejecutan en beneficio de personas socialmente dependientes, durante cierto tiempo o de manera continuada, para mantener la vida y contribuir a su salud y bienestar.

Los **factores básicos condicionantes** son condiciones internas y externas de la persona, que afectan, por una parte, la cantidad y calidad de autocuidado que requiere la persona y, por otra parte, a las manifestaciones de los requerimientos y a la capacidad para el autocuidado. Se identifican los factores siguientes: edad, sexo, estado de desarrollo, estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema de cuidados, factores del sistema familiar, patrón de vida, factores ambientales, y disponibilidad y adecuación de los recursos.

2.3.2 Requisitos de Autocuidado

Se refieren a la reflexión formulada y expresada sobre acciones a realizar, que se sabe o se supone, son necesarias en la regulación de uno o más aspectos del

funcionamiento y del desarrollo humano continuado o en condiciones o circunstancias específicas.

Constituyen las acciones o medidas que se utilizan para proporcionarse el autocuidado y representan los objetivos que deben ser alcanzados mediante los tipos de acciones calificadas de autocuidado, los propósitos concretos de autocuidado y las razones por las que se llevan a cabo y expresan los resultados pretendidos o deseados.

Los requisitos de Autocuidado se dividen en tres categorías: universal, para el desarrollo y de desviación de la salud.

2.3.2.1 Requisitos de autocuidado universal

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

2.3.2.2 Requisitos de autocuidado del desarrollo

Orem describe dos tipos de requisito de autocuidado del desarrollo:

- Crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promueven los procesos de desarrollo, esto es, el progreso humano hacia niveles altos de organización de las estructuras humanas y hacia la madurez, durante las etapas de la vida:
 - Los estados intrauterinos de la vida y el proceso de nacimiento
 - La etapa de la vida neonatal, ya sea nacido a término o prematuramente.
 - Infancia
 - Etapas del desarrollo de la infancia, incluyendo la adolescencia y la entrada a la edad adulta.
 - Etapas del desarrollo de la edad adulta.
 - Embarazo, ya sea en la adolescencia o en la edad adulta.
- Provisión de cuidados asociados a los efectos de las condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano:
 - Provisión de cuidados para prevenir efectos negativos en tales condiciones.
 - Provisión de cuidados para mitigar o superar los efectos negativos existentes en tales condiciones.

2.3.2.1 Requisitos de autocuidado de desviación de la salud

- Buscar y asegurar la ayuda médica adecuada en caso de exposición a agentes físicos o biológicos específicos o a condiciones ambientales asociadas con acontecimientos y estados humanos patológicos, o condiciones psicológicas que se sabe que producen o están asociadas con patologías humanas.
- Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de los procesos patológicos, incluyendo los efectos sobre el desarrollo.
- Llevar a cabo efectivamente las medias diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas.
- Tener conciencia y prestar atención o regular los efectos de las medidas de cuidados prescritos por el médico.
- Modificar el auto concepto y la autoimagen para aceptarse uno mismo como ser humano con un estado particular de salud.
- Aprender a vivir con los efectos de las condiciones y estados patológicos y los efectos de las medidas de diagnóstico y tratamiento médico.

2.3.3 Teoría de déficit de autocuidado

Esta teoría es el núcleo del modelo de Orem, establece que las personas están sujetas a las limitaciones relacionadas o derivadas de su salud, que los incapacitan para el autocuidado continuo, o hacen que el autocuidado sea ineficaz o incompleto.

Existe un **déficit de autocuidado** cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar, o sea, cuando la persona no tiene la capacidad y/o no desea emprender las acciones requeridas para cubrir las demandas de autocuidado.

La existencia de un déficit de autocuidado es la condición que legitima la necesidad de cuidados de enfermería. Las personas limitadas o incapacitadas para cubrir su autocuidado son los pacientes legítimos de las enfermeras.

La **demanda de autocuidado terapéutico** se refiere a la totalidad de medidas de cuidados necesarias en momentos específicos, o durante un periodo de tiempo, para cubrir todos los requisitos de autocuidado conocidos de una persona, caracterizados por las condiciones y circunstancias existentes. Se basa en el autocuidado como función reguladora y describe la situación en la que se encuentra la persona en los aspectos estructurales, funcionales y de desarrollo.

Los enfermeros(as) establecen qué requisitos son los demandados por el paciente, seleccionan las formas adecuadas de cubrirlos y determinan el curso apropiado de la acción, evalúan las habilidades y capacidades del paciente para cubrir sus requisitos, y el potencial del paciente para desarrollar las habilidades requeridas para la acción.

La **agencia de autocuidado** se describe como la habilidad adquirida por la persona madura o en proceso de maduración, de conocer y satisfacer sus requerimientos continuos mediante acciones deliberadas con un propósito concreto, para desarrollar su propio funcionamiento y desarrollo humano.

La **agencia de cuidado dependiente** se describe como las capacidades desarrolladas y en proceso de desarrollo de las personas para conocer y cubrir las demandas de autocuidado terapéuticos de personas socialmente dependientes de ella, o para regular el desarrollo o ejercicio de la agencia de autocuidado de estas personas.

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

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

2.3.4 Teoría de los sistemas de Enfermería

2.3.4.1 Sistema parcialmente compensador

Cuando el individuo presenta algunas necesidades de autocuidado por parte de la enfermera, bien por motivos de limitación o incapacidad, por tanto el paciente y la enfermera interactúan para satisfacer las necesidades de autocuidado en dependencia del estado del paciente, limitaciones psicológicas y físicas. El paciente puede realizar algunas acciones, pero dependen de la enfermera.

2.3.4.2 Sistema totalmente compensador

Cuando el individuo no puede realizar ninguna actividad de autocuidado. Implica una dependencia total.

2.3.4.3 Sistema de apoyo educativo

Cuando el individuo necesita orientación y enseñanza para llevar a cabo el autocuidado; por consiguiente la enfermera ayuda al paciente con sus consejos, apoyo y enseñanzas de las medidas que sean necesarias para que el individuo sea capaz de realizar su autocuidado.

2.3.4.4 Métodos de ayuda

Secuencias de acciones que las enfermeras llevan a cabo para superar o compensar las limitaciones asociadas a los problemas de salud que atienden.

2.3.4.4.1 Actuar por otra persona

Este método trata de hacer algo para otra persona o por ella.

2.3.4.4.2 Guiar a otro

Se utiliza cuando la persona ayudada debe hacer elecciones sobre un curso de una acción o seguir el curso de la acción con dirección o supervisión.

2.3.4.4.3 Apoyar a otro

Es una forma válida de ayudar cuando el paciente se enfrenta a algo desagradable o doloroso, el paciente debe ser capaz de realizar correctamente la acción una vez que ha recibido el soporte físico o psicológico necesario.

2.3.4.4. 4 Enseñar a otro

Se utiliza para aquellas personas que necesitan desarrollar sus conocimientos y habilidades particulares.

Un punto importante a considerar en la teoría de Orem es la promoción y el mantenimiento de la salud a través de acciones educativas, además de la capacidad que debe tener el profesional de enfermería de definir en qué momento el paciente puede realizar su propio autocuidado y cuando debe intervenir para que el mismo lo logre, además de ofrecer un cuerpo teórico para que estos profesionales expliquen los diferentes fenómenos que pueden presentarse en el campo de la salud, también sirve como referente teórico, metodológico y práctico para los profesionales que se dedican a la investigación.⁶

2.4 Proceso de atención de enfermería

El propósito del proceso de enfermería es identificar el estado de salud de una persona y las necesidades o los problemas de salud reales o potenciales, así como proporcionar intervenciones de enfermería específicas para hacer frente a dichas necesidades o problemas.

Es una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros que promueve el cuidado de manera humanística eficaz y centrada en objetivos. Es dinámico porque permite la interacción entre cada etapa, permitiendo retroceder y avanzar continuamente para la mejora continua. Es sistemático ya que como un método de solución de problemas consta de cinco pasos en los que se lleva a cabo una serie de acciones deliberadas para extremar la eficiencia y obtener resultados beneficiosos a largo plazo. Los pasos del proceso están diseñados

para centrar la atención en si la persona que demanda los cuidados obtiene los resultados de la manera más eficiente.

El proceso de enfermería tiene características exclusivas que le permiten dar respuesta al estado cambiante de salud del paciente. Estas características son su naturaleza cíclica y dinámica, su ámbito de actuación centrado en la persona, su enfoque dirigido a la resolución de problemas y a la toma de decisiones, su aplicabilidad universal y el uso del pensamiento crítico. En cada fase del proceso de enfermería interviene la toma de decisiones lo que facilita la individualización del plan de cuidados de enfermería, pero también propicia el pensamiento crítico, que es esencial para una práctica de enfermería segura, competente y experta.

2.4.1 Valoración

La valoración es la obtención, organización, validación y registro sistemáticos y continuos de la información. Es un proceso continuo que se lleva a cabo durante todas las fases del proceso de enfermería. Todas las fases del proceso de enfermería dependen de la obtención exacta y completa de los datos necesarios.

Las valoraciones de enfermería se centran en las respuestas del paciente a un problema de salud. Se debe incluir las necesidades, los problemas de salud, las experiencias relacionadas, las prácticas de salud, los valores y los estilos de vida percibidos de la persona; para que su utilidad sea máxima, los datos obtenidos deben ser relevantes en relación con un problema de salud específico.

El proceso de valoración conlleva cuatro actividades estrechamente relacionadas: obtención de datos, validación de los datos, organización de los datos, identificación de patrones y registro de datos. La obtención de datos es un proceso de recopilación de información sobre el estado de salud de una persona. Debe ser a la vez sistemático y continuo, con el fin de evitar omitir datos importantes y de reflejar el estado de salud cambiante de la persona. Para obtener datos precisos tanto el paciente como el profesional de enfermería deben participar activamente.

2.4.1.1 Tipos de datos

Los datos pueden ser subjetivos u objetivos. Los datos subjetivos solo son evidentes para la persona afectada y solo dicha persona puede describirlos o verificarlos. Entre los datos subjetivos se incluyen las sensaciones, los sentimientos, los valores, las creencias, las actitudes y la percepción del estado de salud personal y de la situación vital por parte de la persona.

Los datos objetivos son detectables por un observador o pueden medirse o compararse según un parámetro de referencia aceptado. Pueden verse, oírse, sentirse u olerse y se obtienen mediante la observación y la exploración física. Durante la exploración física se obtienen datos objetivos para validar los datos subjetivos y para completar la fase de valoración del proceso de enfermería.

Una base de datos completa, de datos objetivos y subjetivos, ofrece una información inicial para comparar las respuestas de la persona a las intervenciones de enfermería.

2.4.1.2 Fuentes de datos

Las fuentes de datos pueden ser primarias o secundarias. La persona es la fuente primaria de datos. Los familiares, o allegados a la persona, otros profesionales sanitarios, los registros e informes de la persona, los análisis diagnósticos y de laboratorio y toda la bibliografía relacionada son fuentes secundarias o indirectas de información.

2.4.1.3 Métodos de obtención de datos

Los principales métodos para la obtención de datos son la observación, la entrevista y la exploración.

2.4.1.3.1 Observación

La observación es el proceso de obtención de datos utilizando los sentidos. Es una habilidad consiente y deliberada que se desarrolla mediante el esfuerzo y con un enfoque organizado.

La observación consta de dos aspectos: advertir los datos y seleccionar, organizar e interpretar los datos.

2.4.1.3.2 Entrevista

La entrevista es una comunicación planificada o una conversación que tiene una finalidad. Existen dos enfoques para la realización de la entrevista: la entrevista dirigida y la entrevista no dirigida. La entrevista dirigida está muy estructurada y obtiene información específica. Una entrevista no dirigida se permite que la persona controle el propósito, el tema y el ritmo.

2.4.1.3.3 Exploración física

Es un método sistemático de recogida de datos que utiliza la observación para detectar problemas de salud. Para llevar a cabo la exploración se utilizan técnicas de inspección, auscultación, palpación y percusión. Se puede realizar bajo un enfoque cefalocaudal o uno centrado en los sistemas orgánicos. Los datos obtenidos en esta exploración se comparan con normas o estándares.

2.4.1.4 Validación de los datos

La validación consiste en una doble comprobación o verificación de los datos para confirmar que son exactos y objetivos. Como regla general se comprueba la validez de los datos cuando existen discrepancias entre los datos obtenidos en la entrevista de enfermería y la exploración física, o cuando en las afirmaciones de la persona difieren en distintos momentos de la valoración.

2.4.1.5 Registro de los datos

Es esencial realizar un registro exacto e incluir todos los datos obtenidos sobre el estado de salud de la persona. Los datos se registran de forma objetiva, sin interpretaciones. Para aumentar la exactitud, deben registrarse datos subjetivos con las propias palabras de la persona.

2.4.2. Diagnóstico

En esta fase se deben utilizar las habilidades del pensamiento crítico para interpretar los datos obtenidos durante la valoración, e identificar los aspectos positivos y problemas de la persona. El diagnóstico de enfermería es descrito por la NANDA como un juicio clínico sobre las respuestas de un individuo, una familia o una comunidad a procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales. Los diagnósticos de enfermería proporcionan la base para la selección de intervenciones de enfermería destinadas a lograr los resultados de los que es responsable el profesional de enfermería. Los diagnósticos de enfermería describen un ámbito continuo de estados de salud: desviaciones respecto de la salud, presencia de factores de riesgo y áreas de enriquecimiento personal.

2.4.2.1 Tipos de diagnósticos de enfermería

2.4.2.1.1 Diagnóstico de enfermería real

Es un problema de la persona que está presente en el momento de la valoración de enfermería; se basa en la presencia de signos y síntomas asociados.

2.4.2.1.2 Diagnóstico de enfermería de riesgo

Es un juicio clínico de que no existe un problema, pero la presencia de factores de riesgo indica que es probable que se presente un problema, a menos, que el profesional de enfermería intervenga.

2.4.2.1.3 Diagnóstico de Bienestar

Describe las respuestas humanas a los niveles de bienestar de un individuo, una familia o una comunidad que tienen una disposición para mejorar.

2.4.2.2 Componentes de un diagnóstico de enfermería

Un diagnóstico de enfermería consta de tres componentes: etiqueta diagnóstica, la etiología y las características definitorias.

2.4.2.2.1 Etiqueta diagnóstica

Describe el problema de salud o la respuesta de la persona para los que se está proporcionando la intervención de enfermería. La finalidad de la etiqueta diagnóstica es guiar la elaboración de los objetivos de la persona y los resultados esperados.

2.4.2.2.2 Etiología

El componente etiológico de un diagnóstico de enfermería identifica una o más causas probables del problema de salud, orienta el tratamiento de enfermería necesario y permite al profesional de enfermería individualizar el cuidado de la persona.

2.4.2.2.3 Características definitorias

Son el conjunto de signos y síntomas que indican la presencia de una etiqueta diagnóstica específica. Para los diagnósticos de enfermería reales las características definitorias son los signos y síntomas de la persona. Para los diagnósticos de enfermería de riesgo, no hay signos subjetivos ni objetivos.

2.4.3. Planeación

Es una fase sistemática y deliberativa del proceso de enfermería que conlleva la toma de decisiones y resolución de problemas. En la planificación el profesional de enfermería consulta los datos de la valoración del paciente y los enunciados diagnósticos para orientarse durante la formulación de los objetivos de la persona y la selección de las intervenciones de enfermería necesarias para prevenir, reducir o eliminar los problemas de salud de la persona.

2.4.3.1 Proceso de planeación

En el proceso de desarrollo de los planes de cuidados del paciente, el profesional de enfermería debe llevar a cabo el establecimiento de prioridades, establecimiento de los objetivos de la persona, la selección de las intervenciones de enfermería y la redacción de las prescripciones de enfermería.

2.4.3.1.1 Establecimiento de prioridades

Es el proceso dirigido a establecer una secuencia preferente para abordar los diagnósticos y las intervenciones de enfermería. Para el establecimiento de prioridades, los profesionales de enfermería suelen utilizar la jerarquía de necesidades de Maslow. Las prioridades van cambiando a medida que las respuestas a los problemas y los tratamientos de la persona se modifican.

2.4.3.1.2 Establecimiento de los objetivos

Una vez establecidas las prioridades, el profesional de enfermería y la persona establecen los objetivos para cada diagnóstico de enfermería. Los objetivos describen, en términos de respuestas observables del paciente, que espera lograr el profesional de enfermería ejecutando las intervenciones de enfermería.

2.4.3.1.3 Selección de las intervenciones de enfermería

Las intervenciones de enfermería son las acciones que el profesional de enfermería realiza para alcanzar los objetivos del paciente. Las intervenciones

específicas seleccionadas deben centrarse en la eliminación o la reducción de la etiología del diagnóstico de enfermería. Cuando no sea posible modificar los factores etiológicos deben elegirse intervenciones destinadas a tratar los signos y síntomas.

2.4.3.1.4 Redacción de las prescripciones de enfermería

Tras elegir las órdenes de enfermería adecuadas, el profesional de enfermería las redacta en el plan de cuidados como órdenes de enfermería. Las prescripciones de enfermería son instrucciones para las actividades concretas que el profesional de enfermería realiza con el fin de ayudar al paciente a conseguir los objetivos de salud establecidos.

2.4.4. Ejecución

En el proceso de enfermería, la ejecución es la fase en la cual el profesional de enfermería ejecuta las intervenciones de enfermería. Aunque el profesional de enfermería puede actuar en interés del paciente, los estándares profesionales apoyan la participación del paciente y de la familia, al igual que en todas las fases del proceso de enfermería. El grado de participación depende del estado del paciente. Al ejecutar las prescripciones de enfermería, el profesional de enfermería vuelve a valorar al paciente con cada nuevo contacto, reuniendo los datos sobre las respuestas de éste a las intervenciones de enfermería y sobre cualquier nuevo problema que pueda plantearse.

2.4.4.1 Proceso de ejecución

El proceso de ejecución consta normalmente de una nueva valoración del paciente, determinar la necesidad de intervención del profesional de enfermería, ejecutar las intervenciones de enfermería, supervisar los cuidados delegados, registrar las intervenciones de enfermería.

2.4.4.1.1 Nueva valoración del paciente

Justo antes de una intervención, el profesional de enfermería debe volver a evaluar al paciente para asegurarse de que aún es necesaria la prescripción en práctica de dicha intervención. Aunque exista una prescripción escrita en el plan de cuidados, la situación o el estado del paciente puede haber cambiado. Los nuevos datos pueden indicar la necesidad de cambiar las prioridades de cuidados o las intervenciones de enfermería.

2.4.4.1.2 Determinar la necesidad de intervención del profesional de enfermería

Al ejecutar algunas intervenciones de enfermería, el profesional de enfermería puede requerir ayuda.

2.4.4.1.3 Ejecución de las intervenciones de enfermería

Es importante explicar al paciente que las intervenciones van a llevarse a cabo, qué sensaciones esperar, qué se espera que haga y cuál es el resultado esperado. Para muchas actividades de enfermería también es importante garantizar la intimidad del paciente. La cantidad y los tipos de intervenciones de enfermería directas son prácticamente ilimitados. Los profesionales de enfermería también coordinan los cuidados del paciente, esta actividad implica programar contactos del paciente con otros departamentos y actuar de enlace entre los miembros del equipo de asistencia sanitaria.

Al ejecutar las intervenciones, los profesionales de enfermería deben seguir las siguientes directrices:

- Basar las intervenciones de enfermería en conocimientos científicos, investigaciones de enfermería y estándares profesionales de cuidados. El profesional de enfermería debe ser consciente del fundamento lógico racional que subyace en cada intervención, así como de sus posibles efectos secundarios y complicaciones.
- Comprender claramente las prescripciones que deben ejecutarse y cuestionar aquellas que no se comprendan. El profesional de enfermería es responsable de la ejecución inteligente de los planes de cuidados médicos y de enfermería.
- Adaptar las actividades a cada paciente específico, las creencias del paciente, sus valores, edad, estado de salud y entorno son factores que pueden afectar el éxito de una actuación de enfermería.
- Proporcionar asesoramiento, apoyo y consuelo. Estas actividades de enfermería independientes potencian la eficacia de los planes de cuidado de enfermería.
- Aplicar un enfoque holístico. El profesional de enfermería siempre debe ver al paciente como un todo y considerar sus respuestas en ese contexto.
- Respetar la dignidad del paciente y potenciar su autoestima.
- Animar a los pacientes a participar activamente en la ejecución de las intervenciones de enfermería. La participación activa potencia la sensación de independencia y control del paciente.

2.4.4.1.4 Supervisión de los cuidados delegados

Si se han delegado ciertos cuidados a otros miembros del equipo, el profesional de enfermería responsable de los cuidados globales del paciente debe asegurarse de que las actividades se hayan ejecutado de acuerdo al plan de cuidados.

2.4.4.1.5 Registrar las intervenciones de enfermería

Tras llevar a cabo las intervenciones de enfermería, el profesional de enfermería completa la fase de ejecución registrando las intervenciones y las respuestas del paciente en las notas de evolución de enfermería.

2.4.5. Evaluación

La evaluación es una actividad planificada, continuada y dotada de objetivos, en la cual los pacientes y los profesionales de enfermería determinan la evolución del paciente en relación con la consecución de los objetivos y resultados y la eficiencia del plan de cuidados de enfermería. La evaluación es un aspecto importante en el proceso de enfermería ya que las conclusiones extraídas de la misma determinan si es preciso suspender, continuar o modificar las intervenciones de enfermería.

La evaluación es un proceso continuo, permite al profesional de enfermería modificar sobre la marcha una intervención. La evaluación continúa hasta que el paciente logra los objetivos de salud o se le da de alta de los cuidados de enfermería. Mediante la evaluación los profesionales de enfermería demuestran que son responsables y que responden por sus acciones, indica interés en los resultados de sus intervenciones de enfermería y demuestran un deseo de no perpetuar acciones ineficaces y de adoptar acciones más efectivas.

2.4.5.1 Proceso de evaluación

Antes de la evaluación deben determinarse los resultados esperados que se utilizarán para medir la consecución de los objetivos del paciente. Los resultados esperados tienen dos propósitos: establecen el tipo de datos de evaluación que deben obtenerse y proporcionan un estándar respecto del cual juzgar los datos.

El proceso de evaluación consta de cinco componentes:

- Obtención de datos relacionados con los resultados esperados.
- Comparación de los datos con los resultados.
- Relación de las intervenciones de enfermería con los resultados.
- Extracción de conclusiones sobre el estado del problema.
- Continuación, modificación o suspensión del plan de cuidados de enfermería.

2.4.5.1.1 Obtención de datos

El profesional de enfermería obtiene datos utilizando como guía unos resultados esperados precisos, mensurables y enunciados con claridad, de forma que pueden extraerse conclusiones respecto a si han alcanzado los objetivos. Suele ser necesario obtener datos tanto objetivos como subjetivos.

2.4.5.1.2 Comparación de los datos con los resultados

Al determinar si se ha alcanzado el objetivo, el profesional de enfermería puede llegar a unos de estas tres conclusiones posibles:

- El objetivo se ha conseguido; es decir la respuesta del paciente es la misma que el resultado esperado.

- El objetivo se ha conseguido parcialmente; es decir se ha alcanzado un objetivo a corto plazo, pero no se ha alcanzado el objetivo a largo plazo, o el resultado esperado solo se ha logrado parcialmente.
- El objetivo no se ha logrado.

Una vez establecido si se ha conseguido un objetivo, el profesional de enfermería redacta un informe de evaluación, que consta de dos partes: una conclusión y los datos que la fundamentan. Los datos que la fundamentan son la lista de respuestas del paciente que apoyan la conclusión.

2.4.5.1.3 Relación de las intervenciones de enfermería y los resultados

Nunca debe suponerse que una intervención de enfermería fue la causa o el único factor responsable de haber conseguido el objetivo, de haberlo conseguido parcialmente o de no haberlo conseguido. Es importante establecer la relación, o la falta de ella, entre las intervenciones de enfermería y las respuestas del paciente.

2.4.5.1.4 Extracción de conclusiones sobre el estado del problema

El profesional de enfermería utiliza los juicios sobre la consecución de objetivos para determinar si el plan de cuidados ha sido eficaz para resolver, reducir o prevenir los problemas del paciente. Cuando se alcanzan los objetivos, se pueden extraer algunas de las siguientes conclusiones sobre el estado del problema del paciente:

- El problema real enunciado en el diagnóstico de enfermería se ha resuelto, o el problema de riesgo se está evitando y los factores de riesgo ya no existen.
- El problema de riesgo enunciado en el diagnóstico de enfermería se está evitando, pero los factores de riesgo siguen existiendo. En este caso el profesional de enfermería mantiene el diagnóstico en el plan de cuidados.
- El problema real sigue existiendo, a pesar de que se han conseguido algunos de los objetivos, por consiguiente, las intervenciones de enfermería deben continuar, aunque algún objetivo específico se haya conseguido.

Cuando se consiguen parcialmente los objetivos o cuando éstos no se consiguen, pueden extraerse dos conclusiones:

- El plan de cuidados puede requerir una revisión, puesto que el problema sólo se ha resuelto parcialmente.
- El plan de cuidados no requiere una revisión, ya que el paciente simplemente necesita más tiempo para alcanzar los objetivos previamente establecidos. Con el fin de tomar esta decisión, el profesional de enfermería debe valorar por qué los objetivos solo se están consiguiendo parcialmente y debe determinar si la evaluación se realizó demasiado pronto.

2.4.5.1.5 Continuación, modificación o suspensión del plan de cuidados de enfermería

Tras extraer conclusiones sobre el estado de los problemas del paciente, el profesional de enfermería modifica el plan de cuidados según sea necesario. Tanto si se cumplen los objetivos como si no, es preciso tomar una serie de decisiones en relación con la continuación, la modificación o la suspensión de los cuidados de enfermería para cada problema.

Antes de realizar las modificaciones individuales, el profesional de enfermería debe determinar primero por qué el plan en conjunto no fue totalmente eficaz. Esto requiere una revisión de la totalidad del plan y una crítica de los pasos del proceso de enfermería implicados en su desarrollo.

4.4.5.2 Evaluación de la calidad de los cuidados de enfermería

Además de evaluar la consecución de objetivos para pacientes individuales, los profesionales de enfermería también participan en la evaluación de la calidad global de los cuidados suministrados a grupos de pacientes. Este proceso forma una parte esencial de la responsabilidad profesional frente a terceros.⁷

2.5 Riesgos y daños a la salud

Disociación perinatal

La disociación es una interrupción y/o discontinuidad en la integración normal de la conciencia, la memoria, la identidad, la emoción, la percepción, la representación corporal, el control motor y el comportamiento. La disociación permite el escape psicológico del entorno externo y de la angustia interna a través de una respuesta de congelación cuando no es posible luchar o huir.⁸

La disociación puede ocurrir en adultos sanos como un estado disociativo peritraumático. *La disociación del estado puede ocurrirle a cualquier persona durante un evento abrumadoramente estresante cuando falla la integración habitual de la percepción, la emoción y el juicio sobre una situación.* Las situaciones bien estudiadas de disociación peritraumática entre adultos implican respuestas de espaciamiento; un sentido de actuar sobre piloto automático; experimentando en cámara lenta, sentimientos de ensueño; experiencias fuera del cuerpo; una sensación de distorsión del cuerpo; interiorizando las experiencias de los demás; desorientación confusión y amnesia por aspectos del evento. La co-ocurrencia de estos elementos de disociación con el trastorno de estrés postraumático se ha ido reconociendo cada vez más con la publicación de la quinta edición del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM-5). Ahora hay un subtipo de diagnóstico para el trastorno de estrés postraumático con disociación.⁹

El embarazo, demostrado tanto teórica como empíricamente, representa una etapa del ciclo de vida que requiere una profunda reorganización de la personalidad de la mujer a través de procesos complejos que operan tanto a nivel del cuerpo como de la psique. El proceso de reorganización emocional y cognitiva plantea a la mujer en una situación que, por los cambios implícitos, es por definición un evento estresante, sin embargo, para comprender los efectos de tales cambios, no solo es importante reconocer el evento y la condición estresantes, sino también cómo la persona percibe y reacciona emocionalmente ante dichos factores estresantes.¹⁰

Por otra parte, el parto es un evento común en la sociedad, al ser un proceso fisiológico se descarta las posibilidades de experimentar situaciones disociativas e inclusive traumáticas. Sin embargo, los estudios de caso de las últimas dos décadas dejan en claro que las mujeres pueden sufrir una angustia psicológica extrema como consecuencia de sus experiencias durante el parto. Inclusive existe evidencia de que la falta de apoyo durante el parto puede exponer a las mujeres en un riesgo particular de presentar trastorno de estrés postraumático. Dicha evidencia menciona que, durante el nacimiento, las percepciones de las mujeres sobre el nacimiento, y particularmente sobre la atención que reciben, son más importantes para determinar su reacción al trauma que el tipo de nacimiento o el número de intervenciones.

Los hallazgos con respecto a la disociación en el trabajo de parto y en los resultados posparto han sido inconsistentes. Algunos estudios no encontraron asociaciones entre la disociación en el trabajo de parto y el trastorno por estrés postraumático posparto, pero encontraron factores relacionados (emociones negativas, angustia, miedo, percepción de una amenaza para la vida de la mujer) como predictivos. Otros encontraron que la disociación en el trabajo de parto era predictiva del trastorno por estrés postraumático posparto. Un estudio encontró que la disociación en el trabajo de parto se produjo con una prevalencia del 11,3%. Dada la posibilidad de la disociación peritraumática como factor de riesgo para el trastorno por estrés postraumático posparto, es importante resolver estos hallazgos inconsistentes sobre la disociación en el trabajo de parto.¹¹

El malestar del trabajo de parto junto con otros factores como la deshidratación materna, la condición basal de la paciente y la inadecuada preparación psicológica pueden resultar en estrés materno excesivo, mayor carga de trabajo mecánico, aumento de la demanda de oxígeno e hiperventilación, que llevan a aumento de la secreción de catecolaminas, vasoconstricción uterina, aumento de la contractilidad uterina, hipoperfusión de la unidad fetoplacentaria, hipoxia fetal y acidosis. Estas respuestas se pueden atenuar fácilmente al modular el dolor y los demás factores citados que intervienen en la respuesta materna al estrés.

Algunos autores han descrito experiencias disociativas durante el parto traumático. Cheryl Beck define un parto traumático como "un evento que ocurre durante el

trabajo de parto y el parto y que involucra lesiones graves o incluso la muerte de la madre o de su bebé. La mujer experimenta miedo intenso, impotencia, pérdida de control y horror”. Los primeros en describir los síntomas disociativos durante el parto fueron Moleman et al. (1992). Han descrito tres casos que ilustran cómo la disociación y otros aparentemente los síntomas relacionados con el trauma pueden ocurrir en respuesta a entregas complicadas. Estas 3 mujeres tenían historias de infertilidad, embarazos complicados y miedo intenso a perder a sus bebés. Su respuesta al pánico que experimentan durante el trabajo de parto fue la disociación perinatal. Dos de ellos describieron cómo fueron amnésicos durante la mayor parte de su parto, y uno sintió como si hubiera dejado su cuerpo y revoloteara sobre su abdomen.¹²

Un buen apoyo durante el trabajo de parto es esencial, y el personal médico que proporciona alivio adecuado del dolor e información durante el parto puede reducir la disociación perinatal. Esto es especialmente importante durante un proceso de parto intrusivo, como el uso de fórceps y durante una entrega prematura. Sobre todo, se debe mejorar el apoyo para las mujeres que temen intensamente su propia muerte o la del bebé y para las mujeres que tienen un historial de traumas previos. La atención a las respuestas disociativas durante el parto podría ser importante en la prevención del trastorno por estrés postraumático posparto.¹³

2.6 Consideraciones éticas

2.6.1 Código de ética

Las enfermeras tienen cuatro deberes fundamentales: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento. La necesidad de la enfermería es universal. Son inherentes a la enfermería el respeto de los derechos humanos, incluidos los derechos culturales, el derecho a la vida y a la libre elección, a la dignidad y a ser tratado con respeto. En los cuidados de enfermería hay respeto y no hay restricciones en cuanto a consideraciones de edad, color, credo, cultura, discapacidad o enfermedad, género, orientación sexual, nacionalidad, opiniones políticas, raza o condición social. Las enfermeras prestan servicios de salud a la persona, la familia y la comunidad y coordinan sus servicios con los de otros grupos relacionados. El Código deontológico del Consejo Internacional de Enfermeras para la profesión de enfermería tiene cuatro elementos principales que ponen de relieve las normas de conducta ética:

La enfermera y las personas

La responsabilidad profesional primordial de la enfermera será para con las personas que necesiten cuidados de enfermería. **Al dispensar los cuidados, la enfermera promoverá un entorno en el que se respeten los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales de la persona, la familia y la comunidad.** La enfermera se cerciorará de que la persona reciba información suficiente para fundamentar el consentimiento que den a los cuidados y a los

tratamientos relacionados. La enfermera mantendrá confidencial toda información personal y utilizará la discreción al compartirla. La enfermera compartirá con la sociedad la responsabilidad de iniciar y mantener toda acción encaminada a satisfacer las necesidades de salud y sociales del público, en particular las de las poblaciones vulnerables. La enfermera compartirá también la responsabilidad de mantener el medio ambiente natural y protegerlo contra el empobrecimiento, la contaminación, la degradación y la destrucción.

La enfermera y la práctica

La enfermera será personalmente responsable y deberá rendir cuentas de la práctica de enfermería y del mantenimiento de su competencia mediante la formación continua. La enfermera mantendrá un nivel de salud personal que no comprometa su capacidad para dispensar cuidados. La enfermera juzgará la competencia de las personas al aceptar y delegar responsabilidad. La enfermera observará en todo momento normas de conducta personal que acrediten a la profesión y fomenten la confianza del público. Al dispensar los cuidados, la enfermera se cerciorará de que el empleo de la tecnología y los avances científicos son compatibles con la seguridad, la dignidad y los derechos de las personas.

La enfermera y la profesión

A la enfermera incumbirá la función principal al establecer y aplicar normas aceptables de práctica clínica, gestión, investigación y formación de enfermería. La enfermera contribuirá activamente al desarrollo de un núcleo de conocimientos profesionales basados en la investigación. La enfermera, a través de la organización profesional, participará en la creación y mantenimiento de condiciones de trabajo social y económicamente equitativas y seguras en la enfermería.

La enfermera y sus compañeros de trabajo

La enfermera mantendrá una relación de cooperación con las personas con las que trabaje en la enfermería y en otros sectores. La enfermera adoptará las medidas adecuadas para preservar a las personas, familias y comunidades cuando un compañero u otra persona pongan en peligro su salud.¹⁴

2.6.2 Marco Legal

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

Artículo 1o. En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece.

Artículo 4o.- La mujer y el hombre son iguales ante la ley. Ésta protegerá la organización y el desarrollo de la familia.

Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.¹⁵

LEY GENERAL DE SALUD

TITULO PRIMERO

Disposiciones Generales

CAPITULO UNICO

ARTÍCULO 1o. La presente Ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.

Artículo 1o. Bis.- Se entiende por salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

ARTÍCULO 2o. El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

- I. El bienestar físico y mental de la persona, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
- II. La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana;
- III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;
- IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;
- V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;
- VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y
- VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

ARTÍCULO 3o. En los términos de esta Ley, es materia de salubridad general:

- I. La organización, control y vigilancia de la prestación de servicios y de establecimientos de salud a los que se refiere el artículo 34, fracciones I, III y IV, de esta Ley;

II. La atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables;
13

II bis. La Protección Social en Salud;

III. La coordinación, evaluación y seguimiento de los servicios de salud a los que se refiere el artículo 34, fracción II;

IV. **La atención materno - infantil;**

IV Bis. El programa de nutrición materno-infantil en los pueblos y comunidades indígenas;

IV Bis. El programa de nutrición materno-infantil en los pueblos y comunidades indígenas;

IV Bis 1. La salud visual;

IV Bis 2. La salud auditiva;

IV Bis 3. Salud bucodental; Fracción adicionada DOF 28-11-2016

V. **La planificación familiar;**

VI. La salud mental;

VII. **La organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud;**

VIII. La promoción de la formación de recursos humanos para la salud;

IX. La coordinación de la investigación para la salud y el control de ésta en los seres humanos;

IX Bis. El genoma humano;

X. La información relativa a las condiciones, recursos y servicios de salud en el país;

TITULO TERCERO

Prestación de los Servicios de Salud

CAPITULO I

Disposiciones Comunes

ARTÍCULO 27. Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a:

- I. La educación para la salud, la promoción del saneamiento básico y el mejoramiento de las condiciones sanitarias del ambiente;
- II. La prevención y el control de las enfermedades transmisibles de atención prioritaria, de las no transmisibles más frecuentes y de los accidentes;

- III. La atención médica, que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias;

Para efectos del párrafo anterior, la atención médica integrada de carácter preventivo consiste en realizar todas las acciones de prevención y promoción para la protección de la salud, de acuerdo con la edad, sexo y los determinantes físicos y psíquicos de las personas, realizadas preferentemente en una sola consulta;

- IV. **La atención materno-infantil;**
- V. **La planificación familiar;**
- VI. La salud mental;
- VII. La prevención y el control de las enfermedades bucodentales;
- VIII. La disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud;
- IX. La promoción de un estilo de vida saludable;
- X. La asistencia social a los grupos más vulnerables y, de éstos, de manera especial, a los pertenecientes a las comunidades indígenas, y
- XI. La atención médica a los adultos mayores en áreas de salud geriátrica.

Artículo 28.- Para los efectos del artículo anterior, habrá un Cuadro Básico de Insumos para el primer nivel de atención médica y un Catálogo de Insumos para el segundo y tercer nivel, elaborados por el Consejo de Salubridad General a los cuales se ajustarán las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, y en los que se agruparán, caracterizarán y codificarán los insumos para la salud. Para esos efectos, participarán en su elaboración: La Secretaría de Salud, las instituciones públicas de seguridad social y las demás que señale el Ejecutivo Federal.

Artículo 28 Bis.- Los profesionales que podrán prescribir medicamentos son:

1. Médicos;
2. Homeópatas;
3. Cirujanos Dentistas;
4. Médicos Veterinarios en el área de su competencia, y
5. **Licenciados en Enfermería**, quienes únicamente podrán prescribir cuando no se cuente con los servicios de un médico, aquellos medicamentos del cuadro básico que determine la Secretaría de Salud.

Los profesionales a que se refiere el presente artículo deberán contar con cédula profesional expedida por las autoridades educativas competentes. Los pasantes en servicio social, de cualquiera de las carreras antes mencionadas y los enfermeros podrán prescribir ajustándose a las especificaciones que determine la Secretaría.

CAPITULO V

Atención Materno-Infantil

Artículo 61.- El objeto del presente Capítulo es la protección materno-infantil y la promoción de la salud materna, que abarca el período que va del embarazo, parto, posparto y puerperio, en razón de la condición de vulnerabilidad en que se encuentra la mujer y el producto.

La atención materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende, entre otras, las siguientes acciones:

- I. La atención integral de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, incluyendo la atención psicológica que requiera;
- I Bis. La atención de la transmisión del VIH/Sida y otras Infecciones de Transmisión Sexual, en mujeres embarazadas a fin de evitar la transmisión perinatal;
- II. La atención del niño y la vigilancia de su crecimiento, desarrollo integral, incluyendo la promoción de la vacunación oportuna, atención prenatal, así como la prevención y detección de las condiciones y enfermedades hereditarias y congénitas, y en su caso atención, que incluya la aplicación de la prueba del tamiz ampliado, y su salud visual;
- III. La revisión de retina y tamiz auditivo al prematuro;
- IV. La aplicación del tamiz oftalmológico neonatal, a la cuarta semana del nacimiento, para la detección temprana de malformaciones que puedan causar ceguera, y su tratamiento, en todos sus grados;
- V. El diagnóstico oportuno y atención temprana de la displasia en el desarrollo de la cadera, a través del examen clínico en la primera semana del nacimiento, en el primer mes de edad y a los dos, cuatro, seis, nueve y doce meses de edad; así como la toma de ultrasonido de cadera o radiografía anteposterior de pelvis, entre el primer y cuarto mes de vida, y
- VI. La atención del niño y su vigilancia durante el crecimiento y desarrollo, y promoción de la integración y del bienestar familiar.

Artículo 61 Bis.- Toda mujer embarazada, tiene derecho a obtener servicios de salud en los términos a que se refiere el Capítulo IV del Título Tercero de esta Ley y con estricto respeto de sus derechos humanos.

ARTÍCULO 62. En los servicios de salud se promoverá la organización institucional de comités de prevención de la mortalidad materna e infantil, a efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes.

ARTÍCULO 63. La protección de la salud física y mental de los menores es una responsabilidad que comparten los padres, tutores o quienes ejerzan la patria potestad sobre ellos, el Estado y la sociedad en general.

ARTÍCULO 64. En la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil, las autoridades sanitarias competentes establecerán:

- I. Procedimientos que permitan la participación activa de la familia en la prevención y atención oportuna de los padecimientos de los usuarios;
- II. Acciones de orientación y vigilancia institucional, capacitación y fomento para la lactancia materna y amamantamiento, incentivando a que la leche materna sea alimento exclusivo durante seis meses y complementario hasta avanzado el segundo año de vida y, en su caso, la ayuda alimentaria directa tendiente a mejorar el estado nutricional del grupo materno infantil, además de impulsar, la instalación de lactarios en los centros de trabajo de los sectores público y privado;

II Bis. Al menos un banco de leche humana por cada entidad federativa en alguno de sus establecimientos de salud que cuente con servicios neonatales;

- III. Acciones para controlar las enfermedades prevenibles por vacunación, los procesos diarreicos y las infecciones respiratorias agudas de los menores de 5 años, y
- IV. Acciones de capacitación para fortalecer la competencia técnica de las parteras tradicionales, para la atención del embarazo, parto y puerperio.

Artículo 64 Bis.- La Secretaría de Salud impulsará la participación de los sectores social y privado, así como de la sociedad en general, para el fortalecimiento de los servicios de salud en materia de atención materno-infantil. Para tal efecto, promoverá la creación de **Redes de Apoyo a la Salud Materno Infantil**, tanto en el ámbito federal, como en las entidades federativas, con la finalidad de facilitar el acceso a las mujeres embarazadas a información relativa a la prestación de servicios de atención médica en esta materia, y en su caso, brindarles apoyo para el acceso a ellos.

Artículo 64 Bis 1. Los servicios de salud a que hace referencia el artículo 34 de la presente Ley, prestarán atención expedita a las mujeres embarazadas que presenten una urgencia obstétrica, solicitada de manera directa o a través de la referencia de otra unidad médica, en las unidades con capacidad para la atención de urgencias obstétricas, independientemente de su derechohabiencia o afiliación a cualquier esquema de aseguramiento.

TITULO CUARTO

Recursos Humanos para los Servicios de Salud

CAPITULO I Profesionales, Técnicos y Auxiliares

ARTÍCULO 78. El ejercicio de las profesiones, de las actividades técnicas y auxiliares y de las especialidades para la salud, estará sujeto a:

- I. La Ley reglamentaria del artículo 5o. Constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal;
- II. Las bases de coordinación que, conforme a la Ley, se definan entre las autoridades educativas y las autoridades sanitarias;
- III. Las disposiciones de esta Ley y demás normas jurídicas aplicables, y
- IV. Las Leyes que expidan los estados, con fundamento en los artículos 5o. y 121, fracción V, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

ARTÍCULO 79. Para el ejercicio de actividades profesionales en el campo de la medicina, odontología, veterinaria, biología, bacteriología, enfermería, terapia física, trabajo social, química, psicología, optometría, ingeniería sanitaria, nutrición, dietología, patología y sus ramas, y las demás que establezcan otras disposiciones legales aplicables, se requiere que los títulos profesionales o certificados de especialización hayan sido legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes.

Para el ejercicio de actividades técnicas y auxiliares que requieran conocimientos específicos en el campo de la atención médica prehospitalaria, medicina, odontología, veterinaria, enfermería, laboratorio clínico, radiología, optometría, terapia física, terapia ocupacional, terapia del lenguaje, prótesis y órtesis, trabajo social, nutrición, citotecnología, patología, bioestadística, codificación clínica, bioterios, farmacia, saneamiento, histopatología y embalsamamiento y sus ramas, se requiere que los diplomas correspondientes hayan sido legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes.

ARTÍCULO 83. - Quienes ejerzan las actividades profesionales, técnicas y auxiliares y las especialidades médicas, deberán poner a la vista del público un anuncio que indique la institución que les expidió el Título, Diploma, número de su correspondiente cédula profesional y, en su caso, el Certificado de Especialidad vigente. Iguales menciones deberán consignarse en los documentos y papelería que utilicen en el ejercicio de tales actividades y en la publicidad que realicen al respecto.

CAPITULO III

Formación, Capacitación y Actualización del Personal

ARTÍCULO 90. Corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, sin perjuicio de las atribuciones de las autoridades educativas en la materia y en coordinación con éstas:

- I. Promover actividades tendientes a la formación, capacitación y actualización de los recursos humanos que se requieran para la satisfacción de las necesidades del país en materia de salud;
- II. Apoyar la creación de centros de capacitación y actualización de los recursos humanos para la salud;
- III. Otorgar facilidades para la enseñanza y adiestramiento en servicio dentro de los establecimientos de salud, a las instituciones que tengan por objeto la formación, capacitación o actualización de profesionales, técnicos y auxiliares de la salud, de conformidad con las normas que rijan el funcionamiento de los primeros, y
- IV. Promover la participación voluntaria de profesionales, técnicos y auxiliares de la salud en actividades docentes o técnicas.¹⁶

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

La salud materno-infantil constituye un objetivo básico de los pueblos porque en ella descansa la reproducción biológica y social del ser humano; es condición esencial del bienestar de las familias, y constituye un elemento clave para reducir las desigualdades y la pobreza. Por ello se busca contribuir al cumplimiento de dos de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio que el Gobierno de México hizo suyos, junto con 189 países más, al adoptar la Declaración del Milenio en el año 2000, hasta el 2015 la atención materna y perinatal basada en el objetivo 4, que corresponde a disminuir la mortalidad de los niños menores de cinco años, en dos terceras partes entre 1990 y 2015, y el 5 que es "Mejorar la Salud Materna", con el 5.A, que se refiere a reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015, y lograr la cobertura universal de asistencia al parto, actualmente orientamos las acciones a la nueva Estrategia Mundial para la salud de la Mujer, la Niñez y la adolescencia 2016-2030, que tiene como objetivo lograr el más alto nivel de salud para todas la mujeres, los niños y adolescentes transformar el futuro y garantizar que cada recién nacido, la madre y el niño no sólo sobreviva, sino que prospere. La estrategia se basa en el éxito de la estrategia 2010, lo que ayudó a acelerar el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud.

Es vital incrementar esfuerzos y dar un renovado impulso al fortalecimiento de los servicios de salud, mejorando su regulación, organización, cobertura y calidad, a fin de avanzar más rápidamente en el logro de las metas establecidas, satisfacer de manera más equitativa las necesidades de salud materno-infantil de la población de México y reducir los contrastes sociales que persisten en esta materia. En este contexto, se incorporan a esta Norma aspectos relevantes enfocados a la salud materna y a la prevención de la morbimortalidad materna y perinatal, mediante intervenciones previas a que una mujer decida embarazarse,

así como durante su embarazo, parto y puerperio y establecer el manejo del autocuidado como una acción de corresponsabilidad para enlazar con el personal de salud, por lo que adquiere importancia el mejorar la calidad de la atención prenatal desde el periodo preconcepcional, es decir, que se realice una valoración correcta del riesgo reproductivo en mujeres con enfermedades concomitantes y en adolescentes; promover la planificación familiar, la detección temprana de diabetes gestacional mediante la realización de tamiz de glucosa, con base en la evidencia científica, sabiendo que su diagnóstico y tratamiento oportunos impactarán en la salud materno-fetal y mejorará además el pronóstico de la mujer una vez finalizado su embarazo.

Se afirma que el derecho universal a la salud sexual y reproductiva, la opción libre e informada, el respeto a la integridad física y el derecho a no sufrir discriminación ni coerción en todos los asuntos relacionados con la vida sexual y reproductiva de las personas, y a su vez recibir un trato digno y respetuoso bajo los derechos humanos y la perspectiva de género, llevando un embarazo más seguro y protegido.

Esta norma respeta los derechos reproductivos que se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las personas a decidir, libre y responsablemente, la cantidad de hijos que desean tener, el momento oportuno para tenerlos y el tiempo entre embarazos, así como la de tener la información y los medios para concretar sus deseos, y el derecho de obtener el mayor estándar de salud sexual y reproductiva.

Las intervenciones que se desarrollan para alcanzar la maternidad segura son: planificación familiar, atención preconcepcional, prenatal, parto limpio y seguro, puerperio y los cuidados obstétricos esenciales.

Por lo anterior, es necesario puntualizar las acciones a cumplir en cada consulta, con sentido ético, respetuoso y humanitario, y que éstas deban realizarse cuidadosamente, con un análisis e interpretación correcta de los resultados que se obtengan de pruebas rápidas, de laboratorio y, en su caso, de gabinete. Al mejorar la consulta pregestacional y prenatal, se contribuirá a la identificación oportuna de posibles riesgos en una fase temprana y por lo tanto establecer medidas preventivas, o bien, el tratamiento correspondiente con mínimas secuelas y evolución satisfactoria.

La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y la persona recién nacida pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito mediante la aplicación de procedimientos para la atención, entre los que destacan, el uso del enfoque de riesgo, la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas generalizadas que llevadas a cabo en forma rutinaria y sin indicaciones generan riesgos innecesarios. Por lo tanto, las acciones incluidas en esta Norma, tienden a favorecer el desarrollo fisiológico de cada una de las etapas del embarazo y a prevenir la aparición de complicaciones.

En caso de una complicación no diagnosticada de manera oportuna y que ésta evolucione a una forma severa, se establece, al igual que en otras normas

internacionales vigentes, que la atención de urgencias obstétricas es una prioridad todos los días del año y que el personal de salud debe informar con oportunidad a la mujer embarazada y a sus familiares desde la primera consulta prenatal, y refiriéndola a los establecimientos para la atención médica de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud que atienden urgencias obstétricas, sea o no derechohabiente de alguna de ellas.

Considerando el incremento de maltrato reportado en estudios nacionales e internacionales hacia la mujer en todas sus formas, y en razón al estado vulnerabilidad que se presenta durante el embarazo, esta debe ser identificada y atendida con oportunidad.

Otros factores de riesgo que pueden incidir en el incremento de la mortalidad materna es la violencia que, en sus diferentes formas, tiene efectos negativos en la salud emocional y física de la mujer embarazada y complicaciones graves en su salud sexual y reproductiva.

Por lo mencionado, es necesario efectuar cambios en los procedimientos de la atención materno-infantil que deben ser normados, a fin de garantizar su cumplimiento en todo el país. De esta manera la presente Norma contribuirá a corregir desviaciones actualmente en uso, que afectan la calidad de la atención en salud y señalar pautas específicas a seguir para disminuir la mortalidad y la morbilidad materna y perinatal.

1. Objetivo y campo de aplicación

1.1 Esta Norma tiene por objeto establecer los criterios mínimos para la atención médica a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio normal y a la persona recién nacida.

1.2 Esta Norma es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional, para el personal de salud de los establecimientos para la atención médica de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud, que brindan atención a mujeres embarazadas, durante el parto, puerperio y de las personas recién nacidas.

3. Definiciones

3.4 Atención prenatal, a la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con personal de salud, a efecto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, el puerperio y el manejo de la persona recién nacida. La atención prenatal, incluye la promoción de información sobre la evolución normal del embarazo y parto, así como, sobre los síntomas de urgencia obstétrica; el derecho de las mujeres a recibir atención digna, de calidad, con pertinencia cultural y respetuosa de su autonomía; además de elaborar un plan de seguridad para que las mujeres identifiquen el establecimiento para la atención médica resolutivo donde deben recibir atención inmediata. Todas estas acciones se deben registrar en el expediente clínico.

3.5 Calidad de la atención en salud, al grado en el que se obtienen los mayores beneficios de la atención médica, acorde con las disposiciones jurídicas

aplicables, con los menores riesgos para los pacientes y al trato respetuoso y de los derechos de las usuarias, considerando los recursos con los que se cuenta y los valores sociales imperantes. Incluye oportunidad de la atención, accesibilidad a los servicios, tiempo de espera, información adecuada, así como los resultados.

3.36 Pertinencia cultural, al modo de convivencia en el que las personas, grupos e instituciones con características culturales y posiciones diversas, conviven y se relacionan de manera abierta, horizontal, incluyente, respetuosa y sinérgica en un contexto compartido.

3.38 Promoción de la salud, a la estrategia fundamental para proteger y mejorar la salud de la población. Acción política, educativa y social que incrementa la conciencia pública sobre la salud. Promueve estilos de vida saludables y acciones comunitarias a favor de la salud para que la gente ejerza sus derechos y responsabilidades y participe en la creación de ambientes, sistemas y políticas favorables al bienestar.

5. Disposiciones generales

5.1 La atención médica que reciban las mujeres en edad reproductiva en los establecimientos para la atención médica públicos, privados y sociales del país, debe ser con un enfoque preventivo, educativo, de orientación y consejería.

5.1.2 La consulta preconcepcional debe fomentarse para promover la salud de la mujer y de su descendencia, evaluar la salud de la mujer en esta etapa permite identificar condiciones de riesgo reproductivo, en el embarazo y sobre todo, llevar a cabo medidas preventivas. La asistencia del personal de salud debe estar dirigida a identificar y aconsejar sobre los problemas existentes, situar a la mujer en las mejores condiciones de salud posible para embarazarse y planear de forma objetiva el momento más adecuado para el embarazo.

5.5 Atención del parto.

5.5.1 En todo establecimiento para la atención médica se deben aplicar las normas y procedimientos para la atención del parto y favorecer la seguridad emocional de la mujer, así como su bienestar durante todo el proceso, siendo prioritario facilitar el parto. En especial, en mujeres primigestas, se debe propiciar la conducción no medicalizada del trabajo de parto y el parto fisiológico, siempre que no exista contraindicación médica u obstétrica. Estas medidas procuran la atención de calidad y respeto al derecho de la mujer a un parto espontáneo, así como reducir el índice de cesáreas, morbimortalidad y el riesgo de complicaciones a largo plazo.

5.5.4 En la valoración de inicio del trabajo de parto verdadero, se debe interrogar sobre la percepción de contracciones uterinas dolorosas, su intensidad y frecuencia, así como sobre la expulsión de mucosidad, líquido o sangre a través de los genitales, se deben tomar signos vitales, presión arterial, temperatura, efectuar palpación abdominal, medición de la altura uterina, presentación fetal, así como tacto vaginal para evaluar: presentación, variedad de posición, grado de encajamiento y proporción céfalo-pélvica, dilatación, borramiento y posición del cuello uterino, además de evaluar características de membranas amnióticas, para decidir la conducta a seguir

conforme a la Guía de Práctica Clínica Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea. México; 2014.

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

5.5.6 La prescripción de analgésicos, sedantes y anestesia durante el trabajo de parto se realizará según el criterio médico, basado en evidencias y con atención personalizada previa información y autorización de la paciente de conformidad con la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.4 del Capítulo de Referencias, de la Norma.

5.5.7 La inducción y conducción del trabajo de parto, así como la ruptura artificial de las membranas, se debe realizar según el criterio médico, basado en evidencias y con atención personalizada previa información y autorización de la paciente, mediante el consentimiento informado.

5.5.9 A la recepción de la embarazada en trabajo de parto, la tricotomía vulvo perineal y la aplicación de enema evacuante, no serán de aplicación obligatoria, excepto en los casos que por indicación médica así se requiera. Asimismo, se debe reducir el número de tactos vaginales. En todo caso, la mujer debe ser informada previamente y debe existir nota médica en el expediente clínico. Se recomienda realizar episiotomía de manera selectiva dependiendo de la valoración clínica.

5.5.10 Las contracciones uterinas se deben monitorear cada 30 a 60 minutos por periodos de 10 minutos con la mano extendida sobre el abdomen materno, sin presionar. La frecuencia cardíaca fetal debe auscultarse antes, durante y después de las contracciones y se sugiere un control cada 30 a 45 minutos. La basal se tomará entre contracciones, son valores normales 120 a 160 latidos por minuto. Valores entre 100 a 119 latidos por minuto señalan bradicardia y valores por arriba de 160 latidos por minuto indican taquicardia, ambos signos de hipoxia leve.

5.5.11 El registro e interpretación del 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. La mujer debe ser informada antes y después de la exploración.

5.5.12 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.

5.5.15 La atención del parto respetuoso con pertinencia cultural se debe promover en los establecimientos para la atención médica de segundo nivel de atención, mediante la adecuación de espacios físicos, procedimientos de atención, implementos utilizados y permitiendo la elección de la posición por parte de

la mujer. Esto se debe efectuar de acuerdo a las condiciones clínicas de la embarazada y del producto, así como de la adecuación de la infraestructura hospitalaria y la capacitación del personal para este tipo de atención. Dicha capacitación debe ser promovida por las instituciones que forman parte del Sistema Nacional de Salud, en los lugares donde es culturalmente utilizado y aceptado.

5.6 Atención del puerperio.

5.6.1 En todo establecimiento para la médica en el que se proporcione atención obstétrica, el personal de salud aplicará los procedimientos para la vigilancia del puerperio inmediato, que deben incluir:

5.6.1.1 En caso de haberse realizado episiotomía, revisar la episiorrafia ante la posibilidad de hemorragia o hematoma, dentro de la primera hora posparto.

5.6.1.2 En la primera hora del puerperio, revisar a la paciente cada 15 minutos, vigilando el comportamiento de la frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, temperatura, llenado capilar, hemorragia transvaginal, el tono y altura del útero y el reinicio de la micción espontánea. Posteriormente, se revisará cada 30 minutos hasta completar las 2 primeras horas del puerperio y luego entre 4 y 8 horas de acuerdo a su evolución hasta su egreso.

5.6.1.3 Inicio de la lactancia materna exclusiva a libre demanda dentro de los primeros 30 minutos de vida de la persona recién nacida, en mujeres y recién nacidas/os cuyas condiciones de salud lo permitan;

5.6.1.4 En las primeras ocho horas, favorecer la deambulación, alimentación normal e hidratación;

5.6.1.5 Informar a la paciente y a su pareja, para que identifiquen oportunamente signos y síntomas de alarma, incluidos aquellos que afecten la salud mental;

5.6.1.6 El egreso de la paciente podrá efectuarse hasta que hayan transcurrido las 24 horas del posparto en caso de no existir complicaciones.

5.7 Atención a la persona recién nacida.

5.7.1 La atención de la persona recién nacida viva implica asistencia en el momento del nacimiento, así como la primera consulta de revisión entre los 3 y 5 días posteriores al nacimiento, y la segunda a los 28 días posteriores al nacimiento.

5.8 Protección y fomento de la lactancia materna exclusiva

5.8.1 En todo establecimiento para la atención médica en el que se proporcione atención obstétrica, el personal de salud debe aplicar los criterios y procedimientos para favorecer la práctica de la lactancia materna exclusiva, así como el alojamiento conjunto, atendiendo a las condiciones sociales, culturales y laborales de la mujer lactante.

5.8.2 Se debe promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de la persona recién nacida y promover continuarla de manera complementaria hasta el segundo año de vida.

5.11 Promoción de la salud materna y perinatal.

5.11.1 En todo establecimiento para la atención médica, el personal de salud debe:

5.11.1.1 Desarrollar acciones de educación para la salud orientadas a favorecer la decisión libre e informada que estimule en las madres y padres actitudes y aptitudes de autocuidado de la salud y responsabilidad compartida a favor de la salud perinatal y de la maternidad, paternidad, familias y ambientes de trabajo saludables.¹⁷

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-019-SSA3-2013, PARA LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

La enfermería es una disciplina fundamental en el equipo de salud, su creciente aportación en los procesos de mantenimiento o recuperación de la salud del individuo, familia o comunidad en las diferentes etapas de la vida, ha demostrado la importancia del papel que desempeña. La formación académica del personal de enfermería, evoluciona a la par del avance tecnológico de los servicios de salud del país y al orden internacional, con el objetivo de ofrecer servicios de salud de calidad, acorde a los diferentes roles que ejerce en su contribución a la solución de los problemas que afectan a la población.

Por esta razón, es de suma importancia situar de forma clara y organizada, el nivel de responsabilidad que el personal de enfermería tiene en el esquema estructural de los establecimientos para la atención médica en los sectores público, social y privado, así como los que prestan sus servicios en forma independiente. Ya que en la medida en que cada integrante cumpla su labor, acorde a su formación académica, la calidad en los servicios de salud se verá favorecida y el usuario obtendrá mayores beneficios.

1. Objetivo

Establecer las características y especificaciones mínimas para la prestación del servicio de enfermería en los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud, así como para la prestación de dicho servicio que en forma independiente otorgan las personas físicas con base en su formación académica.

2. Campo de aplicación

La presente norma es obligatoria en los establecimientos para la atención médica del Sistema Nacional de Salud en donde se presten servicios de enfermería, así como para las personas físicas que prestan dichos servicios en forma independiente.

5. De la prestación del servicio de enfermería, aspectos generales

5.1. La prestación del servicio de enfermería se realizará en establecimientos para la atención médica en los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud, así como los que otorgan servicios en forma independiente, según su preparación académica o calificación requerida y el grado de responsabilidad para la toma de decisiones, de acuerdo a lo establecido en el apartado 6 de esta norma.

6. De la prestación de servicios de enfermería, aspectos particulares

6.4. La prestación de los servicios de enfermería con predominio de acciones independientes derivadas de la aplicación del proceso de atención de enfermería en los ámbitos hospitalario o comunitario, corresponde al licenciado en enfermería, debido a que su formación de nivel superior lo faculta para desarrollar un plan de intervenciones que puede valorar, ejecutar y evaluar. Es capaz de interactuar de manera interdependiente y desarrollar acciones derivadas del plan terapéutico. Su nivel académico lo hace competente para otorgar cuidados de mediana complejidad de predominio independientes. Cuenta con las competencias para colaborar en la formación de recursos humanos para la salud y para la realización de investigaciones de predominio operativo. Su función sustantiva es asistencial y las adjetivas son las docentes, de administración y de colaboración en proyectos de investigación.

6.5. La prestación de servicios de enfermería con predominio de acciones independientes derivadas de la aplicación del proceso de atención de enfermería en los servicios especializados de la atención a la salud, corresponde al personal de enfermería con estudios de posgrado en un área específica de la práctica profesional, debido a que cuenta con los conocimientos necesarios para desarrollar un plan de intervenciones independientes que pueda valorar, ejecutar y evaluar proporcionando cuidados de alta complejidad que se deriven del plan terapéutico interdisciplinario. Su ámbito de aplicación son unidades hospitalarias o comunitarias. Aplica modelos tendientes a incrementar la calidad del cuidado, promueve la utilización de modelos y técnicas innovadoras en su especialidad, así como la investigación de su práctica y la aplicación de hallazgos, incluyendo relaciones o colaboraciones interdisciplinarias o multidisciplinarias con profesiones vinculadas a la práctica de enfermería o a un tema o área de investigación aplicada. Su función sustantiva es la asistencial y las adjetivas son las docentes, de administración y de colaboración en proyectos de investigación.¹⁸

Guía de Práctica Clínica: Prevención, diagnóstico y tratamiento de la Preeclampsia en segundo y tercer nivel de atención

Los trastornos hipertensivos del embarazo (HDP) representan la complicación más común en el embarazo, afectando aproximadamente el 15% de los embarazos y representan casi el 18% de todas las muertes maternas en el mundo, con un estimado de 62 000 a 77 000 muertes por cada año. (Abalos E, 2014)

Tanto la morbilidad y la mortalidad materna se incrementa en paciente con embarazo complicado por preeclampsia y posee implicaciones económicas significativas para la familia de la paciente afectada por la enfermedad y para los servicios de salud. (Abalos E, 201)

La preeclampsia es un trastorno multisistémico cuyos criterios clínicos no han cambiado en la última década: edad gestacional mayor de 20 semanas, presión arterial mayor de 140/90 mmHg, tira reactiva con 1+ o muestra aislada de orina con 30mg de proteínas en dos muestras de 4 a 6 h. En ausencia de proteinuria, el

diagnostico de preeclampsia podría establecerse cuando la hipertensión gestacional es asociada con síntomas cerebrales persistentes, epigastralgia o dolor en cuadrante superior derecho con nausea o vómito o bien trombocitopenia con alteraciones en las concentraciones de enzimas hepáticas. En todo el mundo causa 10 a 15% de las muertes maternas, algunas fuentes epidemiológicas reportan hipótesis causales inmunológicas, trombóticas, genéticas, mala adaptación placentaria y estrés oxidativo.

Los desórdenes hipertensivos en el embarazo pueden ser clasificados como (Magee L, 2014):

- a) Hipertensión preexistente con condiciones comórbidas con evidencia de preeclampsia
- b) Hipertensión gestacional con condición comórbida con evidencia de preeclampsia
- c) Preeclampsia
- d) Otras formas hipertensivas: Hipertensión transitoria, hipertensión de bata blanca
- e) Hipertensión enmascarada

En la actualidad el Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras (ACOG) integra a la preeclampsia con y sin características de severidad, lo que anteriormente se conocía como preeclampsia leve y severa (American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Task Force on Hypertension in Pregnancy, 2013), y es recomendable que en la mujer con embarazo y trastorno hipertensivo, sea clasificada la presencia o ausencia de características de severidad de acuerdo a los criterios establecidos por el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos. El espectro clínico de la preeclampsia varía desde una forma leve a severa. En la mayoría de las mujeres, la progresión a través de este espectro es lenta, y el diagnóstico de preeclampsia sin datos de severidad debe ser interpretado como una fase de la enfermedad. En otros, la enfermedad progresa más rápidamente, cambiando de a una forma con datos de severidad en días o semanas. En los casos más graves, la progresión puede ser fulminante, con evolución a eclampsia en cuestión de días o incluso horas. Por lo tanto, el objetivo más importante es la prevención de la morbilidad materna y perinatal. Por cada mujer que muere, se estima que otras 20 pacientes pueden sufrir morbilidad severa o discapacidad (un incremento en el riesgo enfermedad cardiovascular y diabetes tipo 2. (AbdelHady E, 2010) La proporción de las mujeres que sobreviven a complicaciones maternas graves por preeclampsia (también llamados casos “casi”) ha sido propuesto como un indicador útil para la evaluación de la calidad de la atención y su salud materna determinantes (Abalos E, 2014). Esta enfermedad puede amenazar la vida e incrementar la morbilidad y mortalidad materna y fetal, con riesgo a siete años de hipertensión y microalbuminuria de 20%. El manejo de la preeclampsia y sus complicaciones hace necesario un abordaje sistematizado desde el período preconcepcional, las etapas tempranas del embarazo y cuando

la enfermedad se manifiesta de forma clínica, para disminuir la morbilidad y mortalidad tanto materna como fetal.

Esta guía pone a disposición del personal del segundo y tercer nivel (es) de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales acerca de:

- Establecer en la práctica médica de la atención a la paciente con embarazo estrategias de prevención de preeclampsia y eclampsia, así como medidas de seguimiento prenatal en mujeres con riesgo.
- Definir los criterios clínicos diagnósticos de preeclampsia.
- Determinar las pruebas de laboratorio útiles en el diagnóstico de preeclampsia.
- Aplicar estrategias de tratamiento sistematizadas en preeclampsia.
- Establecer un plan de seguimiento materno y fetal en la paciente con preeclampsia. Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica contribuyendo, de esta manera, al bienestar de las personas y de las comunidades, el cual constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.¹⁹

Guía de práctica clínica: Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. México: Secretaría de Salud.

El parto es un evento fisiológico complejo, y trascendental. El objetivo de que el parto culmine con una madre sana y el nacimiento de un bebé saludable ha propiciado la institucionalización de los partos, su dirección médica sistemática y la realización de intervenciones médicas y quirúrgicas. En la últimas décadas se ha producido una expansión en el desarrollo y uso de prácticas ideadas para iniciar, aumentar, acelerar, regular o monitorizar el proceso del parto con el propósito de mejorar los resultados para la madre y su recién nacido con prácticas habituales, sin disponer de la suficiente evidencia en relación con su seguridad y eficacia. Por ello, en los últimos años se han desarrollado investigaciones de las mismas, tales como el efecto que el tipo de atención tiene en la madre y en sus hijos a corto y largo plazo.

En la actualidad se ha puesto atención a la valoración de los resultados de prácticas rutinarias a través de la medicina basada en evidencia, lo que ha puesto de manifiesto que la adopción de una serie de intervenciones -que se han revelado- inútiles, inoportunas, inapropiadas o innecesarias, han constituido un grave error en la mejora de atención en los servicios de maternidad con el objetivo de ofrecer salud materno-fetal idónea y la optimización de los recursos en el área de salud (GPC española, 2010).

El modelo médico de atención del parto ha sido objeto de creciente escrutinio, debido a su tratamiento hospitalario y a la utilización rutinaria e innecesaria de procedimientos médicos que, además de ser incómodos para la mujer, pueden llegar a alterar su salud o la del recién nacido.

Organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Chalmers B, 2001) y la Organización de las Naciones Unidas (ONU) (ONU, documento A, 2012) han insistido en aplicar las mejores evidencias científicas para definir los procedimientos más adecuados para la atención de la salud sexual y reproductiva, además de haber emitido las recomendaciones internacionales para mejorar la atención del parto basadas en los derechos humanos.

Procedimientos cuestionados con estos enfoques son por ejemplo: la admisión de pacientes a salas de labor de forma temprana, la realización de intervenciones de manera rutinaria como el uso de oxitocina, el rasurado del vello púbico, que puede incrementar el riesgo de infección; el uso de enema y vaciamiento vesical, la amniotomía, el corte temprano del cordón umbilical, la revisión manual de la cavidad uterina y la separación madre-hijo posterior al nacimiento, entre otros.

Es importante analizar dichos procedimientos a través de la medicina basada en evidencia, que exige la integración de la experiencia clínica individual con la mejor evidencia disponible derivada de la investigación y los valores de la persona. No se trata de limitar el quehacer de los profesionistas, sino de establecer lineamientos básicos que contribuyan a reducir los riesgos que pudieran asociarse a las intervenciones de salud.

El personal de las instituciones de salud deberá ser conscientes, que las modificaciones de las condiciones de atención del embarazo y parto representan un reto, que requerirá de procesos graduales de sensibilización, formación y adaptación.

Es importante modificar las condiciones de comodidad y dignidad para la madre, y también que dichas modificaciones sean adecuadas para el personal médico, que no afecten los elementos de seguridad e higiene, ni el marco normativo de la atención del parto (Méndez, 2002, NOM-007- SSA2-1993, informe anual del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos e informes de la Oficina del Alto Comisionado y del Secretario General).

Existe entre el personal de salud de los servicios médicos una gran desinformación sobre las bases legales y científicas y del marco de los derechos humanos, (Ley General de Salud, 2014) para múltiples procedimientos, como lo son las diferentes posiciones de atención del parto.

La norma no limita el aprovechamiento de esta posición, e incluso señala como elemento fundamental el respeto a decisiones de la embarazada, siempre y cuando no exista contraindicación médica (NOM-007-SSA2-1993).

La coalición para mejorar los servicios para la maternidad (CIMS) promueve un modelo de bienestar en los cuidados para la maternidad que mejore los resultados del parto y reduzca significativamente los costos, alienta que exista compañía para la mujer durante el trabajo de parto y el parto; sin embargo, en nuestro entorno no todas las instituciones gubernamentales cuentan con la infraestructura para que se lleve a cabo esta iniciativa bajo el nombre de Atención Amigable a la Madre, considerando:

- Alentar el uso de métodos no farmacológicos para el alivio del dolor, respetando las preferencias de la mujer.

- Alentar a la mujer a que se mueva durante el trabajo de parto, y elija la posición que desee durante el parto.
- Atención que no incluye procedimientos invasivos, al menos de manera rutinaria (rasurado, enemas, soluciones intravenosas, amniotomía, analgesia obstétrica o monitoreo fetal continuo) intervenciones que serán selectivas de acuerdo a cada paciente y bajo el criterio médico. (La iniciativa de Parto amigable para la Madre (CIMS), consultado 2013).

En una Guía de Práctica Clínica se documentan recomendaciones como el ingreso de pacientes en fase activa, ya que no hacerlo genera mayor morbilidad por estancias hospitalarias prolongadas y múltiples intervenciones médicas (tactos, uso inadecuado de oxitocina y aumento de operación cesárea) con mayores costos institucionales. Es por esto que es necesario efectuar algunos cambios en los procedimientos de atención maternofetal, que deben ser regulados a fin de garantizar su cumplimiento en todo el país como lo marca la NOM-007-SS 1993, y la Iniciativa de Parto Amigable para la Madre (CIMS).

Esta guía pone a disposición del personal del primer, segundo y tercer nivel de atención, las **recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible** con la intención de estandarizar las acciones nacionales acerca de:

- Proporcionar atención obstétrica segura y de confianza para la paciente y su familia en el parto eutócico.
- Promover el uso de prácticas clínicas basadas en el mejor conocimiento científico disponible, apegada a la normatividad vigente y al marco de los derechos humanos.
- Promover vigilancia y manejo del trabajo de parto en forma oportuna y eficiente.
- Promover estrategias para la reducción de la morbi-mortalidad materno-fetal. Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo, de esta manera, al bienestar de las personas y de las comunidades, lo cual constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.²⁰

Guía de Práctica Clínica de intervenciones de enfermería para la atención de la mujer en inducción del trabajo de parto en el primero y segundo nivel de atención.

La inducción del trabajo de parto es una de las intervenciones obstétricas más frecuentes en todo el mundo, en los países desarrollados se lleva a cabo hasta en un 25% de las mujeres embarazadas, mientras que en los países en vías de desarrollo estas tasas suelen ser generalmente inferiores aunque están en aumento (OMS 2016). A nivel nacional la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida, señala que se debe realizar según el criterio médico, basado en evidencias y con atención personalizada previa información y autorización de la paciente, mediante el consentimiento informado.

La Organización de las Naciones Unidas reporta que diariamente mueren 1500 mujeres debido a complicaciones del embarazo y el parto, entre las que se encuentran causas directas como hemorragias intensas, infecciones (septicemia en la mayoría de los casos), trastornos hipertensivos del embarazo (generalmente eclampsia), y el parto obstruido. Se calcula que en el año 2005 hubo 536 000 muertes maternas en todo el mundo. **La mayoría de las muertes maternas son evitables a través de la atención especializada durante el parto donde se llevan a cabo soluciones terapéuticas o profilácticas que contribuyen a disminuir la mortalidad materna (OMS, 2014).**

En México el índice de mortalidad materna en el periodo comprendido de 2000 a 2013 mostró una disminución del 48% y para los años 2012 y 2013 hubo una reducción del 10% en ese indicador (Presidencia de la República en Salud Marzo 2015). Por su parte la encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012) muestra que para 2011 hubo 1231 nacimientos por cada mil mujeres de 20 a 24 años de edad y 1.5 nacimientos por cada mil mujeres de 45 a 49 años de edad. El porcentaje de cesáreas reportado para 2012, de 45.2 está muy por encima de lo recomendado por la OMS, lo cual sostiene que no hay ninguna justificación para que se mantenga una tasa de cesárea mayor al 15%, por lo cual es necesario impulsar el trabajo de parto cuando con previa valoración, no existan indicaciones claras de cesárea y ninguna contraindicación para el parto vaginal. (OMS, 2016).

Es así que la implementación de esta Guía de Práctica Clínica “Intervenciones de enfermería para la atención de la mujer en inducción del trabajo de parto en el primero y segundo nivel de atención” facilitara al personal de enfermería la valoración para la identificación de factores de riesgo y la detección oportuna de complicaciones a través de cuidados basados en evidencia científica durante este proceso. Por lo tanto, la aplicación de esta guía es factible y con un impacto de trascendencia en la disminución de la morbimortalidad materna, considerada un problema de salud pública a nivel mundial y nacional, además de promover la calidad y seguridad de la mujer embarazada a través de decisiones clínicas basadas en evidencia científica.²¹

Guía de Práctica Clínica: Intervenciones de enfermería durante el puerperio fisiológico en el primer nivel de atención

El puerperio es un periodo transcendental para la mujer, caracterizado por manifestaciones como dudas, miedos, depresión y desconocimiento de la evolución en la madre y el desarrollo normal del niño; así como la vulnerabilidad materna ante múltiples factores de riesgo que inducen complicaciones comprometiendo la salud y la vida(Bohórquez, 2009). Es comprendido como el periodo que inicia después del parto y termina cuando las modificaciones locales y generales determinadas por la gestación en el organismo materno retornan a las condiciones normales. En esta etapa ocurren algunas adaptaciones fisiológicas y comportamentales complejas en las mujeres, caracterizadas por los fenómenos

involuntivos, por el establecimiento de la lactación, por la adaptación psicológica de la madre y por el establecimiento de la relación madre-hijo y familiares (Enderle C, 2011).

Esta etapa se asocia generalmente a una disminución de bienestar biológico, psicológico, conyugal y familiar. Las alteraciones provenientes del embarazo y el parto que se presentan en el puerperio son expresadas como dolor o incomodidad abdominal, en la región perineal, en las mamas, dolores musculares, pudiendo provocar inclusive dificultades en el autocuidado y en los cuidados del recién nacido. La mujer requiere cuidados de forma integral para garantizar bienestar físico y emocional, demandando una red de cuidadores, formada por la familia y los servicios de salud (Enderle C, 2011).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que cada día mueren en el mundo 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo parto y puerperio. En 2010 murieron 287,000 mujeres en el mundo durante dichas etapas, prácticamente.²²

Guía de Práctica Clínica: Intervenciones de enfermería para la promoción de la lactancia materna en los tres niveles de atención

Durante la mayor parte de la historia de la humanidad casi todas las madres han alimentado a sus hijos de forma normal, natural y sin aspavientos (FAO, 2015). En las últimas décadas a nivel mundial ha aparecido un cúmulo de evidencia científica sobre las ventajas de la lactancia materna durante los primeros dos años de vida, manteniendo lactancia exclusiva los primeros seis meses, tanto para las madres como para los recién nacidos y la sociedad en general, constituyéndose en un objetivo de salud pública y en una de las principales políticas de salud a nivel internacional. Una lactancia materna de más de seis meses de duración puede disminuir también el riesgo de padecer leucemia en un 20% y en un 36% el riesgo de muerte súbita en el niño. Además la lactancia materna disminuye el riesgo de enfermedad celíaca, obesidad y diabetes tipo 1 y tipo 2 en la edad adulta (UNICEF, 2015).

Las sociedades tradicionales de África, Asia y América Latina han tenido un excelente conocimiento local sobre la lactancia, aunque las prácticas han variado de una cultura a otra (FAO, 2015). La leche materna se considera como el alimento ideal e insustituible, es económica por ser la primera comida natural que aporta energía y nutrientes que necesita en recién nacido (FAO, 2015).

La última encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANU, 2012) reveló que en México, 14.4% de las mujeres alimentan con leche materna a su hijo o hija durante los primeros 6 meses de vida, en contraste con lo observado para la región de América Latina. Donde se alcanzan cifras de 37.9% (UNICEF, 2015).

La participación de la mujer en el ámbito laboral, que ha traído múltiples beneficios a la sociedad, ha creado a su vez algunas barreras que afectan esta importante acción de salud. En México, las mujeres trabajadoras que practican la lactancia materna exclusiva es de 10.8%, mientras que para las que no trabajan es de 15.6%(UNICEF, 2015).

La protección y promoción de la lactancia materna en México es una de las acciones que ofrece el mayor costo-beneficio para mejorar la supervivencia de todo niño o niña menor de dos años. Su inclusión en la agenda nacional es uno de los aciertos más eficaces que se pueden hacer en términos de salud pública (UNICEF, 2015).²³

2.6.3 Consentimiento Informado

El consentimiento informado es la expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica y de la investigación en salud. El consentimiento informado no es un documento, es un proceso continuo y gradual que se da entre el personal de salud y el paciente y que se consolida en un documento.

Mediante el consentimiento informado el personal de salud le informa al paciente competente, en calidad y en cantidad suficientes, sobre la naturaleza de la enfermedad y del procedimiento diagnóstico o terapéutico que se propone utilizar, los riesgos y beneficios que éste conlleva y las posibles alternativas. El documento escrito sólo es el resguardo de que el personal médico ha informado y de que el paciente ha comprendido la información. Por lo tanto, el consentimiento informado es la manifestación de la actitud responsable y bioética del personal médico o de investigación en salud, que eleva la calidad de los servicios y que garantiza el respeto a la dignidad y a la autonomía de las personas.

Debido a que los valores u objetivos de las personas varían, la mejor elección no siempre es la que prioriza a la salud, sino la que prioriza el máximo bienestar de acuerdo a los valores u objetivos de cada persona. Por lo tanto, no es ya el médico el único que decide la mejor alternativa.

El consentimiento informado consta de dos partes:

Derecho a la información: la información brindada al paciente debe ser clara, veraz, suficiente, oportuna y objetiva acerca de todo lo relativo al proceso de atención, principalmente el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del padecimiento. De la misma manera es importante dar a conocer los riesgos, los beneficios físicos o emocionales, la duración y las alternativas, si las hubiera. El proceso incluye comprobar si el paciente ha entendido la información, propiciar que realice preguntas, dar respuesta a éstas y asesorar en caso de que sea solicitado. Los datos deben darse a personas competentes en términos legales, edad y capacidad mental. En el caso de personas incompetentes por limitaciones en la conciencia, raciocinio o inteligencia; es necesario conseguir la autorización de un representante legal. Sin embargo, siempre que sea posible, es deseable tener el asentimiento del paciente.

Libertad de elección: después de haber sido informado adecuadamente, el paciente tiene la posibilidad de otorgar o no el consentimiento, para que se lleven a cabo los procedimientos. Es importante privilegiar la autonomía y establecer las condiciones necesarias para que se ejerza el derecho a decidir.

Cuando se trata de un procedimiento de riesgo mayor al mínimo, el consentimiento debe ser expresado y comprobado por escrito, mediante un formulario firmado y será parte del expediente clínico. Las situaciones en que se requiere el consentimiento informado escrito, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico son las siguientes:

- Hospitalización en pacientes psiquiátricos, por mandato judicial, urgencia, peligro de quienes viven con él y riesgo de suicidio, entre otros.
- Intervención quirúrgica.
- Procedimientos para el control de la fertilidad.
- Participación en protocolos de investigación.
- Procedimientos diagnósticos o terapéuticos que impliquen riesgos físicos, emocionales o morales.
- Procedimientos invasivos.
- Procedimientos que produzcan dolor físico o emocional.
- Procedimientos socialmente invasivos y que provoquen exclusión o estigmatización.

En los casos de urgencias en los que no existe la oportunidad de hablar con los familiares, y tampoco es posible obtener la autorización del paciente, el médico puede actuar por medio del privilegio terapéutico hasta estabilizarlo y entonces poder informarle al paciente o a sus familiares. Esto debe quedar bien fundamentado en el expediente clínico. No debe llevarse a cabo un procedimiento en contra de la voluntad de un paciente competente, aun cuando la familia lo autorice.²⁴

■ Capítulo III. Metodología

3.1 Estudio de caso

El estudio de caso es un método de investigación cualitativa que se ha utilizado ampliamente para comprender en profundidad la realidad social y educativa.

Es un método de investigación de gran relevancia para el desarrollo de las ciencias humanas y sociales que implica un proceso de indagación caracterizado por el examen sistemático y en profundidad de casos de entidades sociales o entidades educativas únicas. Constituye un campo privilegiado para comprender en profundidad los fenómenos educativos aunque también el estudio de casos se ha utilizado desde un enfoque nomotético. Desde esta perspectiva, el estudio de casos sigue una vía metodológica común a la etnografía aunque quizás la diferencias en relación al método etnográfico reside en su uso, debido a que la finalidad del estudio de casos es conocer cómo funcionan todas las partes del caso para crear hipótesis, atreviéndose a alcanzar niveles explicativos de

supuestas relaciones causales encontradas entre ellas, en un contexto natural concreto y dentro de un proceso dado.

- Es particularista: Se caracteriza por un enfoque claramente ideográfico, orientado a comprender la realidad singular. El cometido real del estudio de casos es la particularización no la generalización. Esta característica le hace especialmente útil para descubrir y analizar situaciones únicas. En el ámbito educativo nos encontramos con la necesidad de analizar y profundizar en situaciones peculiares.
- Es descriptivo: Como producto final de un estudio de casos se obtiene una rica descripción de tipo cualitativo. La descripción final implica siempre la consideración del contexto y las variables que definen la situación, estas características dotan al estudio de casos de la capacidad que ofrece para aplicar los resultados.
- Es Heurística: porque puede descubrirle nuevos significados, ampliar su experiencia o bien confirmar lo que ya sabe, es una estrategia encaminada a la toma de decisiones.
- Es Inductivo: se basa en el razonamiento inductivo para generar hipótesis y descubrir relaciones y conceptos a partir del sistema minucioso donde tiene lugar el caso. Las observaciones detalladas permiten estudiar múltiples y variados aspectos, examinarlos en relación con los otros y al tiempo verlos dentro de sus ambientes.

Los estudios de casos pueden clasificarse a partir de diferentes criterios. Atendiendo al objetivo fundamental que persiguen se identifica tres modalidades:

- El estudio intrínseco de casos: su propósito básico es alcanzar la mayor comprensión del caso en sí mismo. Queremos aprender de él en sí mismo sin generar ninguna teoría ni generalizar los datos. El producto final es un informe básicamente descriptivo.
- El estudio instrumental de casos: su propósito es analizar para obtener una mayor claridad sobre un tema o aspecto teórico (el caso concreto sería secundario). El caso es el instrumento para conseguir otros fines indagatorios.
- El estudio colectivo de casos: el interés se centra en indagar un fenómeno, población o condición general a partir del estudio intensivo de varios casos. El investigador elige varios casos de situaciones extremas de un contexto de objeto de estudio. Al maximizar sus diferencias, se hace que afloren las dimensiones del problema de forma clara. Este tipo de selección se llama múltiple: se trata de buscar casos muy diferentes en su análisis pero que al menos al principio sean relevantes.

Los estudios de casos en educación se agrupan en tres tipologías diferentes según la naturaleza del informe final.

- Estudio de casos descriptivo. Este, presenta un informe detallado del caso eminentemente descriptivo, sin fundamentación teórica ni hipótesis previas.

Aporta información básica generalmente sobre programas y prácticas innovadoras.

- Estudio de casos interpretativo. Aporta descripciones densas y ricas con el propósito de interpretar y teorizar sobre el caso. El modelo de análisis es inductivo para desarrollar categorías conceptuales que ilustren, ratifiquen o desafíen presupuestos teóricos difundidos antes de la obtención de la información.
- Estudio de casos evaluativo. Este estudio describe y explica pero además se orienta a la formulación de juicios de valor que constituyan la base para tomar decisiones.²⁵

■ Capítulo IV. Elección y descripción genérica del caso

4.1 Selección del caso y fuentes de información

Se elaboró un estudio de caso como método para la descripción de la relación enfermera-cuidado-persona, en la práctica clínica correspondiente a la materia de Intervenciones de Enfermería I, en el mes de octubre del año 2017.

La selección de la persona se realizó en el área de urgencias del Hospital Militar de especialidades de la mujer y neonatología, durante su consulta de en el servicio de urgencias, solicitando a través del consentimiento informado la autorización para su participación, se realizó la primer valoración exhaustiva, que consto de interrogatorio y exploración física, la obtención de datos fue a través de fuentes directas la persona e indirectas el expediente clínico, se realizó la jerarquización de los requisitos universales de autocuidado alterados, se diseñaron cuadros de diagnósticos basados en el formato PES, y se implementaron intervenciones de enfermería, se realizaron 5 valoraciones focalizadas y un plan de alta.

4.2. Presentación del caso

Actividades	Mes Semana	Octubre / Noviembre			Noviembre		Diciembre		Enero	
		9-20	23-27	30-10	13-17	20-1	4-8	11-29	2	15-26
1	Selección de paciente	✓								
2	Consentimiento informado	✓								
3	Aplicación del instrumento de valoración	✓								
4	Elaboración de portada y reconocimientos	✓								
5	Elaborar objetivos generales y específicos			✓						
6	Fundamentación y elaboración de marco conceptual			✓						
7	Metodología					✓				
8	Presentación del caso					✓				
9	Elaboración del proceso de atención de enfermería	✓								
10	Valoración	✓								
11	Diagnóstico			✓						
12	Planeación					✓				
13	Ejecución					✓				
14	Evaluación							✓		
15	Plan de alta							✓		
16	Introducción							✓		
17	Entrega y revisión		✓		✓		✓			
18	Entrega de trabajo final								✓	
19	Presentación plenaria									✓

FIGURA 2. Cronograma de actividades, elaborado por: E.E.P. Nidia Rivas Flores.

■ Capítulo V. Aplicación del proceso de atención de enfermería

5.1 Valoración

Fecha: 17/10/2017
Servicio: Urgencias
Hora: 11:30 hrs.

5.1.1 Factores básicos condicionantes descriptivos

Magdalena M. H. 27 años GI, O+ Estado civil: casada, fecha de nacimiento: 26/03/1990, Peso Inicial: 56 Kg, Peso actual: 67 Kg Talla: 1.58 m, alergias negadas. Embarazo de 39 SDG por FUM, Sana + Trabajo de parto en fase latente, derechohabiente del hospital Militar de especialidades de la mujer y neonatología.

5.1.1.1 Factores ambientales

La paciente refiere habitar en el estado de México, considerada un área urbana, en casa propia con cinco espacios destinados a 1 recamara, 1 sala, 1 comedor, 1 baño y 1 cocina; cuenta con los servicios intradomiciliarios de agua, electricidad y drenaje. La casa cuenta con ventanas que ofrecen ventilación e iluminación natural. El piso tiene acabado solo de cemento. Niega flora nociva, y niega tener mascotas. Las calles de su comunidad se encuentran pavimentadas y cuentan con alumbrado público.

5.1.1.2 Factores del sistema familiar

Forma parte de una familia tipo nuclear, integrada por 2 personas, su esposo y ella, el lugar que ocupa en la familia es el segundo. Su sustento familiar está determinado por su esposo. Su esposo tiene 31 años, es militar, tiene estudios de nivel medio superior, cuenta con estancia limitada en el domicilio, dada la dinámica de su trabajo.

5.1.1.3 Factores socioculturales y socioeconómicos

Refiere que su lugar de nacimiento fue el estado de Puebla. Su escolaridad máxima es de secundaria, se dedica al hogar y profesa religión cristiana.

5.1.2 Factores del patrón de vida

La paciente refería trabajar en una cocina, preparando alimentos, pero al saberse embarazada decidió dejar de trabajar. Deseaba embarazarse, pero no fue estrictamente planeado.

5.1.3 Factores de salud y del sistema de salud

La paciente es sana, llevó el control de su embarazo en el hospital Militar de especialidades de la Mujer y Neonatología, del cual es derechohabiente. Se refiere satisfecha con la atención brindada hasta el momento por la institución.

5.1.4 Factores básicos condicionantes del estado de desarrollo

5.1.4.1 Capacidad de autogobierno

Se encuentra tranquila, atenta y cooperadora durante su consulta, presta atención a la información que se le brinda. Durante el registro cardiotocográfico se aborda a la paciente, se le informa acerca del objetivo del estudio de caso y su aplicación y se le ofrece participar, a lo que ella decide acceder.

5.1.4.2 Factores negativos

Se identifica dificultad para la toma de decisiones, al cuestionarla indica que suele buscar consejo de su esposo, su hermana o personal capacitado en el área.

Se observa una capacidad de reflexión limitada, refiere deficiencia en cuanto a sus conocimientos y habilidades para el cuidado de su embarazo y del recién nacido.

Refiere sentir nerviosismo y preocupación por el nacimiento de su hijo, ya que considera que al ser primigesta no cuenta con los conocimientos y habilidades necesarias para el cuidado del recién nacido.

5.1.4.3 Potencial de desarrollo

Al interrogatorio dirigido refirió interés y motivación en adquirir conocimientos sobre psicoprofilaxis obstétrica, lactancia materna y cuidados al recién nacido; así mismo refiere que en su familia es común llevar a cabo la lactancia materna por al menos un año y que planea hacerlo de esa manera. Debido a la situación laboral de su esposo decidió mudarse temporalmente con su hermana mayor para el cuidado y la atención de sus últimas semanas de embarazo y el puerperio. Indica que su hermana representa un gran apoyo para ella y que su relación es buena.

5.1.5 Requisitos de autocuidado según la etapa de desarrollo

5.1.5.1 Etapa de desarrollo: Edad Adulta + Embarazo

5.1.5.2 Antecedentes Gineco- obstétricos

Al interrogatorio refiere haber presentado su menarca a los 14 años, con ciclos regulares de 30 días, con duración de 3 a 4 días de flujo moderado. Su inicio de vida sexual activa fue a los 19 años, su número de parejas sexuales es 1, su método de planificación familiar fue el preservativo. Niega haber presentado alguna enfermedad de transmisión sexual. No se ha realizado citología cervical.

Inició su control prenatal en el Hospital Militar de especialidades de la mujer y Neonatología en la semana 11.4 con un total de 11 consultas durante las cuales no se detectaron anomalías.

5.1.6 Requisitos de autocuidado ante la desviación de la salud

5.1.6.1 Desviación actual

Ingresó al servicio de urgencias al presentar actividad uterina irregular. Conoce e identifica los signos de alarma obstétrica.

5.1.6.2 Mecanismos de adaptación

5.1.6.2.1 Uso previo de mecanismos de adaptación

Concluyó su actividad laboral al conocer su embarazo, ya que lo consideraba como una actividad de alto gasto energético.

5.1.6.2.2 Repertorio actual de mecanismos de adaptación

Se mudó a la casa de su hermana para encontrarse más próxima al hospital, además de contar con el apoyo de la misma para el cuidado propio y del recién nacido.

5.1.6.2.3 Factores concomitantes de estrés

Tras ser valorada e informada, la paciente comprende que se encuentra en fase latente de trabajo de parto y que aún no está indicado su ingreso hospitalario, motivo por el cual es enviada a su domicilio. Acepta mantenerse atenta a la dinámica uterina y reingresar a consulta de urgencias al presentar actividad uterina regular o cualquier signo de alarma obstétrica.

Presenta ruptura del vínculo familiar ya que al ser militar, su esposo permanece por periodos prolongados e indeterminados fuera de su hogar.

5.1.7 Cumplimiento de los requisitos de autocuidado ante la desviación de la salud

I. **Busca y asegura la ayuda médica y de enfermería oportunamente.**

La paciente acude a consulta al detectar actividad uterina irregular, identificándolo como el inicio de trabajo de parto.

II. **Tiene conciencia y presta atención a los efectos y resultados de los procesos fisiológicos, incluyendo los efectos sobre el desarrollo.**

Es consciente de que se encuentra en trabajo de parto y se mantiene alerta de los signos de alarma obstétrica.

III. **Lleva a cabo efectivamente las medias, terapéuticas prescritas.**

No lleva a cabo efectivamente las medias, terapéuticas prescritas. La paciente se presenta a consulta de urgencias en ayuno, y no lleva una adecuada alimentación durante su embarazo.

IV. **Tiene conciencia, presta atención y regula los efectos de las medidas de cuidados prescritos por el médico y la enfermera perinatal.**

La paciente comprende la importancia de las indicaciones brindadas durante su consulta de urgencias, reconociendo también la importancia de mejorar su nutrición.

V. **Modifica el auto concepto y la autoimagen para aceptarse sí misma como ser humano con un estado particular de salud.**

Refiere aceptar con agrado las modificaciones presentadas durante el desarrollo de su embarazo.

VI. **Aprende a vivir con los efectos de las condiciones y estados fisiológicos y los efectos de las medidas de diagnóstico y tratamiento médico.**

Demuestra cierto grado de incomodidad al comprender que se encuentra al inicio de su trabajo de parto y que debe permitir que este avance gradualmente hasta el momento adecuado para su hospitalización.

5.1.8 Historias previas de desviación de la salud

La paciente niega intervenciones quirúrgicas previas, así como transfusiones sanguíneas.

5.1.9 Estudios de laboratorio y gabinete

Estudio	Resultado	Estudio	Resultado
Leucocitos totales	9.7 10 ³ /μL	Colesterol total	142 mg/dL
Eritrocitos	4.73 10 ⁶ /μL	Triglicéridos	147 mg/dL
Hemoglobina	13.5 g/dL	Bilirrubina total	1.4 mg/dL ↑
Hematocrito	39.3 %	Proteínas totales	7.4 g/dL
Plaquetas	163 10 ³ /μL	TGO	27 U/L
Linfocitos	40 %	TGP	27 U/L
Monocitos	3.3 %	Albúmina	3.3 g/dL ↓
Glucosa	97 mg/dL	EGO	Negativo a: leucocitos, nitritos, proteínas, glucosa, cuerpos cetónicos y urobilinógeno
Urea	12.8 mg/dL	Urocultivo	Sin desarrollo bacteriano
Creatinina sérica	0.52 mg/dL	VDRL	Negativo
Ácido úrico	3.8 mg/dL	VIH	No reactivo
Fecha: 28 de septiembre 2017			
CTG		94/168/135	
Fecha: 09 de junio 2017			

Ultrasonido Primer Trimestre

07/04/2017

Reporta embarazo de 12 SDG, sin marcadores de cromosopatías. Placenta corporal anterior grado 0, homogénea. Tubo neural cerrado, plexos coroides prominentes de aspecto normal, pared abdominal íntegra, cuatro extremidades presentes con movimientos activos. Frecuencia cardíaca fetal de 178 latidos por minuto.

Ultrasonido Segundo Trimestre

16/06/2017

Reporta embarazo de 21.5 SDG, latido cardíaco fetal de 141 latidos por minuto, sin presencia de malformaciones estructurales. Peso fetal estimado de 453 gr placenta posterior fúndica.

Ultrasonido Tercer Trimestre

07/09/2017

Reporta embarazo de 33.6 SDG, latido cardíaco fetal de 132 latidos por minuto, cefálico dorso a la izquierda, placenta posterior fúndica, implantación normal. Peso fetal estimado de 2352 gr. Índice de líquido amniótico 11.9 cm. Traspolado al 17/10/2017 informa un embarazo de 39.5 SDG acorde a FUM.

5.1.10 Requisitos universales de autocuidado

5.1.10.1 Mantenimiento de un aporte de aire suficiente

5.1.10.1.1 Aspectos relacionados con la calidad y cantidad

Al interrogatorio, niega padecer alguna enfermedad respiratoria, niega ser fumadora, niega la convivencia con fumadores. Refiere no conocer las técnicas de respiración que puede realizar durante la jornada obstétrica.

5.1.10.1.2 Aspectos Relacionados con la estructura y la función

Al momento de la consulta presenta signos vitales de 112/77mmHg 72 lpm, 20 rpm, 36.8°C y FCF 130, refiere percibir actividad uterina irregular.

5.1.10.2 Mantenimiento de un aporte de agua suficiente

5.1.10.2.1 Aspectos relacionados con la calidad y cantidad

Refiere consumir aproximadamente 2 L de agua natural al día, ocasionalmente bebe agua de sabor. Conoce la importancia de la calidad y cantidad de líquidos que debe ingerir al día durante la etapa del embarazo y el puerperio.

5.1.10.2.2 Aspectos Relacionados con la estructura y la función

A la exploración física se observan mucosas y tegumentos normohidratados.

5.1.10.3 Mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente

5.1.10.3.1 Aspectos relacionados con la calidad y cantidad

No lleva a cabo una dieta específica, niega haber asistido a alguna consulta de nutrición, desconoce las porciones y equivalencias de cada grupo alimenticio. Niega consumir suplementos alimenticios, así como tener restricciones sobre algún grupo de alimentos. Su consumo semanal habitual de alimentos se distribuye de la siguiente manera:

Carne de res: 2 veces por semana, carne de pollo: 1 vez por semana, huevo: 2 veces por semana, no consume embutidos, verduras: 3 veces por semana, frutas: 7 veces por semana, pan: 7 veces por semana, no consume pan integral, tortilla

de maíz: 7 veces por semana, pasta: 1 vez por semana, leguminosas: 2 veces por semana, semillas: no las consume, lácteos: 7 veces por semana,

Distribuye sus horarios de alimentación de la siguiente manera:

Desayuno	7:00	Licuada de fruta con avena o amaranto, acompañado de una pieza de pan dulce.
2do Desayuno	10:30	Guisado del día, o ración de huevo o carne con frijoles y verdura, 1 taza de café o té.
Colación	12:00	1 pieza de fruta, 3 vasos de agua a lo largo del día.
Comida	16:00	Guisado del día, con tortillas. 2 o 3 vasos de agua natural o de fruta.
Cena	20:00	1 taza de yogurt.

Al momento de la entrevista la paciente se encontraba en ayuno, su último alimento fue a las 21:00hrs del día 16/10/2017, ya que refiere realizar un trayecto largo desde su casa hasta el hospital para asistir a la consulta de urgencias y no tuvo la oportunidad de ingerir alimento.

5.1.10.3.2 Aspectos Relacionados con la estructura y la función

Cavidad oral íntegra, mucosa hidratada, piezas dentales completas, sin presencia de gingivitis, niega dificultad a la masticación.

5.1.10.4 Provisión de cuidados asociados a los procesos de eliminación y excrementos

5.1.10.4.1 Aspectos relacionados con la calidad y cantidad

Niega padecer alguna enfermedad renal o gastrointestinal. Refiere que el número de micciones diarias es de 4, siendo de color claro de olor normal. Refiere haber presentado infección de vías urinarias durante el primer trimestre, que remitió al tratamiento. Refiere que el número de evacuaciones diarias es de 2, de consistencia firme, sin olor fétido, refiere haber presentado estreñimiento en las últimas 3 semanas, lo que la llevo a consumir fibra natural, obteniendo mejora.

5.1.10.4.2 Aspectos Relacionados con la estructura y la función

A la exploración física Giordano negativo, puntos uretrales sin presencia de dolor.

5.1.10.5 Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

5.1.10.5.1 Aspectos relacionados con la calidad y cantidad

La paciente no realiza ningún tipo de actividad física. Desconoce el tipo y la frecuencia de los ejercicios que puede realizar durante su embarazo. Indica que las actividades que desempeña durante el día demandan esfuerzo de tipo físico. Durante el día desarrolla actividades propias del hogar. Duerme un promedio de 8 hrs al día, despertando con sensación de descanso. Realiza descansos durante el

día dependiendo de las actividades que haya realizado. No requiere del uso de silla de ruedas, bastón o algún otro apoyo para la deambulaci3n. Durante el interrogatorio se encuentra en camilla en posici3n semifowler con registro cardiotocogr3fico.

5.1.10.5.2 Elementos Relacionados con la estructura y la funci3n

Corporalmente íntegra, sin presencia de alg3n tipo de discapacidad, dificultad, ni uso de prótesis. Se observa lordosis lumbar, debido al aumento de volumen abdominal, que modifica la marcha de manera lenta. Miembros pélvicos sin presencia de edema o insuficiencia venosa. Durante el interrogatorio se muestra atenta, sin muestras físicas de cansancio.

5.1.10.6 Mantenimiento del equilibrio entre la soledad e interacci3n social

5.1.10.6.2 Aspectos relacionados con la calidad y cantidad

La paciente no pertenece a ning3n grupo social, deportivo o cultural, pero ocasionalmente acude a reuniones cristianas. Refiere que las relaciones con su familia, pareja y amigos son buenas. Al pertenecer a una familia nuclear y dada las condiciones laborales de su esposo permanece la mayor parte del tiempo sola, lo que determin3 que buscar3 la compańa de su hermana para las semanas pr3ximas a su parto. Al presentar situaciones de tensi3n en su vida presenta auto enfado, pero realiza actividades para reducirla como, rezar, escuchar m3sica y hablar con personas de confianza.

Al interrogatorio se muestra atenta, sin dificultad para comunicar sus pensamientos y sentimientos, presenta un tono adecuado de voz y mantiene contacto visual.

5.1.10.7 Prevenci3n de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano

5.1.10.7.1 Aspectos relacionados con la calidad y funci3n

Comenz3 su control prenatal a las 10.4 SDG, inicialmente acudía 1 vez al mes a su control prenatal, a partir de la semana 35 cada semana. Se realiz3 3 ultrasonidos durante su gestaci3n, no se ha practicado examen de citología cervical ni autoexploraci3n de mamas; no ha asistido a consulta dental ni nutricional durante su embarazo, se aplic3 2 dosis de vacuna antitet3nica; no ha presentado enfermedades de transmisi3n sexual, trombosis de miembros pélvicos, diabetes ni hipertensi3n. Indica haber consumido 3cido fólico al inicio del embarazo, y vitaminas durante los siguientes trimestres.

No asisti3 a cursos de psicoprofilaxis obstétrica. Al interrogatorio dirigido, presenta dificultad para recordar todos los datos de alarma obstétrica. Acude al servicio de urgencias al detectar actividad uterina irregular.

5.1.10.7.2 Elementos Relacionados con la estructura y la funci3n

La paciente ingresa a consulta de urgencias por presentar actividad uterina irregular, A la exploraci3n física fondo uterino de 34 cm, feto en presentaci3n

cefálica, abocado, dorso a la derecha, cérvix posterior, firme, sin dilatación ni borramiento, en estación de Lee -3, membranas íntegras, índice de Bishop 0, a la pelvimetría clínica se determina pelvis útil. Se realiza el cálculo de peso fetal estimado en 3200 gr. Se realiza registro cardiotocográfico para evaluación de la actividad uterina, el cual es reactivo, valorándose actividad uterina esporádica, intensidad de +, FCF basal de 135 con variabilidad mínima.

5.1.10.8 Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo humano de ser normal.

5.1.10.8.1 Aspectos relacionados con la calidad y función

Refiere bañarse diariamente, con cambio diario de ropa, realiza aseo bucal 3 veces al día. Se lava las manos antes de preparar alimentos y consumirlos, así como después de ir al sanitario, refiere que la limpieza es importante para ella.

Indica que su religión es importante en el desarrollo de su vida y acude a la iglesia regularmente.

Su autopercepción se modificó satisfactoriamente durante su embarazo, apreció y aceptó sus modificaciones anatómicas. Se refiere satisfecha por el desarrollo del embarazo. Mantuvo intimidad con su pareja de forma esporádica.

Refiere no poseer conocimientos para el desarrollo de la jornada obstetricia, ni para el cuidado del recién nacido, pero expresa deseo por adquirirlos.

Presenta dificultad para comprender la información brindada sobre la necesidad de realizarle un RCTG para su evaluación. De igual manera, tras una exhaustiva explicación refiere no comprender por completo el objetivo de la intervención de enfermería perinatal.

Etapa de desarrollo	Requisitos de Autocuidado Universales				Agencia de autocuidado
Adulthood and Pregnancy	<ol style="list-style-type: none"> Mantenimiento de un aporte de aire suficiente Mantenimiento de un aporte de agua suficiente Mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente Provisión de cuidados asociados a los procesos de eliminación y excrementos Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo Mantenimiento del equilibrio entre la soledad e interacción social <u>Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano</u> <u>Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo humano de ser normal.</u> 				<p>Desarrollado, pero no estabilizado</p> <p>Sistema de Enfermería Apoyo Educación</p>
Requisitos de autocuidado ante una desviación de salud	Unidad de Observación				Exposición a riesgos
<ol style="list-style-type: none"> Busca y asegura la ayuda médica adecuada. Tiene conciencia y presta atención a los efectos y resultados de los procesos fisiológicos, incluyendo los efectos sobre el desarrollo. Lleva a cabo efectivamente las medias terapéuticas prescritas. <u>No tiene conciencia y no presta atención o regular los efectos de las medidas de cuidados prescritos por el médico y enfermera perinatal.</u> Modifica el auto concepto y la autoimagen para aceptarse uno mismo como ser humano con un estado particular de salud. <u>No aprende a vivir con los efectos de las condiciones y estados fisiológicos y los efectos de las medidas de diagnóstico y tratamiento médico.</u> 	M.M.H. O+ GI Embarazo de 39 SDG Sana + Trabajo de parto en fase latente				<p>Maternos: Fase latente prolongada Hiperestimulación uterina Hemorragia anteparto Cesárea por sufrimiento fetal Hemorragia posparto</p> <p>Fetales: Pérdida del bienestar fetal Óbito fetal o muerte neonatal</p>
	Factores Básicos Condicionantes				
	Descriptivos de la persona	Patrón de vida	Estado y sistema de salud	Estado de desarrollo	
	Edad: 27 años Residencia: Estado de México	Ocupación: Ama de casa.	Estado de Salud: Sana.	Capacidad de autogobierno: Falta de conocimiento y estado emocional.	
	Sistema familiar: Nuclear, 2 integrantes Sociocultural: Escolaridad secundaria completa, religión cristiana, embarazo no planeado pero deseado. Socioeconómico: Económicamente dependiente, ingresos suficientes.	Medidas de Autocuidado: Adecuado control prenatal con 6 consultas. Conocimiento de signos y síntomas de alarma.	Características del sistema de salud: Derechohabient e HMEMyN. Tercer nivel de atención.	Potencial de desarrollo: Disposición para desarrollar el conocimiento de la jornada obstétrica.	

FIGURA 3. Esquema Metodológico, elaborado por: Subdirección de Enfermería, Instituto Nacional de Perinatología, Secretaría de Salud, 2015, modificado por L.E.O. Ana Karen Arias Cruz.

Requisito de Autocuidado Universal	Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo humano de ser normal.		
Operaciones de Diagnóstico	Déficit de conocimiento relacionado con valoración clínica en el área de urgencias manifestado por dificultad para comprender el entorno y los procedimientos.		
Objetivo	Describir los métodos para la evaluación obstétrica en el servicio de urgencias.		
Sistema de Enfermería	Apoyo-Educación	Método de ayuda	Guiar a otro Enseñar a otro
Prescripción del cuidado	Tratamiento regulador	Fundamentación científica	
Establecer un ambiente de confianza y profesionalismo para propiciar un adecuado flujo de información. Proporcionar información sobre la valoración obstétrica, así como los hallazgos y las intervenciones realizadas.	Presentarse por nombre, profesión y función en el servicio de urgencias. Utilizar un tono de voz medio, así como contacto visual y táctil oportunamente. Proporcionar acompañamiento y orientación durante su valoración en urgencias. Describir el objetivo de realizar una valoración integral ante los síntomas descritos. Explicar la función del tacto vaginal y describir los criterios a evaluar mediante el RCTG.	Informar y atender con calidez a las pacientes mejora su percepción y fomenta su cooperación durante los procedimientos; asimismo, disminuye el estrés en ellas y familiares. ²⁶ Es importante favorecer estados emocionales positivos en la mujer embarazada, tratándolas de manera individualizada, con respeto y afecto, asegurando su entendimiento y aprobación de los procedimientos en todo momento. ²⁷	
Control de casos	Al brindarle información se observaron facies de confusión, por lo que se reforzó la información describiendo las partes anatómicas involucradas en la valoración obstétrica, haciendo uso de imágenes en tableta electrónica, lo cual facilitó su comprensión. Al obtener el registro cardiotocográfico, se le explicó la interpretación del mismo. Se señala en el mismo la presencia de contracciones irregulares, ayudando a identificándolas somáticamente, para establecer el patrón de contracciones por las cuales reingresaría al servicio de urgencias. Magdalena logró identificar la presencia de contracciones, pero presentó dificultad para memorizar el patrón de contracciones por el cual reingresaría a urgencias, ante dicha situación, se interrogó sobre su conocimiento sobre los datos de alarma obstétrica, los cuales no recordó con exactitud. Magdalena mostró incomodidad en al demostrar su desconocimiento, por lo que se le brindó estimulación positiva reiterando el apoyo para el desarrollo de sus capacidades.		

FIGURA 4. Cuadro de diagnóstico, elaborado por: Subdirección de Enfermería, Instituto Nacional de Perinatología, Secretaría de Salud, 2015.

Requisito de Autocuidado Universal	Prevención de Peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano		
Operaciones de Diagnóstico	Limitación de conocimientos relacionado con identificación de datos de alarma obstétricos manifestado por expresión verbal.		
Objetivo	Facilitar la identificación de datos de alarma obstétricos durante la consulta en el servicio de urgencias.		
Sistema de Enfermería	Apoyo-Educación	Método de ayuda	Enseñar a otro
Prescripción del cuidado	Tratamiento regulador	Fundamentación científica	
Identificar el grado de información con el que cuenta la paciente. Establecer un método de ayuda para mejorar sus conocimientos sobre los datos de alarma obstétrica.	<p>Solicitar a la paciente que enuncie los datos de alarma que recuerda.</p> <p>Sugerir un método de memorización cefalocaudal: señalizando frente a ella cada parte anatómica y su correspondiente dato de alarma, mediante el uso de lenguaje sencillo, explicando las características de cada síntoma.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cabeza: cefalea, acúfenos, fosfenos. • Tórax: epigastralgia. • Brazos: TA iguales o mayores a 140/90mm/Hg • Abdomen: actividad uterina regular y motilidad fetal disminuida o ausente. • Vagina: perdidas transvaginales hemáticas o de líquido amniótico. <p>Realizar ejercicios de repetición para estimular la memoria, en el cual enfermera y paciente señalen las partes anatómicas mencionando los datos de alarma correspondientes.</p> <p>Explicar la importancia de la identificación de cada uno de los signos y síntomas y su pronta referencia.</p>	<p>El proceso de recordar y llevar a término una intención puede establecerse en cuatro fases:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Codificación de la intención y planificación de la acción; 2) almacenamiento del plan por un intervalo de tiempo; 3) recuperación de la intención, y 4) realización de la acción y su recuerdo.²⁸ <p>Un conocimiento adecuado de los signos de alarma obstétrica ayuda a actuar rápida y apropiadamente ante la identificación de síntomas anormales y contribuye a la adopción de conductas positivas que benefician la salud.²⁹</p>	
Control de casos	Magdalena expresó que el método aplicado le facilita recordar los datos de alarma obstétricos, pero se observa dificultad para memorizarlos por completo, por lo cual se determina que los elementos visuales podrían favorecer su cognición, por lo que se le proporciona una infografía donde se enumeran los datos de alarma obstétrica, recomendando colocarlo en algún lugar visible de su hogar para observarlo continuamente y familiarizarse así con ellos. (Ver Anexo 1)		

PRIMERA VALORACIÓN FOCALIZADA				
Fecha: 18/10/2017	Hora: 02:20 hrs.		Servicio: Urgencias	
FASE LATENTE DEL TRABAJO DE PARTO				
Requisitos de Autocuidado durante el embarazo según la etapa de desarrollo: Crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan los procesos del desarrollo.				
Sistema de Enfermería: Apoyo-Educación	Método de ayuda: Guiar y apoyar a otro		Agencia de autocuidado: Desarrollado, pero no estabilizado	
Signos vitales:				
T.A. 147/78 mmHg	F.C. 91 lpm	F.R. 18 rpm	T. 36.9°C	F.C.F. 134 lpm
Requisito Universal de Autocuidado: Prevención de los peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.				
Aspectos Relacionados con la estructura y función			Aspectos Relacionados con la calidad y cantidad	
<p>Durante la valoración obstétrica se determina fondo uterino de 33 cm, feto en presentación cefálica, abocado, situación longitudinal, dorso a la derecha, frecuencia cardíaca fetal de 154 latidos por minuto.</p> <p>Al tacto vaginal se determina cérvix central, firme con 1 cm de dilatación y 40% de borramiento, membranas íntegras, estación de Lee -3, índice de Bishop de 3.</p> <p>PLAN: A la toma de signos vitales se observan cifras tensionales elevadas, por lo que el médico tratante decide su internamiento para evaluación y posible clasificación de trastorno hipertensivo del embarazo, con el plan de inductoconducción del trabajo de parto bajo monitorización</p>			<p>Magdalena reingresa a consulta de urgencias refiriendo actividad uterina regular, indica presentar de 3 a 4 contracciones en 10 minutos con duración mayor a 35 segundos.</p> <p>Niega pérdidas transvaginales, percibe movimientos fetales, niega datos de encefalopatía hipertensiva.</p>	

<p>fetal intermitente. Magdalena es informada sobre el plan de tratamiento, a lo cual acepta, por lo que se inicia la primera dosis de misoprostol 50 µg vía vaginal a las 3:25 hrs. Es ingresada al área de cuartos combinados para continuar con el manejo. Se indican toma de muestras sanguíneas para clasificación del estado hipertensivo.</p>		
Exposición a riesgos		
<p>Maternos</p> <ul style="list-style-type: none"> -Preeclamsia -Preeclamsia con datos de severidad -Eclampsia -Síndrome HELLP -Desprendimiento placentario -Hemorragia obstétrica -Muerte 	<p>Fetales</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pérdida del bienestar fetal -Hipoxemia -Hipercapnia -Hipoxia -Acidosis metabólica 	<p>Neonatales</p> <ul style="list-style-type: none"> -Asfixia neonatal -Lesiones parasagitales o corticales -Encefalopatía hipóxico-isquémica³⁰

FIGURA 5. Esquema de valoración focalizada, elaborado por: E.E.P. Nidia Rivas Flores, modificado por L.E.O. Ana Karen Arias Cruz.

Requisito de Autocuidado Universal	Prevención de Peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano		
Operaciones de Diagnóstico	Riesgo de pérdida del bienestar materno-fetal secundario a probable trastorno hipertensivo.		
Objetivo	Detectar signos y síntomas de trastorno hipertensivo durante su estancia en urgencias.		
Sistema de Enfermería	Apoyo-Educación Parcialmente compensatorio	Método de ayuda	Apoyar a otro
Prescripción del cuidado	Tratamiento regulador	Fundamentación científica	
Monitorizar intermitente las constantes vitales. Evaluar datos de encefalopatía hipertensiva. Evaluar los estudios de laboratorio para clasificación del estado hipertensivo.	Realizar curva de presión arterial, cada 15 minutos, durante 1 hora. Evaluar, en cada toma de TA, la presencia de datos de encefalopatía hipertensiva: cefalea, acufenos, fosfenos, epigastralgia, así como dolor en hipocondrio derecho. Reforzar en la paciente la identificación y referencia de los datos de encefalopatía hipertensiva. Analizar e interpretar resultados de BH, QS, PFH,EGO para clasificación del trastorno hipertensivo y dar inicio al tratamiento correspondiente.	Criterio para diagnosticar hipertensión arterial según el ACOG: - Tensión arterial de $\geq 140/90$ mmHg en 2 mediciones con diferencia de 4 horas, después de las 20 semanas de gestación en una mujer con una presión arterial previamente normal. - Tensión arterial $\geq 160/110$ mmHg en corto tiempo (minutos). Y proteinuria mayor o igual a 300 mg por recolección de orina de 24 horas (o esta cantidad extrapolada de una recolección programada), o proporción proteína/creatinina mayor o igual a 0.3, o varilla de lectura de 1+. O en ausencia de proteinuria, hipertensión de inicio reciente con el nuevo inicio de cualquiera de los siguientes: Trombocitopenia: recuento plaquetario inferior a 100,000 μ L. Insuficiencia renal: concentraciones séricas de creatinina superiores a 1,1 mg/dL o duplicación de la concentración sérica de creatinina en ausencia de la otra enfermedad renal. Concentraciones sanguíneas elevadas de transaminasas	

	<p>hepáticas a concentración dos veces normal.</p> <p>Edema pulmonar.</p> <p>Síntomas cerebrales o visuales.³¹</p> <p>En el abordaje diagnóstico de la paciente con preeclampsia debe de realizarse estudios auxiliares diagnósticos para el monitoreo y vigilancia de su evolución:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilancia estrecha de presión arterial. • Biometría hemática completa. • Interrogatorio y exploración física de epigastralgia o hepatalgia, datos de vasoespamo, náuseas. • Medición de funcionamiento renal (creatinina sérica electrolitos séricos, ácido úrico). • Vigilancia cardiorespiratoria (datos de edema agudo pulmonar). • Confirmar o descartar proteinuria mediante cuantificación de proteínas en orina de 24hrs y/ó cociente proteínas urinarias/creatinina urinaria en una muestra aislada si se requiere hacer un diagnóstico de proteinuria significativa inmediato. • Transaminasas hepáticas, bilirrubinas, deshidrogenasa láctica. • Tiempos de coagulación, INR y fibrinógeno.³²
<p>Control de casos</p>	<p>Durante 1 hora, la curva de presión arterial cada 15 minutos, mostró cifras normales de presión arterial: 128/79, 130/81, 127/70, 116/76 mmHg.</p> <p>Se tomaron muestras sanguíneas para recabar resultados.</p> <p>Magdalena no presentó sintomatología de encefalopatía hipertensiva, pero aprendió a identificarla.</p>

SEGUNDA VALORACIÓN FOCALIZADA					
Fecha: 18/10/2017	Hora: 03:40 hrs.		Servicio: Cuartos combinados		
FASE LATENTE DEL TRABAJO DE PARTO					
Requisitos de Autocuidado durante el embarazo según la etapa de desarrollo: Provisión de cuidados asociados a los efectos de las condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano.					
Sistema de Enfermería: Apoyo-Educación	Método de ayuda: Guiar y apoyar a otro		Agencia de autocuidado: Desarrollado, pero no estabilizado		
Signos vitales:					
T.A. 128/79 mmHg	F.C. 89 lpm	F.R. 21 rpm	T. 36.9°C	F.C.F. 144 lpm	
Requisito Universal de Autocuidado: Prevención de los peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.					
Estudios de laboratorio					
Leucocitos totales	7.27	Tiempo de protrombina	12.8	Creatinina sérica	0.5
Eritrocitos	4.53	Tiempo de tromboplastina	105.65	Ácido úrico	5.7
Hemoglobina	13.7	Fibrinógeno	336	Bilirrubina total	0.7
Hematocrito	39.6	Glucosa	89 mg/dL	Bilirrubina directa	0.3
Plaquetas	127 000	Urea	20.0	Proteínas totales	6.6 g/dL
Sodio	138 mmol/L	Potasio	4.0 mmol/L	Magnesio	2 mg/dL
TGO/AST	19 U/L	TGP/ALT	26 U/L	ALP	172 U/L
Uroanálisis					
Proteínas	Negativas	Nitritos	Negativos	Cuerpos cetónicos	Negativos
Glucosa	Negativa	Urobilinógeno	Negativos	Bilirrubinas	Negativas
Hemoglobina	Negativa	Leucocitos	Negativos	pH	6.5
Aspectos Relacionados con la estructura y función			Aspectos Relacionados con la calidad y cantidad		
Se evalúan signos vitales, encontrándose cifras tensionales dentro de parámetros normales: 128/79, 130/87, 127/80, 128/74, 130/79. La paciente niega datos de encefalopatía hipertensiva.			Con el desarrollo de la dinámica uterina en la fase latente del trabajo de parto, muestra temor y refiere percepción intensa de dolor.		

<p>A la valoración física presenta, feto en presentación cefálica, abocado, situación longitudinal, dorso a la derecha, frecuencia cardíaca fetal de 144 latidos por minuto.</p> <p>Al tacto vaginal se determina cérvix central, blando, con 3 cm de dilatación y 60% de borramiento, membranas íntegras, estación de Lee -3, índice de Bishop de 7.</p>	<p>Tras recabar los resultados de laboratorio se descartó la presencia de trastorno hipertensivo del embarazo.</p>	
<p>Requisito Universal de Autocuidado: Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo humano de ser normal.</p>		
<p>Aspectos Relacionados con la estructura y función</p>	<p>Aspectos Relacionados con la calidad y función</p>	
<p>Tórax simétrico, murmullo vesicular bilateral, ausencia de estertores. No presenta dificultad respiratoria, saturación de oxígeno mayor a 90%.</p> <p>Mucosas orales normohidratadas.</p> <p>No presenta alteraciones que dificulten la marcha ni la movilización, así como debilidad muscular o articular. Niega presentar cansancio.</p>	<p>Al interrogatorio dirigido Magdalena refiere desconocer el proceso del trabajo de parto ya que no asistió al curso de psicoprofilaxis impartido en la institución y tampoco buscó una fuente alternativa de información.</p> <p>Magdalena se refiere nerviosa, pero indica interés en recibir acompañamiento durante su trabajo de parto. Al ser informada sobre la opción de recibir psicoprofilaxis obstétrica muestra interés, entiende la información brindada y acepta participar activamente durante su jornada obstétrica.</p> <p>Durante el trabajo de parto en fase latente se favorece el consumo de líquidos generales, observándose aceptación y tolerancia al consumo. Se propicia y favorece la deambulación y cambio postural durante la jornada obstétrica; Magdalena continúa cooperadora.</p>	
<p>Exposición a riesgos</p>		
<p>Maternos</p> <ul style="list-style-type: none"> -Trabajo de parto estacionario. -Hiperestimulación uterina. -Distocia de la dinámica uterina. -Distocia del trabajo de parto. -Disociación perinatal. -Muerte. 	<p>Fetales</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pérdida del bienestar fetal -Hipoxia -Isquemia -Óbito fetal. 	<p>Neonatales</p> <ul style="list-style-type: none"> -Asfixia perinatal -Síndrome de adaptación pulmonar -APGAR bajo

Requisito de Autocuidado Universal	Prevención de Peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano		
Operaciones de Diagnóstico	Riesgo de pérdida del bienestar materno y fetal relacionado con ministración de prostaglandina vía vaginal.		
Objetivo	Identificar datos de hiperestimulación uterina y/o efectos adversos fetales.		
Sistema de Enfermería	Parcialmente compensatorio	Método de ayuda	Actuar por otro
Prescripción del cuidado	Tratamiento regulador	Fundamentación científica	
Evaluar dinámica uterina, durante las 4 horas posteriores a la aplicación de prostaglandina vaginal.	<p>Evaluar las características de la actividad uterina: frecuencia, intensidad, duración, cada hora.</p> <p>Valorar mediante monitorización cardiotocográfica horaria la respuesta fetal ante la actividad uterina: frecuencia cardíaca fetal basal, variabilidad, presencia de aceleraciones y desaceleraciones.</p> <p>Valorar continuamente la presencia de perdidas transvaginales: sangrado transvaginal o ruptura de membranas.</p>	<p>Se recomienda registro cardiotocográfico media hora antes de iniciar las prostaglandinas y durante las 2 horas posteriores a su colocación. El inicio de las contracciones suele ser a partir de la hora, con un máximo entre las 4 y las 6 horas. Se deberá comprobar que no hay compromiso fetal en caso de detectar hiperdinamia.³³</p> <p>Después de la administración de prostaglandinas vaginales, cuando las contracciones inicien, se debe valorar el bienestar fetal con monitoreo electrónico de la frecuencia cardíaca fetal.³⁴</p> <p>La taquisistolia con o sin cambios en la FCF es más frecuente con el uso de misoprostol vaginal, en comparación con la protaglandina E2 vaginal, la prostaglandina E2 intracervical y la oxitocina.³⁵</p>	
Control de casos	Durante las siguientes 4 horas Magdalena no presentó datos de hiperestimulación uterina, ni efectos adversos. Se valoraron 2 RCTG con una FCF basal de 130-140 lpm, con variabilidad moderada, presencia de aceleraciones, ausencia de desaceleraciones. Se evaluaron 4 contracciones en 10 minutos, con una intensidad de 20-40 mmHg con duración de 30-45 segundos.		

Requisito de Autocuidado Universal	Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo humano de ser normal		
Operaciones de Diagnóstico	Disposición materna para participar activamente en la jornada obstétrica manifestado por motivación y verbalización.		
Objetivo	Fomentar un entorno empático y alentador durante la jornada obstétrica en el área de cuartos combinados.		
Sistema de Enfermería	Apoyo-Educación	Método de ayuda	Guiar a otro Proporcionar un entorno que fomente el desarrollo
Prescripción del cuidado	Tratamiento regulador	Fundamentación científica	
<p>Informar sobre el desarrollo del trabajo de parto.</p> <p>Proporcionar acompañamiento pico-afectivo continuo.</p> <p>Propiciar el adecuado desarrollo de la jornada obstétrica, mediante atención personalizada, humanizada y de calidad.</p> <p>Evaluar el bienestar materno-fetal.</p> <p>Favorecer el confort durante el inicio del trabajo de parto.</p>	<p>Explicar y desarrollar verbalmente las fases del trabajo de parto.</p> <p>Reafirmar la relación de respeto, confianza y entendimiento con la paciente.</p> <p>Monitorizar y evaluar cada hora las constantes vitales maternas y fetales: Presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura y frecuencia cardíaca fetal.</p> <p>Valorar la dinámica uterina: frecuencia, duración e intensidad.</p> <p>Recomendar y favorecer el descanso y sueño durante la etapa temprana del trabajo de parto.</p> <p>Facilitar la ingesta de líquidos generales durante la jornada obstétrica para el mantenimiento de</p>	<p>Informar y atender con calidez a las pacientes mejora su percepción y fomenta su cooperación durante los procedimientos.³⁶</p> <p>Una comunicación de calidad entre las pacientes y los profesionales responsables de su cuidado influye de manera positiva sobre la percepción del parto.³⁷</p> <p>En la vigilancia del trabajo de parto la verificación y registro de la contractilidad uterina y el latido cardíaco fetal, deben llevarse a cabo entre 30 a 60 minutos máximo.³⁸</p> <p>Durante el período dilatante del trabajo de parto se debe alentar y ayudar a las mujeres, incluso a las que utilizan analgesia epidural, a adoptar cualquier posición que encuentren cómoda a lo largo del periodo de dilatación y a movilizarse, si así lo desean, previa comprobación del bloqueo motor y propioceptivo, siempre y cuando no exista contraindicación médica. Esto disminuye el tiempo de trabajo de parto y la medicalización excesiva.³⁹</p> <p>El equilibrio nutritivo deficiente puede asociarse con un trabajo de parto más prolongado y más doloroso, y el ayuno no garantiza un estómago vacío ni menos acidez.⁴⁰</p>	

<p>Enseñar técnicas no farmacológicas para la disociación del dolor durante la fase latente del trabajo de parto.</p>	<p>aporte energético.</p> <p>Enseñar la ejecución de la respiración rítmica, rítmica modificada y de limpieza.</p> <p>Informar sobre los beneficios de las posiciones verticales durante el trabajo de parto.</p> <p>Brindar masoterapia con aceites vegetales y aplicar termoterapia con un cojín caliente en zonas localizadas con dolor, evaluando la respuesta de la paciente en cuanto a intensidad y duración.</p>	<p>El dolor se puede controlar de manera más efectiva mediante ejercicios de respiración para facilitar el parto. Un ensayo clínico aleatorizado mostró que la segunda etapa del parto fue más corta en el grupo de intervención que recibió entrenamiento respiratorio, ya que las inhalaciones y exhalaciones profundas realizadas en el ejercicio de respiración durante el parto proporcionan la movilización de los músculos del piso pélvico, y los músculos abdominales se contraen y oxigenan activamente.⁴¹</p> <p>En una revisión sistemática realizada por la Cochrane, los autores concluyeron que el periodo dilatante del trabajo de parto puede ser aproximadamente una hora más corto para las mujeres que mantienen la posición vertical y caminan, y que tienen más probabilidades de recibir menos analgesia epidural.⁴²</p> <p>La evidencia científica relata una mejor experiencia emocional del parto en las gestantes tratadas con masoterapia.⁴³</p> <p>La termoterapia, aplicada de forma superficial, provoca hiperemia por vasodilatación, que favorece la llegada de nutrientes a la zona tratada, aumenta la oxigenación de los tejidos y reduce la isquemia, que es una de las causas del dolor. Además, este aumento de flujo sanguíneo mejora la eliminación de residuos y sustancias algógenas segregadas localmente a causa del daño tisular, como las prostaglandinas, la noradrenalina o las histaminas, que son fácilmente arrastradas por el incremento del flujo sanguíneo. También produce una acción sedante, ya que influye en los impulsos nerviosos; puede inhibir o disminuir la sensación de dolor cuando la aplicación es prolongada y eleva el umbral de dolor por el calentamiento de otros tejidos, como la piel. Se puede aplicar utilizando calor seco, que aumenta la temperatura de forma rápida, o calor húmedo, que penetra en los tejidos en mayor profundidad.⁴⁴</p>
<p>Control de casos</p>	<p>Durante la fase latente Magdalena aprende y realiza adecuadamente ejercicios respiratorios: realiza respiraciones rítmicas previas al inicio de la contracción y respiraciones de limpieza al final de la contracción. Participa activamente durante el inicio de la jornada obstétrica, acepta y ejecuta los ejercicios psicoprofilácticos, admite que le ofrecen disociación del dolor, y por ello se mantiene optimista y cooperadora. Pero al incremento de la actividad uterina, tanto en intensidad como en periodicidad, Magdalena refiere dolor</p>	

	intenso y temor, negándose a continuar con los ejercicios psicoprofilácticos.
--	---

Requisito de Autocuidado Universal	Prevención de Peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano		
Operaciones de Diagnóstico	Riesgo de desarrollar disociación perinatal durante la fase activa del trabajo de parto relacionado con presencia de temor e incapacidad para regular la percepción del dolor obstétrico durante la fase latente.		
Objetivo	Facilitar la disociación del dolor obstétrico mediante técnicas específicas y personalizadas de psicoprofilaxis obstétrica.		
Sistema de Enfermería	Apoyo-Educación	Método de ayuda	Apoyar a otro
Prescripción del cuidado	Tratamiento regulador	Fundamentación científica	
Propiciar y mantener un entorno favorable para la paciente.	<p>Mantener el acompañamiento psicoafectivo con la paciente, estableciendo un diálogo conciliador y permisivo para la expresión de sus sensaciones y sentimientos, validándolos evitando la emisión de juicios.</p> <p>Favorecer continuamente la autoconfianza y el autodominio.</p> <p>Alentarla y motivarla a continuar con los ejercicios psicoprofilácticos.</p> <p>Brindar privacidad, para favorecer el autorreconocimiento en la situación actual y permitir la reflexión sobre las</p>	<p>Un buen apoyo durante el parto es esencial, y el personal médico que proporciona información adecuada sobre el dolor y el dolor durante el parto puede reducir la disociación perinatal.⁴⁵</p> <p>Se conoce que las estrategias de afrontamiento activo que aumentan la sensación de control están relacionadas con una disminución del dolor y aumento de satisfacción materna con la vivencia del proceso de parto.⁴⁶</p> <p>La atención humanizada a las mujeres durante el trabajo de parto incluye la mejora de las condiciones para que el mismo se pueda vivir</p>	

<p>Aplicar medidas no farmacológicas para el control del dolor.</p>	<p>alternativas.</p> <p>Describir la técnica de esferodinamia e informar sobre sus beneficios.</p> <p>Colocar a la paciente sobre la pelota y enseñarle a realizar movimientos en posición vertical de balanceo y rotación de la pelvis. Indicarle mantener sus rodillas posicionadas en un nivel inferior al de su pelvis, manteniendo en todo momento los pies apoyados en el suelo. Solicitar que se sujete del barandal de la pared o de la cama. Colocar un banco detrás de ella para proporcionar estabilidad y brindar masoterapia o termoterapia, según lo desee.</p>	<p>de manera digna. El dolor del parto supone una preocupación para muchas mujeres y ya se cuenta con diversas estrategias no medicalizadas que ofrecen mejora y control del dolor obstétrico.⁴⁷</p> <p>El uso de la pelota de parto conlleva estar en posición vertical, realizando movimientos que movilizan los músculos y articulaciones de la pelvis, masajeando el periné y posibilitando el afrontamiento del dolor de manera activa. No se han observado efectos no deseados maternos ni neonatales.⁴⁸</p> <p>Se recomienda satisfacer, en la medida de lo posible, las expectativas de la mujer en relación con el alivio del dolor durante el parto, contando con las condiciones para ofrecer analgesia obstétrica, como otras estrategias desmedicalizadas como lo son los métodos psicoprofilácticos, a través de las posiciones, la respiración y la relajación.⁴⁹</p>
<p>Control de casos</p>	<p>Magdalena se mostró expectante, tras reforzarle los beneficios de los ejercicios psicoprofilácticos y la importancia de su participación en la jornada obstétrica accedió a continuar realizándolos.</p> <p>La esferodinamia con masoterapia lumbar demostraron ser más afectivas para la disociación del dolor. Se mantuvo en acompañamiento continuo a solicitud de Magdalena.</p>	

TERCERA VALORACIÓN FOCALIZADA

Fecha: 18/10/2017		Hora: 06:25 hrs.		Servicio: Cuartos combinados	
FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO					
Requisitos de Autocuidado según la etapa de desarrollo: Provisión de cuidados para prevenir efectos negativos que puedan afectar adversamente el desarrollo humano.					
Sistema de Enfermería: Apoyo-Educación		Método de ayuda: Guiar y apoyar a otro		Agencia de autocuidado: Desarrollado, pero no estabilizado	
Signos vitales:					
T.A. 127/85 mmHg	F.C. 87 lpm	F.R. 24 rpm	T. 37°C	F.C.F. 145 lpm	
Requisito Universal de Autocuidado: Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano					
Aspectos Relacionados con la estructura y función			Aspectos Relacionados con la calidad y cantidad		
<p>La paciente refiere dolor intenso, presenta taquicardia, taquipnea y diaforesis.</p> <p>La frecuencia cardíaca fetal basal es de 140 lpm, con variabilidad moderada, aceleraciones ausentes, desaceleraciones ausentes, motilidad fetal disminuida, RCTG categoría I.</p> <p>Presenta actividad uterina regular, con frecuencia 4-10, duración ≥40 segundos, intensidad +++.</p>			<p>Bajo su valoración, el médico tratante realiza amniorrexis, obteniendo líquido amniótico claro a las 6:25 hrs.</p> <p>Por protocolo hospitalario, se inicia conducción del trabajo de parto con infusión de oxitocina 10 UI diluidas en 1000 ml de solución salina, 6 ml/h.</p> <p>Durante la fase activa, bajo efecto del dolor obstétrico Magdalena refiere incapacidad para realizar los ejercicios psicoprofilácticos. Se mantiene en posición de decúbito dorsal, adoptando posturas defensivas ante el dolor.</p> <p>Se le informa sobre la alternativa de analgesia médica, lo que le causa confusión y dificulta su decisión.</p>		
Exposición a riesgos					
Maternos		Fetales		Neonatales	
<ul style="list-style-type: none"> -Disociación perinatal -Distocia del trabajo de parto -Ruptura uterina -Hemorragia obstétrica -Shock hipovolémico -Muerte 		<ul style="list-style-type: none"> -Pérdida del bienestar fetal -Hipoxia -Isquemia -Óbito fetal -Muerte. 		<ul style="list-style-type: none"> -Asfixia perinatal - Síndrome de adaptación pulmonar -APGAR bajo 	

Requisito de Autocuidado Universal	Prevención de Peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano		
Operaciones de Diagnóstico	Riesgo de pérdida del bienestar materno-fetal relacionado con conducción del trabajo de parto con oxitocina.		
Objetivo	Identificar datos de compromiso materno-fetal durante la conducción del trabajo de parto.		
Sistema de Enfermería	Parcialmente compensatorio	Método de ayuda	Actuar por otro
Prescripción del cuidado	Tratamiento regulador	Fundamentación científica	
Valorar datos de bienestar materno-fetal.	Evaluar la condición general de la mujer, valorar constantes vitales maternas: presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura y bienestar fetal: frecuencia cardíaca fetal, así como motilidad fetal.	La perfusión con oxitocina para estimulación del parto se asocia significativamente con un aumento de la tasa de cesáreas, con mayor porcentaje de fiebre materna intraparto, con valores más bajos de pH de cordón umbilical, y mayor necesidad de reanimación neonatal tipo avanzado. ⁵⁰	
Evaluar dinámica uterina.	Revalorar mediante escala EVA, el dolor obstétrico ante la progresión de la dinámica uterina.	La inducción del trabajo de parto requiere monitoreo cercano de la actividad uterina y de la frecuencia cardíaca fetal. ⁵¹	
Evaluar el progreso del trabajo de parto.	Realizar registro cardiotocográfico cada hora para identificar presencia de datos ominosos.	En la vigilancia del trabajo de parto la verificación y registro de la contractilidad uterina y el latido cardíaco fetal, deben llevarse a cabo entre 30 a 60 minutos máximo. ⁵²	
	Evaluar cada 2 horas dilatación y borramiento, para determinar el desarrollo y progreso del trabajo de parto.	Los efectos secundarios e la oxitocina están principalmente relacionados con la dosis los más frecuentes son taquisistolia uterina y FCF categoría II o III. ⁵³	
	Realizar registros en el partograma.	En la fase activa del trabajo de parto, se realizará tacto vaginal cada 2 horas bajo estrictas condiciones de antisepsia, con guantes estériles para identificar el progreso del mismo. ⁵⁴	
Control de casos	Magdalena continuó estable, con signos vitales dentro de parámetros normales. La dinámica uterina permaneció estable en duración ≥ 45 segundos, intensidad +++ y frecuencia de 5 en 10 min. La frecuencia cardíaca fetal se mantuvo con variabilidad moderada, presentó aceleraciones no presentó desaceleraciones, se evaluó un trazo reactivo categoría I. Con el progreso de la dinámica uterina la percepción del dolor aumentó en Magdalena, por lo que decidió permanecer en cama, negándose a participar activamente en su jornada obstétrica.		

Requisito de Autocuidado Universal	Prevención de Peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano		
Operaciones de Diagnóstico	Alteración del bienestar materno relacionado con dolor obstétrico manifestado por negación para la participación activa en la jornada obstétrica y permanencia en posición decúbito dorsal.		
Objetivo	Favorecer la participación continua de la paciente en el desarrollo de su trabajo de parto.		
Sistema de Enfermería	Parcialmente compensatorio	Método de ayuda	Apoyar a otro Proporcionar un entorno que fomente el desarrollo
Prescripción del cuidado	Tratamiento regulador	Fundamentación científica	
Favorecer la reflexión sobre la participación activa y continua de la paciente. Reafirmar los beneficios de las medidas no farmacológicas para el control del dolor.	Brindar apoyo emocional, favoreciendo la expresión de sentimientos y pensamientos. Estimular la continuidad de su participación en la jornada obstétrica. Explicar el beneficio de la adopción de posiciones verticales, para el control del dolor obstétrico y el desarrollo del trabajo de parto. Fomentar y favorecer el desarrollo de la autoconfianza para el progreso del trabajo de parto. Proponer realizar esferodinamia en regadera con agua tibia para aumentar el efecto analgésico.	La ansiedad y el dolor pueden producir modificaciones adversas en la homeostasis materna que pueden afectar a madre y feto, así como a la normal evolución del parto. ⁵⁵ La libertad de movimientos y el apoyo emocional favorecen la reducción del dolor y el incremento de la comodidad materna. ⁵⁶ Las posiciones verticales y el decúbito lateral son más confortables para las mujeres, pues favorecen una reducción del dolor asociado a las contracciones y al momento del nacimiento, reducen la tasa de episiotomías, partos instrumentales y cesáreas, pues incrementan los diámetros pélvicos y mejoran la acomodación del feto al canal del parto. ⁵⁷ La temperatura ideal del agua para el trabajo de parto se sitúa entre 32 y 36 °C, y el momento	

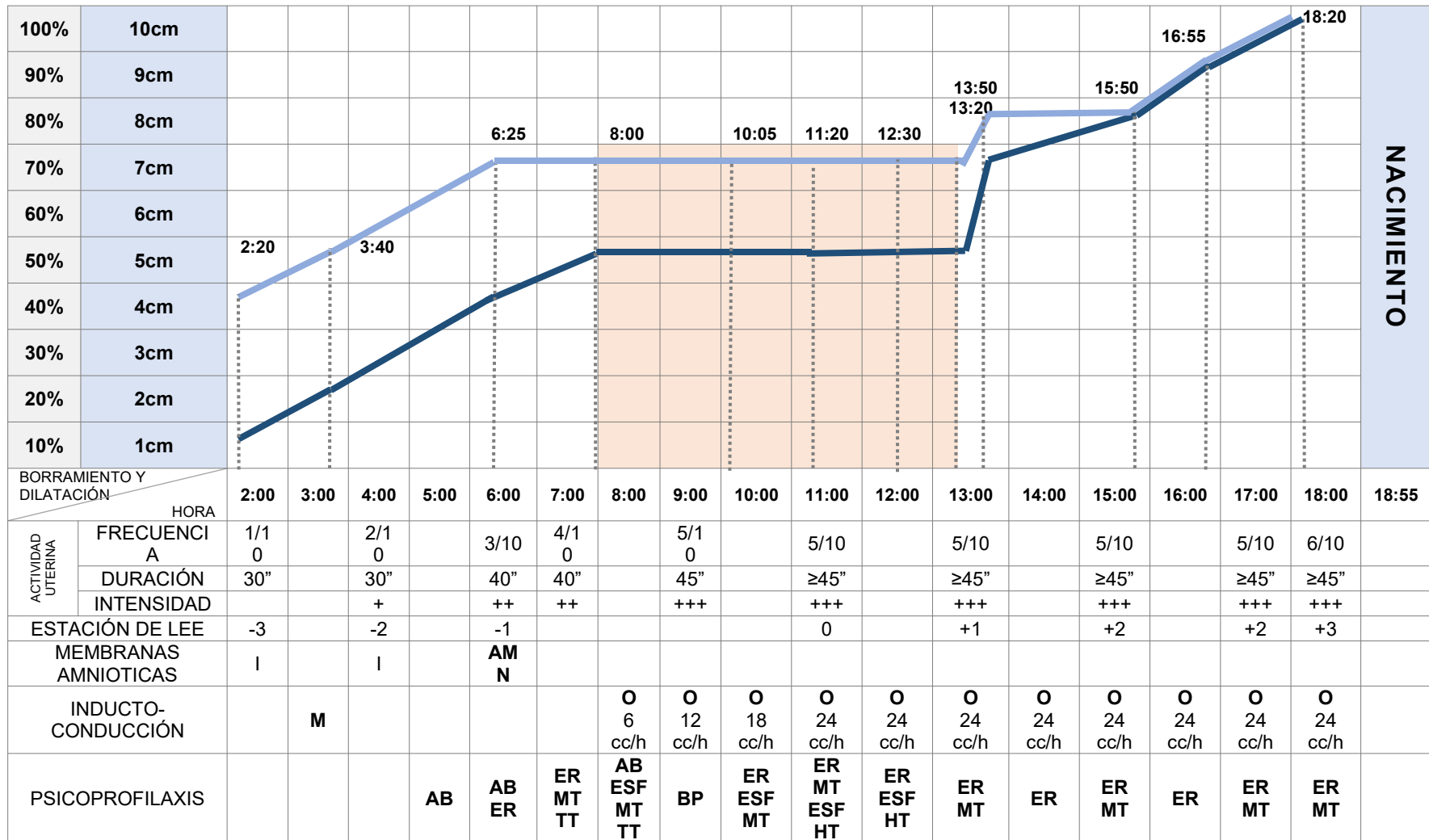
		<p>óptimo para la inmersión es cuando el cérvix tiene una dilatación de 5-6 cm. Durante las dos primeras horas tras la entrada en el agua, el parto se hace más rápido; sin embargo, es previsible una reducción de la eficacia del trabajo de parto cuando la mujer permanece en el agua más tiempo. Por ello, no se recomienda la inmersión temprana.⁵⁸</p>
Control de casos	<p>Magdalena se mostraba poco confiada en sí misma, expresaba deseos de no sentir dolor, pero continuaba negándose a realizar los ejercicios. Mostró interés al plantearle la opción de esferodinamia en regadera, por lo que se realizó un refuerzo mediante el uso de frases positivas y el acompañamiento durante todo el proceso. Se obtuvo una considerable disminución del dolor mediante esta técnica durante 40 min. Se realizó valoración manual de la dinámica uterina, con frecuencia 5-10, duración ≥ 40 segundos, intensidad ++++. Al progreso de la dinámica uterina Magdalena decidió regresar a la cama. Se mostraba ansiosa, intranquila y con facies de dolor, expresaba deseos de no sentir dolor. Ante tal situación se brindó información sobre medidas farmacológicas para el control del dolor, lo cual le causó confusión.</p>	

Requisito de Autocuidado Universal	Prevención de Peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano		
Operaciones de Diagnóstico	Limitación de la capacidad reflexiva relacionado con toma de decisión para el control del dolor con analgesia epidural manifestado por incertidumbre		
Objetivo	Favorecer la comprensión de la información sobre analgesia epidural para facilitar la toma de decisión.		
Sistema de Enfermería	Apoyo-Educación	Método de ayuda	Proporcionar un entorno que fomente el desarrollo
Prescripción del cuidado	Tratamiento regulador	Fundamentación científica	
Brindar información pertinente, necesaria, y competente. Favorecer la reflexión para facilitar la toma de decisión.	<p>Informar con lenguaje de fácil comprensión para la paciente, el objetivo de la analgesia epidural, el procedimiento para la instalación de la misma, los beneficios, duración y posibles efectos secundarios.</p> <p>Favorecer la expresión de dudas.</p> <p>Realizar retroalimentación de la información brindada, con objetividad y respeto.</p> <p>Favorecer la autonomía de la mujer para la toma de decisión.</p> <p>Respetar y respaldar la decisión de la mujer.</p>	<p>Las técnicas para la analgesia durante el parto deben ser seguras tanto para la madre como para el feto, e individualizadas para satisfacer el requerimiento analgésico y los deseos de la parturienta. También deben adaptarse a la naturaleza cambiante del dolor del parto y al curso evolutivo y variado del período de dilatación y el parto.⁵⁹</p> <p>Las técnicas neuroaxiales representan la forma más efectiva de analgesia durante el de parto y alcanzan las tasas más altas de satisfacción materna. La mujer permanece despierta y alerta sin efectos secundarios debidos a la sedación, sus concentraciones de catecolaminas se reducen, se evita la hiperventilación, se facilita la cooperación y capacidad de participar activamente durante el parto, y se puede lograr una analgesia predecible, superior a la analgesia proporcionada por todas las demás técnicas.</p>	

		<p>La ACOG como la American Society of Anesthesiologists recomiendan que la solicitud materna sea una justificación suficiente para la analgesia epidural, por lo que no se debe depender de una dilatación cervical arbitraria.⁶⁰</p> <p>La analgesia obstétrica es un método eficaz para el alivio del dolor, la cual también tiene efectos secundarios como: hipotensión, retención urinaria, fiebre y puede alargar la etapa de parto.⁶¹</p>
<p>Control de casos</p>	<p>Magdalena presentó dificultad para comprender la información, pese al uso de lenguaje no técnico. Se le reitero la información necesaria en múltiples ocasiones. Expresaba deseos de no sentir dolor, pero mencionó temor ante el procedimiento por la experiencia previa de sus familiares ante la analgesia epidural. Se confrontó la información de los familiares con objetividad y Magdalena finalmente decidió aceptar la colocación de analgesia epidural, tras la cual refirió una notable disminución del dolor obstétrico.</p> <p>Magdalena presentó trabajo de parto estacionario con 5 cm de dilatación de 08:00 a 13:30 hrs., ante lo cual se mostró angustiada, irritada, cansada, negándose a participar en su jornada obstétrica.</p> <p>En la valoración cardiotocográfica se evaluó una FCF basal de 130, variabilidad moderada, aceleraciones ausentes y desaceleraciones tempranas y tardías de hasta 110 lpm, actividad uterina regular: 4-10, duración de 40 segundos e intensidad de 80 mmHg.</p>	

Requisito de Autocuidado Universal	Prevención de Peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano		
Operaciones de Diagnóstico	Alteración del bienestar materno-fetal relacionado con trabajo de parto estacionario manifestado por angustia materna y presencia de desaceleraciones tempranas y tardías de la FCF.		
Objetivo	Favorecer el desarrollo del trabajo de parto.		
Sistema de Enfermería	Totalmente compensatorio	Método de ayuda	Apoyar a otro
Prescripción del cuidado	Tratamiento regulador	Fundamentación científica	
Brindar maniobras de reanimación intrauterina.	Indicar a la paciente colocarse en posición decúbito lateral izquierdo. Suspender infusión de oxitocina. Administrar bolo intravenoso de 1000ml de solución cristaloide. Administrar O2 a un flujo de 7 a 10 l/min durante 10-15 minutos a través de mascarilla tipo Venturi al 27- 31%.	El útero grávido a término puede comprimir la vena cava inferior y aorta descendente intraabdominal, lo que puede conducir a hipotensión, disminución del flujo sanguíneo uteroplacentario y disminución de la saturación fetal de oxígeno. ⁶²	
Favorecer la relajación materna.	Explicar el motivo de las intervenciones realizadas y su función. Explicar el proceso en el que se encuentra, ofreciendo comprensión acerca de sus sentimientos y sensaciones. Brindar apoyo emocional y favorecer	Si se está administrando oxitocina y aparecen alteraciones de la FCF, la primera medida es interrumpir su infusión. ⁶³ Ante alteraciones de FCF, la administración de un bolo de líquidos I.V. es una medida recomendada, tenga o no la madre signos de hipotensión. Su mayor utilidad se ha observado en la prevención de alteraciones de FCF tras la administración de analgesia epidural. La administración I.V. de una cantidad importante (1,000 ml) de líquidos a la madre en forma de solución cristaloide maximiza el volumen intravascular materno y la perfusión uterina. ⁶⁴	

	<p>su participación para el desarrollo del trabajo de parto.</p>	<p>La administración de O2 al 100% a la madre con mascarilla facial corrige patrones no tranquilizadores de FCF, disminuyendo la línea de base en casos de taquicardia fetal y reduciendo o eliminando desaceleraciones tardías, efecto que desaparece al cesar la oxigenoterapia. Se recomienda que se evite su administración prolongada (>15 minutos).⁶⁵</p> <p>Su efecto permanece al menos 30 minutos. Su uso podrá repetirse durante el trabajo de parto pero no durante tiempo superior a 20 minutos en cada ocasión.⁶⁶</p> <p>El éxito de estas medidas (normalización del patrón de FCF) permite continuar con el trabajo de parto, esperando lograr un parto vaginal.⁶⁷</p>
<p>Control de casos</p>	<p>Magdalena presenta dificultad para aceptar el efecto de la analgesia epidural en el desarrollo del trabajo de parto, pese a brindarle apoyo emocional ella continúa angustiada, se refiere cansada, por lo que decide permanecer en cama.</p> <p>No se observan mejorías en el patrón de FCF tras la aplicación de las maniobras de reanimación intrauterina, por lo que permanece en monitorización cardiotocográfica continua.</p> <p>Se analiza con el equipo médico las alternativas de atención, en búsqueda del mayor beneficio materno y fetal. El equipo médico considera favorable continuar con el desarrollo del trabajo de parto, esperando obtener mejoría tras la continuidad de las maniobras de reanimación intrauterina.</p> <p>Se mantiene el acompañamiento, ofreciendo apoyo emocional oportuno y en estrecha valoración del estado fetal.</p>	



I MEMBRANAS INTEGRAS **AMN** AMNIORREXIS **M** MISOPORSTOL **O** OXITOCINA **BP** BLOQUEO PERIDURAL
ER EJERCICIOS RESPIRATORIOS **AB** AMBULACIÓN **MT** MASOTERAPIA **TT** TERMOTERAPIA **ESF** ESFERODINAMIA
HT HIDROTERAPIA

FIGURA 6. Partograma, elaborado por: L.E.O. Arias Cruz Ana Karen

CUARTA VALORACIÓN FOCALIZADA				
Fecha: 18/10/2017		Hora: 18:20 hrs		Servicio: Cuartos combinados
PERIODO EXPULSIVO				
Requisitos de Autocuidado según la etapa de desarrollo: Provisión de cuidados para mitigar o superar los efectos negativos que puedan afectar adversamente el desarrollo humano.				
Sistema de Enfermería: Totalmente compensatorio		Método de ayuda: Guiar y apoyar a otro		Agencia de autocuidado: Desarrollado, pero no estabilizado
Signos vitales:				
T.A. 134/87 mmHg	F.C. 92 lpm	F.R. 26 rpm	T. 37.1°C	F.C.F. 152- 72 lpm
Requisito Universal de Autocuidado: Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano				
Aspectos Relacionados con la estructura y función			Aspectos Relacionados con la calidad y función	
Al tacto vaginal dilatación y borramiento completos. Feto en estación de Lee -3. Variedad de posición occipito transverso izquierdo. Magdalena desarrolla disociación perinatal a causa del dolor del periodo expulsivo, presenta patrones respiratorios ineficaces perdida del autocontrol y periodos de obnubilación, no es capaz ejecutar indicaciones.			Se le coloca en posición vertical en cama de parto para favorecer el descenso de la presentación se mantiene en monitorización cardiotocográfica continua. Se evalúa un RCTG categoría III, por desaceleraciones tardías y variables, persistentes.	
Exposición a riesgos				
Maternos -Atonía uterina -Hemorragia obstétrica -Desgarros perineales -Muerte		Fetales -Pérdida del bienestar fetal -Hipoxia -Isquemia		Neonatales -Asfixia perinatal -Síndrome de adaptación pulmonar -Cefalohematoma

Requisito de Autocuidado Universal	Prevención de Peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano		
Operaciones de Diagnóstico	Disociación perinatal relacionada con periodo expulsivo, manifestada por pérdida del autocontrol, patrones respiratorios ineficaces y periodos de obnubilación.		
Objetivo	Proteger la integridad de la mujer durante el periodo expulsivo.		
Sistema de Enfermería	Totalmente compensatorio	Método de ayuda	Actuar por otro
Prescripción del cuidado	Tratamiento regulador	Fundamentación científica	
Proporcionar medidas específicas de autocontrol.	<p>Mediante el vínculo establecido durante la jornada obstétrica, mantener un diálogo conciliador, que estimule el autocontrol.</p> <p>Favorecer un patrón respiratorio eficaz, guiando y realizándolo con ella, manteniendo contacto visual y táctil positivo.</p> <p>Alentarla a continuar con el esfuerzo de pujo, realizándolo a la par.</p> <p>Ofrecer estímulo verbal positivo, reconociendo su esfuerzo, alentándola a continuar.</p>	<p>La hiperventilación debida al estímulo doloroso de la contracción genera hipocapnia, hipoxemia secundaria y desaturación que pueden afectar al bienestar fetal. El sistema cardiovascular sufre una vasoconstricción debido a la producción de catecolaminas; la ansiedad materna resultante del propio dolor del parto y del resultado del embarazo, refuerza la respuesta al estrés.⁶⁸</p> <p>El apoyo emocional continuo de una enfermera, mientras que la partera o el médico está manejando el parto, puede ser una división óptima del parto.⁶⁹</p> <p>Existen pocas intervenciones basadas en la evidencia para que los clínicos las utilicen en respuesta a la disociación en el parto o para prevenirla.⁷⁰</p>	
Control de casos	Magdalena se encuentra abstraída, inmersa en un periodo disociativo intenso que le impide la escucha y la participación activa, no presenta respuesta verbal. Permanece en posición semifowler en la cama de parto, eventualmente realiza esfuerzos de pujo coordinados.		

Requisito de Autocuidado Universal	Prevención de Peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano		
Operaciones de Diagnóstico	Pérdida del bienestar fetal relacionado con periodo expulsivo y disociación perinatal, manifestado por taquicardia, desaceleraciones tempranas, tardías y variables.		
Objetivo	Favorecer el bienestar fetal		
Sistema de Enfermería	Totalmente compensatorio	Método de ayuda	Apoyar a otro
Prescripción del cuidado	Tratamiento regulador	Fundamentación científica	
Monitorización cardiotocográfica continua. Evaluar alternativas.	<p>Evaluar ininterrumpidamente la frecuencia cardíaca fetal.</p> <p>Valorar con el equipo multidisciplinario la posibilidad de ejecutar el parto vaginal asistido con vacuum o fórceps o nacimiento por cesárea.</p>	<p>Las desaceleraciones variables se relacionan con las compresiones del cordón umbilical, su presencia se correlaciona en muchos casos con fetos que presentarán trastornos de acidosis e hipoxia que representarán pérdidas del bienestar fetal.⁷¹</p> <p>La OMS recomienda: si las irregularidades en la frecuencia cardíaca fetal persisten o si hay otros signos de sufrimiento (presencia de meconio espeso en el líquido amniótico), planifique el parto:</p> <p>Si el cuello uterino está totalmente dilatado y la cabeza fetal no está más de 1/5 por encima de la sínfisis del pubis o el borde óseo de la cabeza que se presenta está en la estación 0/tercer plano de Hodge, realice una extracción por vacío, o ventosa obstétrica, o con fórceps.⁷²</p>	
Control de casos	<p>El equipo médico decide continuar con el trabajo de parto. Se mantiene en estrecha valoración y evaluación el bienestar fetal, mediante monitorización cardiotocográfica continua. El RCTG mostró desaceleraciones tardías e intermedias de hasta 70 latidos por minuto. Magdalena permanece en posición semifowler, con sus pies apoyados en las pierneras de la cama de parto. Se alienta a continuar con los esfuerzos de pujo. El nacimiento ocurre a las 18:55, 55 minutos después de dilatación y borramiento completos, mediante técnica de Ritgen modificada, el médico tratante obtiene polo cefálico, guía rotación externa, salida del hombro anterior, salida del hombro posterior, obteniéndose producto único vivo no vigoroso, realiza estimulación táctil, pinza y corta cordón y pasa al neonato a cuidado de neonatología. Alumbramiento dirigido y completo tipo Schultz mediante maniobra de Brandt Adrews. A la valoración del canal de parto se reportan desgarro de segundo grado de piso pélvico y desgarro de primer grado en horquilla. Pérdidas hemáticas aproximadas de 200 ml. Se administró oxitocina 10 UI vía intramuscular a la salida del hombro anterior. Recién nacido único vivo con peso de 3130 gr., talla de 53 cm, APGAR 4/7, SILVERMAN 2, CAPURRO de 40 SDG, con presencia de céfalo hematoma y colocación de CPAP nasal, ingresa a unidad de cuidados intermedios neonatales.</p>		

QUINTA VALORACIÓN FOCALIZADA

Fecha: 18/10/2017	Hora: 19:00 hrs	Servicio: Cuartos combinados	
PUERPERIO FISIOLÓGICO INMEDIATO			
Requisitos de Autocuidado según la etapa de desarrollo: Provisión de cuidados asociados a los efectos de las condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano.			
Sistema de Enfermería: Apoyo-Educación	Método de ayuda: Guiar y apoyar a otro	Agencia de autocuidado: Desarrollado, pero no estabilizado	
Signos vitales:			
T.A. 110/66 mmHg	F.C. 89 lpm	F.R. 20 rpm	T. 36.7 °C
Requisito Universal de Autocuidado: Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano			
Aspectos Relacionados con la estructura y función		Aspectos Relacionados con la calidad y función	
Paciente consiente orientada, con discreta palidez tegumentaria. Mamas turgentes, pezones protráctiles, lactopoyesis positiva. Abdomen blando depresible, útero contraído e involucionado a nivel de cicatriz umbilical. Loquios rubra moderados.		Tras el nacimiento se observa disminución progresiva de los efectos de la disociación perinatal. Magdalena presenta angustia y preocupación por el estado de salud de su bebé, al cual se le brindan maniobras básicas de reanimación neonatal y posteriormente se le coloca CPAP nasal. Magdalena refiere dolor perineal moderado valorado en 5 en escala EVA.	
Exposición a riesgos			
Maternos -Atonía uterina -Hemorragia obstétrica -Depresión posparto		Neonatales -Taquipnea transitoria del recién nacido -Riesgo de hemorragia -Hiperbilirrubinemia -Alteración del estado neurológico. -Riesgo de intolerancia a la vía oral	

Requisito de Autocuidado Universal	Prevención de Peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano		
Operaciones de Diagnóstico	Alteración del bienestar materno relacionado con separación del binomio manifestado por preocupación y angustia.		
Objetivo	Favorecer el bienestar materno durante el puerperio fisiológico inmediato.		
Sistema de Enfermería	Apoyo-Educación	Método de ayuda	Apoyar a otro
Prescripción del cuidado	Tratamiento regulador	Fundamentación científica	
Brindar apoyo emocional. Brindar información a la paciente sobre el estado de salud de su bebé, de manera competente, objetiva y clara.	Mantener el acompañamiento psicoafectivo durante el puerperio. Favorecer la expresión de sentimientos y pensamientos sobre el estado de salud de su neonato. Explicar el proceso de recuperación de la función respiratoria del neonato con el uso de CPAP nasal.	El personal de enfermería deberá valorar holísticamente bio-psico-social y espiritual, los factores que afectan el estado de salud de la puérpera. ⁷³ El personal de salud deberá de intervenir en las necesidades detectadas en la puérpera desde el contexto del recién nacido, familia y en la promoción del apego madre-hijo. ⁷⁴	
Control de casos	Magdalena comprendió que el estado de salud de su bebé requiere de atención médica, mencionó sentirse triste por no estar con él, pero expresó deseos de que su estado de salud mejore.		

Requisito de Autocuidado Universal	Prevención de Peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano		
Operaciones de Diagnóstico	Riesgo de pérdida del bienestar materno relacionado con potencial para desarrollar hemorragia obstétrica por primer periodo del trabajo de parto prolongado y desgarro vaginal de piso pélvico segundo grado.		
Objetivo	Detectar oportunamente la presencia de hemorragia obstétrica.		
Sistema de Enfermería	Actuar por otro	Método de ayuda	Apoyar a otro
Prescripción del cuidado	Tratamiento regulador	Fundamentación científica	
Evaluar el estado general de la puérpera.	<p>Valorar tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura. Cada 15 min la primera hora, cada 30 min la segunda hora y cada hora durante las siguientes 8 horas.</p> <p>Evaluar altura y tono del fondo uterino cada 15 minutos en la primera hora, cada 30 min en la segunda hora, cada hora durante 4 horas y cada 4 por 24 hrs.</p> <p>Evaluar los loquios: características y cantidad.</p> <p>Evaluar la presencia de globo vesical y la micción espontánea.</p>	<p>El personal de enfermería debe valorar los factores de riesgo que puedan desencadenar hemorragia en el puerperio, como el periodo de labor prolongado, y desgarros vaginales. Estas pueden disminuir la precarga por sangrado, condicionando hipotensión y disminución de perfusión renal y en consecuencia presentar oliguria.⁷⁵</p> <p>El personal de enfermería deberá cuantificar la pérdida sanguínea durante el puerperio para identificar posibles complicaciones. La pérdida sanguínea después de un parto vaginal debe ser menor a 500 ml en las primeras 24 horas.⁷⁶</p>	
Favorecer la contractilidad y tono uterino.	Realizar masaje uterino con movimientos de compresión suave en forma repetitiva, colocando una mano en la parte inferior del	El personal de salud debe estimular por medios físicos el vaciamiento en caso de globo vesical, ya que es un factor que impide la involución uterina. ⁷⁷	

	<p>abdomen de la puérpera en dirección de las manecillas del reloj, para favorecer la contractilidad uterina.</p> <p>Ministración de infusión de oxitocina, con respecto a los protocolos institucionales y mediante las recomendaciones de la meta internacional 3: Mejorar la seguridad en el uso de los medicamentos.</p> <p>Evaluar las condiciones de la episiotomía, durante el puerperio fisiológico inmediato.</p> <p>Informar a la paciente sobre los signos y síntomas de alarma, para informar oportunamente al personal responsable.</p>	<p>El masaje uterino estimula la producción de prostaglandinas favoreciendo la contracción uterina y una pérdida menor de sangre.⁷⁸</p> <p>El uso de oxitocina y derivados del maleato de ergometrina disminuyen la pérdida de sangre posparto sobre todo en las mujeres con riesgo de hemorragia.⁷⁹</p> <p>La oxitocina en la puérpera produce contracción uterina y disminución del sangrado posparto. Además reduce la ansiedad aumenta tranquilidad y su receptividad social.⁸⁰</p>
<p>Control de casos</p>	<p>Magdalena presentó constantes vitales estables durante el puerperio fisiológico inmediato; se aplicó masaje uterino palpándose útero involucionado a nivel de cicatriz umbilical con tono de +++, no presentó globo vesical. Los loquios hemáticos se presentaron en cantidad moderada.</p>	

Requisito de Autocuidado Universal	Prevención de Peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano		
Operaciones de Diagnóstico	Alteración del bienestar materno relacionado con desgarro perineal de segundo grado y desgarro de primer grado en horquilla manifestado por dolor.		
Objetivo	Favorecer el bienestar materno mediante la disminución del dolor perineal.		
Sistema de Enfermería	Apoyo-Educación	Método de ayuda	Apoyar a otro
Prescripción del cuidado	Tratamiento regulador	Fundamentación científica	
<p>Evaluar las características del dolor.</p> <p>Aplicar crioterapia en zona perineal.</p> <p>Administración de analgésicos.</p>	<p>Evaluar la intensidad del dolor de acuerdo a la escala visual analógica (EVA).</p> <p>Aplicar compresas frías en el área perineal, durante 10-20 min.</p> <p>Ministrar analgesia prescrita, para promover la disminución y/o alivio del dolor, mediante los 10 correctos de una administración segura de medicamentos.</p> <p>Revalorar la intensidad del dolor de acuerdo a la escala visual analógica (EVA).</p>	<p>La acción del dolor puede ocasionar sentimientos de ansiedad e incompetencia como madre interfiriendo en su autocuidado.⁸¹</p> <p>La reducción de la temperatura del organismo tiene como finalidad el alivio del dolor, a través de la generación de una respuesta tisular. En un meta-análisis de ECA sobre el beneficio local del frío en la zona de trauma perineal posparto, se observó que se presentó disminución del dolor en 24 a 72 horas después de la colocación de hielo.⁸²</p> <p>Los cuidados posoperatorios (locales y tratamiento del dolor) son iguales que para la episiotomía para las lesiones perineales.⁸³</p>	
Control de casos	Magdalena refiere disminución del dolor con la aplicación de compresas frías, y analgésicos, de 6 a 2 en escala EVA, se observa una discreta disminución del edema vulvar. Se proporciona infografía para el cuidado de desgarro perineal (Anexo 3).		

Requisito de Autocuidado Universal	Prevención de Peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano		
Operaciones de Diagnóstico	Riesgo de pérdida del bienestar materno relacionado con presencia de factores potenciales para el desarrollo de depresión posparto: factores básicos condicionantes, disociación perinatal durante el periodo expulsivo y separación del binomio.		
Objetivo	Favorecer el estado emocional materno en el puerperio fisiológico inmediato.		
Sistema de Enfermería	Apoyo-Educación	Método de ayuda	Apoyar a otro
Prescripción del cuidado	Tratamiento regulador	Fundamentación científica	
Mantener el acompañamiento durante el periodo puerperal. Brindar apoyo y orientación. Facilitar el uso de los sistemas de apoyo.	<p>Evaluar el estado emocional de la madre durante el puerperio inmediato.</p> <p>Fomentar la disposición emocional, favoreciendo la autoestima a través del reconocimiento de sus virtudes y la confianza de sí misma.</p> <p>Establecer los sistemas de apoyo emocional con los que cuenta y favorecer el uso de los mismos ante la presencia de síntomas depresivos.</p>	<p>La disociación en el parto se asoció con condiciones de resultados adversos del trastorno de estrés postraumático posparto, depresión y el deterioro del vínculo.⁸⁴</p> <p>El personal de salud deberá intervenir en las necesidades detectadas en la puérpera desde el contexto del recién nacido, familia y en la promoción del apego madre e hijo.⁸⁵</p> <p>El profesional de enfermería debe proporcionar cuidados individualizados, flexibles y basados en la preferencia de la puérpera.⁸⁶</p> <p>Una revisión sistemática encontró una disminución significativa de la depresión posparto como efecto del soporte telefónico de seguimiento a la puérpera, por parte del personal de salud las semanas cuatro y ocho después del parto, en comparación con la atención habitual.⁸⁷</p>	
Control de casos	Magdalena refirió sentirse triste por estar separada de su bebé, desea que su esposo pueda estar pronto con ellos. Así mismo expresa deseos de que su bebé mejore pronto y estar en su casa, con sus familiares. Reconoce que su familia es un gran apoyo para ella, y que en caso de sentirse afectada emocionalmente buscará apoyo en ellos.		

Requisito de Autocuidado Universal	Prevención de Peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano		
Operaciones de Diagnóstico	Riesgo de alteración de la díada materna-neonatal relacionado con interrupción de la lactancia materna		
Objetivo	Establecer la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida neonatal.		
Sistema de Enfermería	Apoyo-Educación	Método de ayuda	Apoyar a otro
Prescripción del cuidado	Tratamiento regulador	Fundamentación científica	
<p>Informar sobre la importancia del establecimiento de la lactancia materna.</p> <p>Explicar y enseñar las técnicas alternas de alimentación con leche materna.</p> <p>Explicar el retorno hacia la lactancia al seno materno.</p>	<p>Brindar orientación sobre los beneficios de alimentar al recién nacido con leche materna.</p> <p>Exponer los beneficios psicológicos y del fortalecimiento del vínculo madre-hijo, con el inicio de la lactancia materna.</p> <p>Enseñar técnica Marmet para la extracción de leche materna.</p> <p>Proporcionar infografía sobre el proceso de extracción de leche materna, para el reforzamiento de la información.(Anexo 2)</p> <p>Explicar que el proceso por el cual podrá retomar la alimentación al seno materno, será favorecido tras la alimentación con leche materna extraída.</p> <p>Brindar orientación sobre la técnica correcta de lactancia materna.</p>	<p>La lactancia materna puede ser un factor de protección y fortalece la relación entre la madre y el recién nacido para aumentar la salud y la resiliencia del recién nacido.⁸⁸</p> <p>El personal de enfermería deberá eliminar las barreras de la lactancia a través del apoyo dentro y fuera del hospital.⁸⁹</p> <p>Cuando ocurre una separación inesperada de la madre y el bebé durante más de 4-6 h, la extracción de la leche materna puede ser crucial para evitar que la etapa IV de la lactogenia ocurra prematuramente.⁹⁰</p> <p>La Organización Mundial de la Salud y UNICEF a través del paso 5 de la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN) promueven la estrategia de mostrar a las madres como amamantar y como mantener la lactancia incluso si tienen que separarse de sus hijos.⁹¹</p>	
Control de casos	Magdalena muestra interés en establecer la lactancia materna, menciona que es una costumbre importante en su familia, y expresa deseos de poder establecerla con su bebé.		

■ CAPÍTULO VI. Plan de alta

ALIMENTACIÓN	<ul style="list-style-type: none">• Consumo de 2-3 L de agua natural al día.• Consumo de dita con abundante fibra natural: nopales, lechugas, zanahorias crudas, manzana, mandarina, etc.• Brindar asesoramiento para iniciar actividad física gradualmente.
HIGIENE	<ul style="list-style-type: none">• Baño diario• Lavado de zona de desgarro con jabón neutro y abundante agua.• Cambio de ropa interior diaria.• Usar ropa interior de algodón.• Realizar limpieza perineal de adelante hacia atrás.
LACTANCIA MATERNA	<ul style="list-style-type: none">• Extracción manual de la leche materna, cada 3 horas con apoyo de infografía.• Solicitar atención médica si presenta dolor, enrojecimiento y/o calor en los pechos.
METODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	<ul style="list-style-type: none">• Informar sobre los beneficios de la planificación familiar.• Ofertar métodos de planificación familiar femeninos y masculinos.• Recomendar reiniciar su vida sexual entre la 6° y 8° semana posparto.
CONSULTAS POSTNATALES	<ul style="list-style-type: none">• Programar consultas posnatales.• Enseñar a identificar datos de alarma en el puerperio, mediante infografía (Ver anexo 4).

■ CAPÍTULO VII. Conclusiones

El metaparadigma de enfermería establece las bases para la atención integral, ya que permite integrar la abstracción de sus elementos en la atención de la salud, desarrollando conocimientos y prácticas en el ejercicio profesional, guiados por teorías y modelos estructurados y orientados a condiciones específicas.

La aplicación de la teoría del déficit del autocuidado de Dorothea E. Orem, facilitó el amplio análisis de las condiciones y características de Magdalena, así como del desarrollo de su jornada obstétrica, permitiendo la identificación de necesidades y alteraciones, así como el establecimiento de métodos de ayuda e intervenciones específicas ante cada situación, las cuales se brindaron de manera humanística, respetuosa e intercultural, y basadas en evidencia científica.

El desarrollo de la disociación perinatal fue el detonante de la búsqueda de información para lograr comprender tal fenómeno. Debo admitir que su presencia frustró mi ejercicio profesional, pero en retrospectiva, comprendo la importancia de haberla presenciado, para su reconocimiento y análisis.

Es de suma importancia reiterar que la presencia de la disociación perinatal es consecuencia de un proceso predictivo, que puede afectar significativamente la salud materna y repercutir en el desarrollo del recién nacido. La implementación de modelos de prevención e intervención puede ayudar a las mujeres a adquirir mejores estrategias de afrontamiento, ya que el desconocimiento de la disociación perinatal y sus efectos puede conducir a malas prácticas e inclusive incurrir en violencia obstétrica. Por ello la atención perinatal debe brindarse de manera que maximice el sentido de alianza, empoderamiento y confianza de las mujeres, y que respete su dignidad y necesidades individualizadas.

■ CAPÍTULO VIII. Sugerencias

Se sugiere reforzar la atención pregestacional integral, como estrategia para el desarrollo saludable del embarazo. La identificación de factores de riesgo propicia las condiciones ideales para el embarazo, lo cual repercute positivamente en la salud individual y familiar, generando impacto también en la morbimortalidad materna y perinatal.

Es importante generar conciencia sobre la necesidad de conocer y comprender los procesos disruptivos en el embarazo y ofrecer una atención inclusiva que fomente seguridad en las mujeres que los padezcan. Por lo que es preciso el diseño de un método de análisis y predicción de la disociación perinatal, aplicable en la atención pregestacional y prenatal, para una identificación e intervención oportunas que favorezcan la normoevolución del embarazo y la relación entre la madre y su hijo.

Resulta necesario estimular el empoderamiento de las mujeres para potencializar el compromiso consigo mismas, a partir de una red de apoyo continuo que les ofrezca la capacidad del autocuidado.

Se recomienda brindar mayor atención al periodo posnatal, en él se puede identificar oportunamente la aparición de alteraciones en el bienestar del trinomio. Por ello, es necesario el desarrollo de enfermería perinatal comunitaria, para favorecer el funcionamiento, bienestar y desarrollo humano durante el periodo perinatal.

Glosario

Disociación: Reacción de estrés caracterizada por la pérdida de integración de la percepción del entorno, la cognición, la emoción y el juicio, que plantea procesos de despersonalización y desrealización, así como amnesia y movimientos incontrolables del cuerpo.⁹²

Disociación perinatal: Mecanismo de defensa aplicado ante procesos disruptivos durante el trabajo de parto, que ocasionan síntomas de despersonalización, desrealización y pérdida de la conciencia y memoria.

Disociación peritraumática: Aparición de síntomas de desapego y distanciamiento emocional durante o poco después de la exposición a eventos extremos que implican alteraciones agudas en el funcionamiento cognitivo y perceptual en el momento de un evento traumático.⁹³

Empoderamiento: Adquisición de poder e independencia por parte de un grupo social desfavorecido para mejorar su situación.

Esferodinamia: Técnica de trabajo corporal que entrena la percepción y las posibilidades de movimiento del cuerpo utilizando el balón como un elemento facilitador. Focalizando el entrenamiento físico en la reorganización de la postura y en la búsqueda de un equilibrio que está en ajuste permanente. La posibilidad que da la pelota de cambiar la relación con la fuerza de gravedad es lo que permite modificar el tono muscular, la relación con el peso y los niveles de tensión.⁹⁴

Trastorno de estrés postraumático: La cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales⁹⁵ define el trastorno de estrés postraumático como una reacción a un evento traumático en el cual la integridad física de un individuo o la de los demás se ha visto amenazada y ha reaccionado con intenso miedo, impotencia u horror.

Tocofobia: Trastorno de ansiedad caracterizado por un miedo excesivo y persistente al parto; se acompaña de conductas de evitación que afectan el embarazo, a pesar del deseo de tener un hijo, o del parto, lo que explica entonces algún recurso al aborto o solicitudes de cesáreas de conveniencia.⁹⁶

DATOS DE ALARMA DURANTE EL EMBARAZO

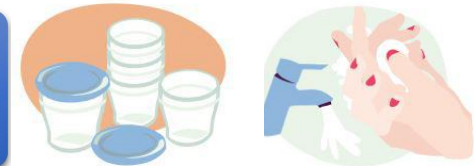


Control prenatal con atención centrada en la paciente. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, IMSS; 2017 [Internet], [Cited. 03 enero 2018] Disponible en: <https://cutt.ly/3wgxiMm>
IMAGEN: Crédito: Getty Images/iStockphoto, 2017 [Internet], [Cited. 03 enero 2018] Disponible en: <https://cutt.ly/Fwgxi4C>

EXTRACCIÓN DE LECHE MATERNA

Elija un lugar cómodo, privado, libre de corrientes de aire.

Coloque frascos estériles de boca ancha para recolección a su alcance y lávese las manos.



Masajea un pecho con la llema de los dedos, de manera circular y en forma de espiral, desde afuera hacia adentro.

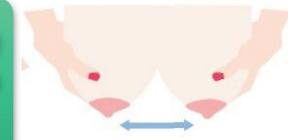


MASAJEAR

Deslice gentilmente la llema de los dedos de arriba hacia abajo. Repita en el otro pecho. Flexione su espalda hacia adelante y sacuda gentilmente sus senos.



FROTAR

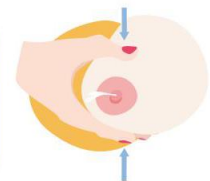


SACUDIR

Coloque su mano derecha en forma de "C" sobre su pecho derecho y deslicela hasta llegar a la areola (parte más oscura del pecho) con la mano izquierda sostenga el frasco de recolección bajo el pezón, haga una ligera presión en el area para obtener gotas de leche.



Continúe haciéndolo girando su mano derecha para masajear toda el area del pecho. Evite apretar, exprimir o ejercer demasiada fuerza en sus pechos o podría lesionarse. Repita en el otro pecho invirtiendo las manos.



Puede mantener la leche extraída a temperatura ambiente durante 8 horas o en un refrigerador durante 24 a 48 horas. Si tiene la posibilidad de congelarla, puede ser almacenada hasta 3 meses.

La alimentación del lactante y del niño pequeño, Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud, Capítulo 2. Lactancia materna pp. 34, Organización Mundial de la Salud, 2010, [Internet] Disponible en: <https://cutt.ly/Dwgxotd>

CUIDADOS DE DESGARRO

Después del lavado de manos, lave la zona con agua y jabón, seque cuidadosamente al menos una vez al día así como después de orinar o defecar. Solicite atención médica si:

Presenta enrojecimiento, hinchazón, o aumenta el dolor en la zona del desgarro.

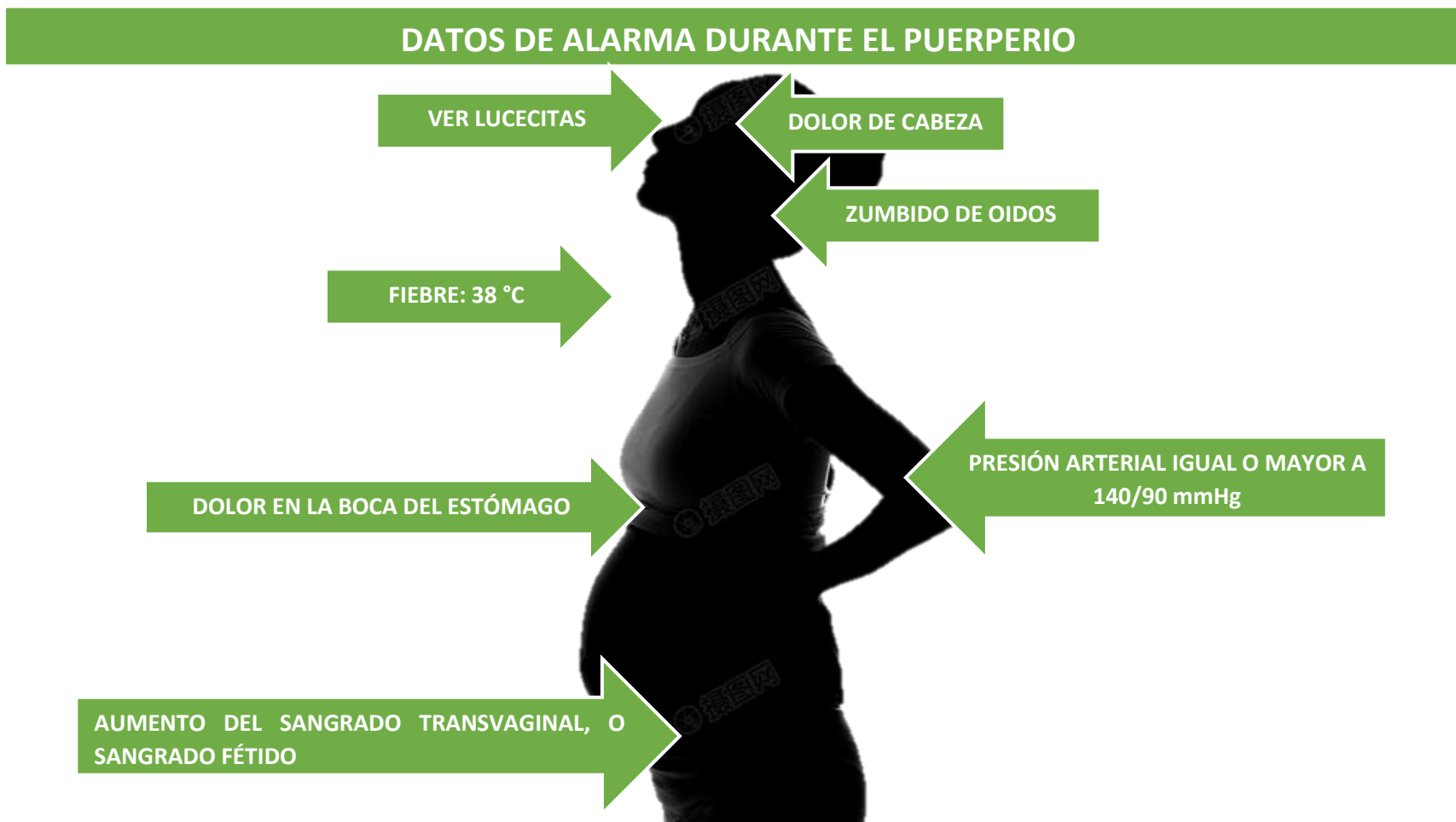
Siente dolor al orinar.

Presenta olor fétido en la zona del desgarro.

Presenta secreción de pus en la zona del desgarro.

El desgarro se abre.

Presenta fiebre: 38°C



Intervenciones de enfermería durante el puerperio fisiológico. Resumen de evidencias y recomendaciones: Guía de práctica clínica de enfermería. México: Secretaría de Salud, CENETEC 2015, pp. 31[Citado 27/03/2018] Disponible en: <https://cutt.ly/NwgxoUf>
IMAGEN: Crédito:Getty Images/iStockphoto, 2017 [Internet], [Cited. 03 enero 2018]Disponible en: <https://cutt.ly/bwgxoDO>



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA PERINATAL
SEDE: INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO DE CASO

Por medio de la presente yo Magdalena Mora Hidalgo
doy mi consentimiento para que el Licenciado en Enfermería Ana Karen
Arias Cruz

estudiante del **Posgrado en Enfermería Perinatal** de la Universidad Nacional Autónoma de México, realice un seguimiento y participación activa en el cuidado integral del padecimiento o condición actual en la que me encuentro, como parte de sus actividades académicas, asegurando haber recibido la información necesaria sobre las actividades a realizar durante el tiempo que dure esta participación.

Es de mi conocimiento que seré libre de solicitar mi retiro de este estudio de caso en cualquier momento que lo desee, sin que esto afecte o se me negada la atención médica para el tratamiento en esta Institución. Autorizo para obtener fotografías, videos o registros médicos y de enfermería durante mi hospitalización, así como difundir resultados en revistas y/o ámbitos científicos y académicos, NO para otros fines.

AUTORIZO

NOMBRE DE LA PACIENTE: Magdalena Mora Hidalgo
FIRMA: [Firma]

RESPONSABLE DEL ESTUDIO DE CASO

ALUMNO DE POSGRADO: Ana Karen Arias Cruz
FIRMA: [Firma]

México, Ciudad de México, a 17 del mes de octubre del año 2017.

Bibliografía

- ¹ Fonseca Zambaldi C., Catalino A., Albuquerque Farias J., Et. Al. Dissociative experience during childbirth, journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, Vol. 32, 2011 Issue 4 citado enero 02 2018. Disponible en: <https://bit.ly/31u5Qhh>
- ² Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr G J, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2006; Issue 2. [Citado enero 02 2018] Disponible en: <https://bit.ly/2LToyYP>
- ³ P. Gosselin, K. Chabot, M. Béland, Et. Al., La peur de l'accouchement chez des nullipares : lien avec la douleur lors de l'accouchement, les symptômes de stress post-traumatique et les symptômes dépressifs post-partum, L'Encéphale 42 (2016) 191–196, [Citado 27/03/2018] Disponible en: <https://bit.ly/2YFqr5o>
- ⁴ Choi KR, Seng JS. Predisposing and precipitating factors for dissociation during labor in a cohort study of posttraumatic stress disorder and childbearing outcomes. *Journal of midwifery & women's health*. 2016;61(1):68-76. doi:10.1111/jmwh.12364. citado enero 02 2018. Disponible en <https://bit.ly/2ySvjEK>
- ⁵ Reyes Gómez E., FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA, Ciencia, metodología y tecnología, Editorial El Manual Moderno, 2009, pp 1-65 [Citado enero 02 2018]
- ⁶ Francisco del Rey C., Benavent Garcés M.A., Ferrer Fernández E., El modelo teórico de Dorothea E. Orem, Fundamentos de enfermería, Madrid ; Valencia Difusión Avances de Enfermería , 2001, PP. 313-377.
- ⁷ Kozier, Barbara Et. Al., Fundamentos de Enfermería. &ma Edición. Ed. McGraw Hill. España 2007. Pp. 181. [Citado enero 02 2018].
- ⁸ Choi KR, Seng JS. Predisposing and precipitating factors for dissociation during labor in a cohort study of posttraumatic stress disorder and childbearing outcomes. *Journal of midwifery & women's health*. 2016;61(1):68-76. doi:10.1111/jmwh.12364. citado enero 02 2018. Disponible en: <https://cutt.ly/awuTlqY>
- ⁹ Choi KR, Seng JS. Predisposing and precipitating factors for dissociation during labor in a cohort study of posttraumatic stress disorder and childbearing outcomes. *Journal of midwifery & women's health*. 2016;61(1):68-76. doi:10.1111/jmwh.12364. citado enero 02 2018. Disponible en <https://cutt.ly/6wuTP7f>
- ¹⁰ Vismara L., Perspectives on perinatal stressful and traumatic experiences, European Journal of Trauma & Dissociation, 2017-04-01, Volumen 1, Número 2,

Páginas 111-120, Copyright © 2017 Elsevier Masson SAS. Citado enero 01 2018. Disponible en: <https://cutt.ly/wwuTSCm>

¹¹ Choi KR, Seng JS. Predisposing and precipitating factors for dissociation during labor in a cohort study of posttraumatic stress disorder and childbearing outcomes. *Journal of midwifery & women's health*. 2016;61(1):68-76. doi:10.1111/jmwh.12364. citado enero 02 2018. Disponible en <https://cutt.ly/LwuTFdr>

¹² Fonseca Zambaldi C., Catalino A., Albuquerque Farias J., Et. Al. Dissociative experience during childbirth, journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, Vol. 32, 2011 Issue 4 citado enero 02 2018. Disponible en <https://cutt.ly/EwuYE5K>

¹³ Fonseca Zambaldi C., Catalino A., Albuquerque Farias J., Et. Al. Dissociative experience during childbirth, journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, Vol. 32, 2011 Issue 4 citado enero 02 2018. Disponible en <https://cutt.ly/EwuYRGN>

¹⁴ Consejo Internacional de Enfermeras , CÓDIGO DEONTOLÓGICO DEL CIE PARA LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA, Copyright © 2006 Consejo internacional de enfermeras 3, place Jean-Marteau, 1201 Ginebra (Suiza) [citado enero 02 2018] Disponible en: <https://cutt.ly/ZwuYT3F>

¹⁵ CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, Constitución publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de febrero de 1917, TEXTO VIGENTE, Última reforma publicada DOF 06-06-2019., CÁMARA DE DIPUTADOS DEL H. CONGRESO DE LA UNIÓN. Citado: 09/07/2019. Disponible en: <https://cutt.ly/JwuYUWi>

¹⁶ Ley General De Salud, Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de diciembre de 2018, [INTERNET] Citado: 09/01/2018. Disponible en: <https://cutt.ly/uwuYIXd>

¹⁷ NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-2016, PARA LA ATENCION DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, Y DE LA PERSONA RECIEN NACIDA, Diario Oficial de la Federación, México, D.F., Citado: 09/01/2018. Disponible en: <https://cutt.ly/xwuYOZT>

¹⁸ NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-019-SSA3-2013, PARA LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, Diario Oficial de la Federación, México, D.F., Citado: 09/01/2018. Disponible en: <https://cutt.ly/HwuYAqa>

¹⁹ Prevención, diagnóstico y tratamiento de la Preeclampsia en segundo y tercer nivel de atención, Instituto Mexicano del Seguro Social; Ciudad de México,

16/03/2017. [INTERNET] Citado: 09/01/2018. Disponible en: <https://cutt.ly/2wuYSj7>

²⁰ Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. México: Secretaría de Salud; 11 de diciembre de 2014, [Internet], [Cited. 03 enero 2018] Disponible en: <https://cutt.ly/HwuYDXK>

²¹ Guía de Práctica Clínica de intervenciones de enfermería para la atención de la mujer en inducción del trabajo de parto en el primero y segundo nivel de atención. Resumen de evidencias y recomendaciones, México, Secretaría de salud, CENETEC 2017, Citado: 09/01/2018. Disponible en: <https://cutt.ly/xwuYJNB>

²² Guía de Práctica Clínica: Intervenciones de enfermería durante el puerperio fisiológico en el primer nivel de atención, México, Secretaría de salud, CENETEC 2015, Citado: 09/01/2018. Disponible en: <https://cutt.ly/9wuYZtr>

²³ Intervenciones de enfermería para la promoción de la lactancia materna en los tres niveles de atención, Guía de evidencias y recomendaciones: Guía de Práctica Clínica México, CENETEC 2018, Citado: 09/01/2018. Disponible en: <https://cutt.ly/GwuYX4z>

²⁴ Guía Nacional para la Integración y el Funcionamiento de los Comités de Hospitalarios de Bioética. Comisión Nacional de Bioética. Secretaria de Salud, 2010. [Citado enero 02 2018] Disponible en: <https://cutt.ly/qwuYBb4>

²⁵ Barrio del Castillo I., González Jiménez J., Padín Moreno L., Et. Al., Métodos de investigación educativa ,El estudio de casos, 3º Magisterio Educación Especial, Universidad Autónoma de Madrid, [Citado enero 02 2018] Disponible en: <https://cutt.ly/JwuYNYe>

²⁶ Guía de Práctica Clínica. Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en embarazo de Bajo Riesgo, Evidencias y Recomendaciones. Actualización 2014., Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Cap. 4., Pág. 21. [Internet], [Cited. 03 enero 2018] Disponible en: <https://cutt.ly/bwuY1zD>

²⁷ Guía de Práctica Clínica. Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en embarazo de Bajo Riesgo, Evidencias y Recomendaciones. Actualización 2014., Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Cap. 4., Pág. 21. [Internet], [Cited. 03 enero 2018] Disponible en: <https://cutt.ly/awuY0Fm>

²⁸ Gordillo León Fernando, Arana Martínez José M., Meilán Juan J. G., Mestas Hernández Lilia. Efecto de la emoción sobre la memoria prospectiva: un nuevo enfoque basado en procedimientos operantes. Escritos de Psicología [Internet]. 2010 Dic [citado 2019 Mayo 01] ; 3(4): 40-47. Disponible en: <https://cutt.ly/0wuY2Kv>

- ²⁹ Control prenatal con atención centrada en la paciente. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, IMSS; 2017 [Internet], [Cited. 03 enero 2018] Disponible en: <https://cutt.ly/nwuY9Ku>
- ³⁰ Tejerina Morató H. Asfixia neonatal. Rev. bol. ped. [Internet]. 2007 Jun [citado 2018 Mayo 17]; 46(2): 145-150. Disponible en: <https://cutt.ly/TwuY3N4>
- ³¹ American College of Obstetricians and Gynecologists. Task Force on Hypertension in Pregnancy. Hypertension in Pregnancy. Washington, D.C.: ACOG; 2013, [Internet], [Citado enero 01 2018]. Disponible en: <https://cutt.ly/4wuUiXC>
- ³² Prevención, diagnóstico y tratamiento de la Preeclampsia en segundo y tercer nivel de atención, Instituto Mexicano del Seguro Social; Ciudad de México, 16/03/2017. [Internet], [Citado enero 01 2018.] Disponible en: <https://cutt.ly/7wuUphf>
- ³³ C. Esteve Matanza, E. Miró Sotelo y J.M. , Laílla Vicens, Maduración cervical e inducción del parto, Obstetricia 6ª edición, Capítulo 39, 633-639, Copyright © 2013 Elsevier España, S.L., Citado enero 01 2018, disponible en: <https://cutt.ly/0wuUazt>
- ³⁴ Guía de práctica clínica, Inducción del trabajo de parto en el segundo nivel de atención. Evidencias y recomendaciones, Catalogo Maestro GPC SS-21809 [Citado enero 03 2018] Disponible en: <https://cutt.ly/zwuUsHI>
- ³⁵ Guía de práctica clínica, Inducción del trabajo de parto en el segundo nivel de atención. Evidencias y recomendaciones, Catalogo Maestro GPC SS-21809 [Citado enero 03 2018] Disponible en: <https://cutt.ly/RwuUdFY>
- ³⁶ Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. México: Secretaría de Salud; 11 de diciembre de 2014., Pág. 21. [Internet], [Cited. 03 enero 2018] Disponible en: <https://cutt.ly/AwuUf2G>
- ³⁷ Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. México: Secretaría de Salud; 11 de diciembre de 2014., Pág. 22. [Internet], [Cited. 03 enero 2018] Disponible en: <https://cutt.ly/PwuUhjP>
- ³⁸ Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. México: Secretaría de Salud; 11 de diciembre de 2014., Pág. 32. [Internet], [Cited. 03 enero 2018] Disponible en: <https://cutt.ly/XwuUjsN>
- ³⁹ Guía de Práctica Clínica. Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en embarazo de Bajo Riesgo, Evidencias y Recomendaciones. Actualización 2014., Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Cap. 4., Pág. 35. [Internet], [Cited. 03 enero 2018] Disponible en: <https://cutt.ly/JwuUkdA>

⁴⁰ Singata M., Tramer J., Gyte GML. Restricción de la ingesta de líquidos y alimentos por vía oral durante el parto. Base de datos Cochrane de Revisiones sistemáticas 2013, Número 8. Art. No. CD003930. DOI: 10.1002/14651858.CD3930.pub3. [Cited. 03 enero 2018] Disponible en: <https://cutt.ly/SwuUzWH>

⁴¹ Yuksel, H., Cayir, Y., Kosan, Z., & Tastan, K. Effectiveness of breathing exercises during the second stage of labor on labor pain and duration: a randomized controlled trial. *Journal of Integrative Medicine*, 15(6), 456–461., 2017, . [Internet], [Cited. 03 enero 2018] Disponible en: <https://cutt.ly/nwuUz5X>

⁴² Guía de Práctica Clínica. Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en embarazo de Bajo Riesgo, Evidencias y Recomendaciones. Actualización 2014., Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Cap. 4., Pág. 34. [Internet], [Cited. 03 enero 2018] Disponible en: <https://cutt.ly/TwuUxMp>

⁴³ Fernández Medina Isabel María. Analgesic alternatives for labour pain. *Enferm. glob.* [Internet]. 2014 Ene [citado 2019 Feb 20] ; 13(33): 400-406. Disponible en: <https://cutt.ly/KwuUc6Z>

⁴⁴ C. Terré, J. Vicente Beneit, R. Gol, N. Garriga, I. Salgado, A. Ferrer, Aplicación de termoterapia en el periné para reducir el dolor perineal durante el parto: ensayo clínico aleatorizado, *Matronas Prof.* 2014; 15 (4) : 122-129 [Internet], [Cited. 03 enero 2018] Disponible en: <https://cutt.ly/fwuUvM5>

⁴⁵ Fonseca Zambaldi C., Catalino A., Albuquerque Farias J., Et. Al. Dissociative experience during childbirth, *journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, Vol. 32, 2011 Issue 4 citado enero 02 2018. Disponible en <https://cutt.ly/DwuUbMb>

⁴⁶ Delgado-García, B. E., Orts-Cortés, M. I., Poveda-Bernabeu, A., & Caballero-Pérez, P. (2012). Ensayo clínico controlado y aleatorizado para determinar los efectos del uso de pelotas de parto durante el trabajo de parto. *Enfermería Clínica*, 22(1), 35–40. . [Internet], [Cited. 03 enero 2018] Disponible en: <https://cutt.ly/RwuUnL3>

⁴⁷ Guía de Práctica Clínica. Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en embarazo de Bajo Riesgo, Evidencias y Recomendaciones. Actualización 2014., Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Cap. 4., Pág. 35. [Internet], [Cited. 03 enero 2018] Disponible en: <https://cutt.ly/nwuUQcf>

⁴⁸ Delgado-García B.E., Orts-Cortés M.I., Poveda-Bernabeu A., Et. Al., Ensayo clínico controlado y aleatorizado para determinar los efectos del uso de pelotas de parto durante el trabajo de parto, *Enfermería Clínica*, 2012-01-01, Volumen 22, Número 1, Páginas 35-40, Copyright © 2011 Elsevier España, S.L., [Internet], [Cited. 03 enero 2018] Disponible en: <https://cutt.ly/FwuUW3g>

- ⁴⁹ Guía de Práctica Clínica. Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en embarazo de Bajo Riesgo, Evidencias y Recomendaciones. Actualización 2014., Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Cap. 4., Pág. 35. [Internet], [Cited. 03 enero 2018] Disponible en: <https://cutt.ly/gwuURi0>
- ⁵⁰ Hidalgo-Lopezosa P., Hidalgo-Maestre M., Rodríguez-Borrego M.A., Estimulación del parto con oxitocina: efectos en los resultados obstétricos y neonatales, Rev. Latino-Am. Enfermagem 2016;24:e2744, [Internet] , [Cited. 14 enero 2018] Disponible en: <https://cutt.ly/HwuUT9C>
- ⁵¹ Guía de práctica clínica, Inducción del trabajo de parto en el segundo nivel de atención, actualización. México, Secretaría de Salud, pp. 31, [Cited. 14 enero 2018] Disponible en: <https://cutt.ly/KwuUUnL>
- ⁵² Guía de Práctica Clínica Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo, México, Secretaría de Salud: diciembre 2014, pp. 32, [Cited. 14 enero 2018] Disponible en: <https://cutt.ly/BwuUIIk>
- ⁵³ Guía De Práctica Clínica, Inducción del trabajo de parto en el segundo nivel de atención, actualización. México, Secretaría de Salud, pp. 44, [Cited. 14 enero 2018] Disponible en: <https://cutt.ly/xwuUOW4>
- ⁵⁴ Guía de Práctica Clínica Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo, México, Secretaría de Salud: diciembre 2014, pp. 33, [Cited. 14 enero 2018] Disponible en: <https://cutt.ly/awuUPrG>
- ⁵⁵ García Hernández J.A., Ramírez García O., Efecto de la analgesia epidural sobre el estado materno y fetal., Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias, [Internet], [Cited. 14 enero 2018] Disponible en: <https://cutt.ly/5wuUSa5>
- ⁵⁶ Molina-Reyes C.Y., Martínez-García M., Huete-Morales D., Et Al., Comodidad materna y reducción del dolor en mujeres con posición fetal occipitoposterior durante el parto con el uso de las posturas de decúbito lateral y manos-rodillas: ensayo clínico aleatorizado, Revista Matronas Profesión, 2013; 14(1): 3-9. [Cited. 14 enero 2018] Disponible en: <https://cutt.ly/7wuUDgU>
- ⁵⁷ Molina-Reyes C.Y., Martínez-García M., Huete-Morales D., Et Al., Comodidad materna y reducción del dolor en mujeres con posición fetal occipitoposterior durante el parto con el uso de las posturas de decúbito lateral y manos-rodillas: ensayo clínico aleatorizado, Revista Matronas Profesión, 2013; 14(1): 3-9. [Cited. 14 enero 2018] Disponible en: <https://cutt.ly/XwuUFzM>
- ⁵⁸ Molina-Reyes C.Y., Martínez-García M., Huete-Morales D., Et Al., Comodidad materna y reducción del dolor en mujeres con posición fetal occipitoposterior durante el parto con el uso de las posturas de decúbito lateral y manos-rodillas:

ensayo clínico aleatorizado, Revista Matronas Profesión, 2013; 14(1): 3-9. [Cited. 14 enero 2018] Disponible en: <https://cutt.ly/DwuUGlk>

⁵⁹ Gleason, Christine A., Juul, Sandra E., Analgesia y anestesia obstétricas, Copyright ©2019 Elsevier España, S.L.U. [Internet], [Cited. 14 enero 2018] Disponible en: <https://cutt.ly/2wuUHw8>

⁶⁰ Gleason, Christine A., Juul, Sandra E., Analgesia y anestesia obstétricas, Copyright ©2019 Elsevier España, S.L.U. [Internet], [Cited. 14 enero 2018] Disponible en: <https://cutt.ly/ewuUHZr>

⁶¹ Guía de Práctica Clínica. Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en embarazo de Bajo Riesgo, Evidencias y Recomendaciones. Actualización 2014., Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Cap. 4., Pág. 36. [Internet], [Cited. 14 enero 2018] Disponible en: <https://cutt.ly/WwuUKQW>

⁶² Manzanares, S., Sánchez-Gila, MM, Pineda, A., Moh-García, D., Durán, MD, y Moreno, E. Resucitación fetal intrauterina. Clínica e Investigación En Ginecología y Obstetricia, 40 (1), 20–25. (2013).[Internet] [citado 2018 Feb 20] Disponible en: <https://cutt.ly/KwuULvl>

⁶³ Manzanares, S., Sánchez-Gila, MM, Pineda, A., Moh-García, D., Durán, MD, y Moreno, E. Resucitación fetal intrauterina. Clínica e Investigación En Ginecología y Obstetricia, 40 (1), 20–25. (2013).[Internet] [citado 2018 Feb 20] Disponible en: <https://cutt.ly/TwuUZg2>

⁶⁴ Manzanares, S., Sánchez-Gila, MM, Pineda, A., Moh-García, D., Durán, MD, y Moreno, E. Resucitación fetal intrauterina. Clínica e Investigación En Ginecología y Obstetricia, 40 (1), 20–25. (2013).[Internet] [citado 2018 Feb 20] Disponible en: <https://cutt.ly/RwuUZ5N>

⁶⁵ Manzanares, S., Sánchez-Gila, MM, Pineda, A., Moh-García, D., Durán, MD, y Moreno, E. Resucitación fetal intrauterina. Clínica e Investigación En Ginecología y Obstetricia, 40 (1), 20–25. (2013).[Internet] [citado 2018 Feb 20] Disponible en: <https://cutt.ly/qwuUXDJ>

⁶⁶ Mateo Jurado, Inmaculada, Ricart Martí A., Saqués Fernández A.M., Resucitación fetal intraútero, Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia, ISSN 0214-0128, N°. 112, 2016, págs.9-13. [Internet] [Citado 2018 Feb 20] Disponible en: <https://cutt.ly/ZwuUCcw>

⁶⁷ Manzanares, S., Sánchez-Gila, MM, Pineda, A., Moh-García, D., Durán, MD, y Moreno, E. Resucitación fetal intrauterina. Clínica e Investigación En Ginecología y Obstetricia, 40 (1), 20–25. (2013).[Internet] [citado 2018 Feb 20] Disponible en: <https://cutt.ly/9wuUVuG>

⁶⁸ Fernández Medina Isabel María. Analgesic alternatives for labour pain. *Enferm. glob.* [Internet]. 2014 Ene [citado 2018 Feb 20]; 13(33): 400-406. Disponible en: <https://cutt.ly/fwuUV1d>

⁶⁹ Choi KR, Seng JS. Predisposing and precipitating factors for dissociation during labor in a cohort study of posttraumatic stress disorder and childbearing outcomes. *Journal of midwifery & women's health.* 2016;61(1):68-76. doi:10.1111/jmwh.12364. citado enero 02 2018. Disponible en <https://cutt.ly/rwuUBGG>

⁷⁰ Choi KR, Seng JS. Predisposing and precipitating factors for dissociation during labor in a cohort study of posttraumatic stress disorder and childbearing outcomes. *Journal of midwifery & women's health.* 2016;61(1):68-76. doi:10.1111/jmwh.12364. citado enero 02 2018. Disponible en <https://cutt.ly/zwuUNlj>

⁷¹ González-Merlo, J.; Laílla Vicens, J.M.; Fabre González, E.; González Bosquet, E., Obstetricia. Evaluación del estado de bienestar fetal en el parto. Diagnóstico y tratamiento. Capítulo 21, 296-302, Copyright © 2013 Elsevier España, S.L., Citado enero 01 2018, Disponible en: <https://cutt.ly/XwuUMkp>

⁷²Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors – 2nd ed. ISBN 978-92-4-156549-3 © World Health Organization 2017. pp. 254, S110 [Citado 27/03/2018] Disponible en: <https://cutt.ly/mwuWRZ6>

⁷³ Intervenciones de enfermería durante el puerperio fisiológico. Resumen de evidencias y recomendaciones: Guía de práctica clínica de enfermería. México: Secretaría de Salud, CENETEC 2015, pp. 24 [Citado 27/03/2018] Disponible en: <https://cutt.ly/AwuU11w>

⁷⁴ Ibídem.

⁷⁵ Ibídem.

⁷⁶ Intervenciones de enfermería durante el puerperio fisiológico. Resumen de evidencias y recomendaciones: Guía de práctica clínica de enfermería. México: Secretaría de Salud, CENETEC 2015, pp. 15 [Citado 27/03/2018] Disponible en: <https://cutt.ly/cwuU932>

⁷⁷ Ibídem.

⁷⁸ Ibídem.

⁷⁹ Ibídem.

⁸⁰ *Ibíd.*

⁸¹ Intervenciones de Enfermería durante el puerperio fisiológico. Resumen de evidencias y recomendaciones: Guía de Práctica Clínica de Enfermería. México: Secretaría de salud. CENETEC, 2015. Pp. 16. [citado 19/01/2019] Disponible en: <https://cutt.ly/rwulq63>

⁸² Intervenciones de Enfermería durante el puerperio fisiológico. Resumen de evidencias y recomendaciones: Guía de Práctica Clínica de Enfermería. México: Secretaría de salud. CENETEC, 2015. Pp. 19. [citado 19/01/2019] Disponible en: <https://cutt.ly/rwulq63>

⁸³ D. Vardon, D. Reinbold, M. Dreyfus, Episiotomía y desgarros obstétricos recientes, Cirugía general, 2015-04-01, Volumen 15, Número 1, Páginas 1-17, Copyright © 2014 Elsevier Masson SAS, [Citado 27/03/2018] Disponible en: <https://cutt.ly/1wulrhP>

⁸⁴ Choi KR, Seng JS. Predisposing and precipitating factors for dissociation during labor in a cohort study of posttraumatic stress disorder and childbearing outcomes. *Journal of midwifery & women's health*. 2016;61(1):68-76. doi:10.1111/jmwh.12364. citado enero 02 2018. Disponible en <https://cutt.ly/SwultLg>

⁸⁵ Intervenciones de enfermería durante el puerperio fisiológico. Resumen de evidencias y recomendaciones: Guía de práctica clínica de enfermería. México: Secretaría de Salud, CENETEC 2015, pp. 31[Citado 27/03/2018] Disponible en: <https://cutt.ly/HwulpT4>

⁸⁶ *Ibíd.*

⁸⁷ *Ibíd.*

⁸⁸ Intervenciones de enfermería para la promoción de la lactancia materna en los tres niveles de atención. Guía de evidencias y recomendaciones: Guía de Práctica clínica, México, CENETEC: 2018, [Citado 27/03/2018] Disponible en: <https://cutt.ly/jwulsuT>

⁸⁹ Intervenciones de enfermería para la promoción de la lactancia materna en los tres niveles de atención. Guía de evidencias y recomendaciones: Guía de Práctica clínica, México, CENETEC: 2018, [Citado 27/03/2018] Disponible en: <https://cutt.ly/NwuldpX>

⁹⁰ Newton E. R., Lactancia y lactancia materna, Obstetricia. Embarazos normales y de riesgo, Capítulo 24, 542-575, Séptima edición, Copyright © 2019 Elsevier

España, S.L.U., [internet] Citado: 15/05/2019. Disponible en: <https://cutt.ly/Xwuld8O>

⁹¹ Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía para las madres que amamantan. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco OSTEBA; 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS. [Citado 27/03/2018] Disponible en: <https://cutt.ly/ewulfXQ>

⁹² Vismara L., Perspectives on perinatal stressful and traumatic experiences, European Journal of Trauma & Dissociation, 2017-04-01, Volumen 1, Número 2, Páginas 111-120, Copyright © 2017 Elsevier Masson SAS. Citado enero 01 2018. Disponible en: <https://cutt.ly/jwulg7k>

⁹³ Rachel Lev-Wiesel & Shir Daphna-Tekoah, The Role of Peripartum Dissociation as a Predictor of Posttraumatic Stress Symptoms Following Childbirth in Israeli Jewish Women, Journal of Trauma & Dissociation, 11:3, 266-283, DOI: 10.1080/15299731003780887 [Citado 27/03/2018] Disponible en: <https://cutt.ly/gwullpm>

⁹⁴ Chávez Parra A.A. Aplicación de la técnica de Esferodinamia para la lumbalgia mecánica en pacientes de 20 a 50 años de edad atendidos en el área de terapia física del Hospital del Día de la Universidad Central del Ecuador en el período de septiembre 2015-enero 2016. Citado enero 01 2018. Disponible en: <https://cutt.ly/cwulzoO>

⁹⁵ M. Boudou, N. Se´journe, H. Chabrol, Douleur de l'accouchement, dissociation et de´tresse pe´rinatales comme variables pre´dictives de symptoˆmes de stress post-traumatique en post-partum [Dolor en el parto, disociación perinatal y angustia perinatal como predictores de los síntomas de estrés postraumático], Gyne´cologie Obste´trique & Fertilité´ 35 (2007) 1136–1142, [Citado 27/03/2018] Disponible en: <https://cutt.ly/Mwulz7c>

⁹⁶ Pierre Petit, Prise en charge de la tocophobie par thérapie cognitivo-comportementale : à propos d'un cas clinique [Manejo de tocofobia por terapia cognitivo-conductual: sobre un caso clínico] Journal de thérapie comportementale et cognitive (2015), Volumen 25, Número 1 ,marzo de 2015, páginas 3-11, [Citado 27/03/2018], Disponible en: <https://cutt.ly/fwulcwU>