



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA**

---

---

**ESTUDIO DE CASO REALIZADO A UNA MUJER EN  
TRABAJO DE PARTO CON ENFOQUE HUMANIZADO DESDE  
LA PERSPECTIVA TEÓRICA DE OREM**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**

**ENFERMERA ESPECIALISTA PERINATAL**

**P R E S E N T A:**

**L. E. O. Chávez Acevedo Paulina Saraí**

**ASESOR :**

**E.E.P. Rivas Flores Nidia**

**Ciudad de México, 2019**





Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## AGRADECIMIENTOS

Mi gran agradecimiento a la Universidad Nacional Autónoma de México, por seis años llenos de aprendizaje, fortalecimiento y perseverancia académica y profesional, por pertenecer y darme la oportunidad de realizar una especialidad, para mejorar la calidad de vida de las personas.

Al Instituto Nacional de Perinatología, por abrirme las puertas para poder aprender y ejercer todos los conocimientos de vanguardia, siendo el mejor hospital-escuela para las prácticas profesionales y de especialidad.

A la Mtra. Rosalba Barbosa y la Mtra. Elvia Villagordoa por la confianza y las grandes enseñanzas no solo en el ámbito académico, sino fortalecer mi persona con cada consejo otorgado.

A mi coordinadora la E.E.P. Nidia Rivas Flores por el apoyo, las enseñanzas y la manera de impulsar a cada una, haciéndome saber de las capacidades, virtudes y fortalezas que poseo.

Si quieres ir rápido, ve solo. Si quieres llegar lejos ve acompañado.

Proverbio africano

## DEDICATORIAS

A mi madre, mi abuela y hermana, por todo el apoyo incondicional para lograr mis metas, por la educación y valores que me enseñaron para poder alcanzar cada sueño que me he planteado, por la confianza y la independencia que me han dejado alcanzar.

A César por cada palabra y acción de motivación para cuando las situaciones y emociones eran negativas durante todo el proceso, por ayudarme a alcanzar cada meta planteada, por la atención, paciencia y por siempre confiar en mí y mis capacidades.

## INDICE

Introducción	1
Objetivo General	3
Objetivos Específicos	3
Capítulo I. Fundamentación	4
Capítulo II. Marco Teórico.	6
Proceso de Atención de Enfermería	6
Meta paradigmas de enfermería	10
Teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem	13
Riesgos y daños a la salud	25
Consideraciones éticas	29
Marco legal	31
Capítulo III. Metodología	37
Estrategias de investigación: estudio de caso	37
Selección del caso y fuentes de información.	37
Conograma de actividades	39
Capítulo IV. Descripción genérica del caso.	41
Aplicación del proceso de atención de enfermería	42
Valoración	42
Capítulo V. Aplicación del proceso de Atención de enfermería.	51
Valoraciones focalizadas	60
Capítulo VI. Plan de alta	73
Capítulo VII. Conclusiones	75
Referencias bibliográficas	77
Anexos	83
Anexo I. Consentimiento informado	83

## Introducción

En México el parto medicalizado se sigue llevando a cabo en las instituciones de salud pública, violando así lo que por norma la mujer, su pareja y su familia tienen derecho. En el continuo de la atención a la salud materna existen dos situaciones extremas: muy poca atención, demasiado tarde, esto haciendo referencia a las intervenciones y cuidados inadecuados o faltos de evidencia científica que proporcionan los profesionales de la salud, incluso negando la atención oportuna o atención otorgada cuando la situación de salud se encuentra en un cuadro complicado, lo cual va asociado al aumento en las tasas de mortalidad y morbilidad materna y la segunda situación; atención excesiva, demasiado pronto, haciendo énfasis en la excesiva medicalización e intervenciones rutinarias no fundamentadas en embarazos y nacimientos sanos, incluyendo así situaciones de abuso y de falta de respeto.

El acompañamiento durante el trabajo de parto por personal capacitado disminuye las intervenciones innecesarias para con la mujer, ofrece mayor confort y respeto, tomando en cuenta que los cuidados que se brindan siguen la cultura, creencias y tradiciones de la persona en la mayor parte posible.

El presente trabajo se trata de un estudio de caso realizado en una mujer gestante durante la jornada obstétrica; como uno de los temas principales se aborda el papel fundamental de la enfermera perinatal durante el trabajo de parto y la relevancia de los cuidados e intervenciones durante esta, lo anterior para que la mujer tenga una experiencia única e inigualable del proceso, tomando en cuenta su opinión y proporcionar las bases suficientes para el empoderamiento y la toma de decisiones para su salud y bienestar y de la persona no nacida.

El autocuidado como elemento fundamental dentro del desarrollo de la relación enfermera- persona es fundamental para generar capacidades de autocuidado

que lleven a la mujer al bienestar y al desarrollo en la toma de decisiones durante la jornada obstétrica.

La enfermera perinatal es un profesional de la salud competente para otorgar atención de calidad, segura y oportuna, con un enfoque humanístico, intercultural y basada en la evidencia científica.

Por lo cual se decide realizar este estudio de caso para plasmar los cuidados e intervenciones individualizadas, holística e integrales a una mujer gestante, a pesar de la carencia de recursos tanto de infraestructura, de insumos, equipo médico, y personal, en un área geográfica vulnerable. Lo antes mencionado no estableció obstáculos para una atención digna, profesional e individualizada dentro del hospital de segundo nivel de atención, a pesar de las amenazas y debilidades de la institución se logró el objetivo y con esto se pretende que lograr un impacto en el personal de salud que labora en la institución para mejorar la calidad de atención a las personas y llevar a cabo las acciones, cuidados e intervenciones de una manera integral y con evidencia científica para la conservación, manejo o tratamiento de los procesos fisiológicos y/ o patológicos.

## Objetivo General

Analizar la dinámica que se origina durante la jornada obstétrica a través de la relación cuidado- persona bajo la perspectiva teórica de Elizabeth Orem, siguiendo la metodología del estudio de caso llevado a cabo en una institución de segundo nivel de atención

## Objetivos Específicos

- Identificar el grado de desarrollo de la agencia de autocuidado a través de la aplicación del instrumento de valoración perinatal basado en la teoría de Orem.
- Identificar el déficit de autocuidado durante la jornada obstétrica
- Jerarquizar los requisitos universales de autocuidado alterados.
- Planear cuidados personalizados, específicos, holísticos, humanos, éticos y científicos para la recuperación o mantenimiento de la salud del individuo.
- Favorecer el desarrollo de la agencia de autocuidado a través del método de ayuda enseñar a otro.
- Favorecer el desarrollo y bienestar humano durante la jornada obstétrica
- Introducir técnicas no farmacológicas durante la jornada obstétrica
- Desarrollar la capacidad de autogobierno para favorecer la toma de decisiones durante el proceso fisiológico de la jornada obstétrica.
- Identificar el grado de satisfacción de los requisitos universales alterados

## Capítulo I. Fundamentación

Se realizó una búsqueda en la biblioteca digital de la UNAM, INDEX CUIDEN, SCIELO relacionada con estudios de caso y acompañamiento de la enfermera perinatal durante la jornada obstétrica, dicha búsqueda arrojó un total de 90 documentos de los cuales 7 se relaciona directamente con el tema.

- “El trabajo de parto es un proceso fisiológico natural, el cual debe llevarse a cabo en un ambiente saludable y seguro. Las prácticas de cuidado a la mujer durante el trabajo de parto cambian de un entorno familiar y centrado en ella, a la institucionalización del trabajo de parto, centrado en el médico, lo que también establece las relaciones interpersonales entre la mujer/ enfermera- enfermera/médico lo que determina las prácticas de cuidado que la enfermera proporciona dentro del ámbito hospitalario”. “Prácticas de cuidado realizadas por enfermería a la mujer durante el trabajo de parto institucionalizado”. Cortés García, María del Rosario. 2018.
- “El presente estudio de caso se realizó a gestante en la tercera década de la vida con embarazo de 37.4 semanas de gestación, por fecha de última menstruación, con alteración del bienestar físico materno durante el trabajo de parto, fase prodrómica, la cual se presenta al servicio de urgencias de gineco- obstetricia del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, el día 14 de octubre 2016, se utilizó como herramienta metodológica un instrumento de valoración perinatal, a través de una entrevista directa, exploración física céfalo-podálica y de forma indirecta con expediente clínico, se identificaron requisitos universales alterados a través de la teoría de déficit de autocuidado de Dorotea Elizabeth Orem, así como la elaboración del proceso enfermero, incluyendo un plan de cuidados de enfermería perinatal individualizado”. “Intervenciones de enfermería perinatal a mujer con alteración del bienestar físico materno

durante el trabajo de parto, bajo enfoque de la teoría de déficit de autocuidado de Dorotea”. Cedillo Rosas Ariana Lizbeth. 2017

- “El nacimiento es un proceso fisiológico y natural, aunque en los últimos años ha sido muy intervenido y violentado, con las practicas rutinarias, no individualizando as necesidades de cada gestante provocando en ocasiones malas experiencias, que no quisieran volver a recordar. La forma actual de conducir el parto incluye maniobras y administración de medicamentos que se han hecho en forma rutinaria desde hace muchos años, sin haber realizado un análisis de sus ventajas y desventajas, muchas de ellas se han hecho a la conveniencia de la comodidad del profesional de salud”. “Intervenciones de enfermería especializadas a multigesta en trabajo de parto en fase activa, bajo enfoque de parto respetado a libre elección y con base en la teoría de autocuidado de Dorotea”. Salas San Gabriel María Teresa del Sagrario. 2017

La investigación en el área es reducida, pues las intervenciones se llevan a cabo, pero no se plasman por lo cual no hay una fundamentación consistente acerca del tema.

## Capítulo II. Marco Teórico.

### Proceso de Atención de Enfermería

Es el método que guía el trabajo profesional, científico, sistemático y humanista de la práctica de enfermería, centrado en evaluar en forma simultánea los avances y cambios en la mejora de un estado de bienestar de la persona, familia y/o grupo a partir de los cuidados otorgados por la enfermera. (1)

El proceso enfermero que consta de 5 fases: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, es una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros. Eje de todos los abordajes enfermeros, el proceso promueve unos cuidados humanísticos, centrados en unos objetivos (resultados) y eficaces. También impulsa a las enfermeras a examinar continuamente lo que hacen y a plantearse cómo pueden mejorarlo. (2)

El proceso de atención de Enfermería:

- Es resuelto: porque va dirigido a un objetivo.
- Es sistemático: por utilizar un enfoque organizado para lograr su propósito.
- Es dinámico: porque implica un cambio continuo, centrado en las repuestas humanas.
- Es interactivo: por centrarse en las respuestas cambiantes del paciente identificadas durante la relación enfermera- paciente.
- Posee una base teórica: sustentada en una amplia variedad de conocimientos, incluyendo las ciencias y las humanidades, que pueden aplicarse a cualquiera de los modelos teóricos de enfermería.

La primera etapa del proceso de atención de enfermería es:

1. **Valoración:** consiste en la obtención de datos significativos del estado de salud de una persona a partir de técnicas como la observación que se utiliza desde el primer contacto con la persona, la entrevista enfocada hacia las necesidades de cuidado de Enfermería que permite el acercamiento con la persona, al igual que el intercambio de experiencias y, el examen físico céfalo- caudal basado en los métodos de inspección, palpación, percusión y auscultación que proporciona información global del estado de salud - enfermedad de la persona, además de datos obtenidos por otras fuentes, principalmente, la historias clínicas, los laboratorios y pruebas diagnósticas. Partiendo de ésta recolección de hechos se da una interacción enfermera-sujeto de cuidado, en la cual se obtienen datos subjetivos que hacen referencia a lo que manifiesta verbalmente la persona y datos objetivos que se relacionan con los aspectos que la enfermera valora en la persona. (3)

2. **Diagnóstico:** Consiste en la identificación de los problemas de salud para Enfermería basado en los patrones funcionales alterados, apoyados en un sistema de clasificación de diagnósticos propios de enfermería, las formulaciones son indispensables en el quehacer profesional y requiere de una práctica continua en el cuidado del paciente. (3)

Estas formulaciones son:

- Formulaciones diagnósticas reales. (factores relacionados y características definitorias).
- Formulaciones diagnósticas de riesgo (factores de riesgo sin características definitorias).
- Formulaciones diagnósticas probables (ausencia de características definitorias y factores relacionados).
- Formulaciones diagnósticas interdependientes

Cada categoría diagnóstica consta de tres componentes: (5)

- Título o etiqueta: que ofrece una descripción concisa del problema de salud.
- Características definitorias: grupo de signos y síntomas que con frecuencia se ven en un diagnóstico en particular.
- Factores relacionados, etiológicos y contribuyentes: que identifican factores, situaciones, patológicos y de maduración que pueden causar o contribuir al problema.

Para este tipo de formulaciones se utiliza el formato PES que incluye:

PROBLEMA, ETIOLOGIA, SIGNOS Y SINTOMAS

Para escribir una formulación diagnóstica de enfermería real, se debe unir el problema real con su etiología usando palabras “relacionado con”, “manifestado por” escribir los signos y síntomas mayores que validen la existencia de ese diagnóstico. (5)

*Formulaciones diagnósticas de enfermería de riesgo.*

La formulación de los diagnósticos de enfermería de riesgo se escribe en dos partes:

- P: identificación o expresión del problema potencial.

E: agregado de “relacionado con” para unir el problema y los factores contribuyentes.

3. **Planeación:** consiste en la determinación de intervenciones o actividades conjuntamente (enfermera- paciente) conducentes a prevenir, reducir, controlar, corregir o eliminar los problemas identificados con base a los diagnósticos de enfermería. Es aquí donde se elaboran las metas u

objetivos definiendo los resultados esperados, estableciendo prioridades de cuidado y se organizan y registran en un plan, que puede ser según el ámbito de cuidado, individualizado o colectivo. (3)

- Determinar las prioridades inmediatas: ¿Qué problemas requieren atención inmediata?, ¿Cuáles pueden esperar?, ¿en cuales debe de centrarse la enfermera?, ¿Cuáles puede delegar o referiría otros?, ¿Cuáles requieren un enfoque multidisciplinar?
- Fijar los objetivos (resultados esperados): ¿Cómo se beneficiará la persona de los cuidados enfermeros?

Esto es determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como parte de los profesionales. Son necesarios porque proporciona la guía común para el equipo de enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta, permite evaluar la evolución del usuario, así como los cuidados proporcionados.

Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. (5)

Se debe de tener en cuenta que los objetivos sirven para: dirigir cuidados, identificar los resultados esperados y medir la eficacia de las actuaciones. Lo que se pretende con los objetivos de las actuaciones enfermeras es establecer que se quiere conseguir, cómo, cuándo y cuánto.

Existen dos tipos de objetivos: objetivos de enfermería o criterios de proceso y objetivos del paciente/cliente o criterios de resultado.

- Las normas generales para la descripción de objetivos: describir los objetivos en término que sean observables y puedan medirse, describir

Los objetivos en forma de resultados o logros a alcanzar y no como acciones de enfermería, elaborar objetivos cortos y específicos, cada objetivo deriva de un diagnóstico de enfermería y señalar un tiempo específico para realizar cada objetivo. (5)

- Determinar las intervenciones: ¿Qué intervenciones prescribirá para prevenir o tratar los problemas y lograr los objetivos?
  - Anotar o individualizar el plan de cuidados: ¿Escribirá su propio plan o adaptar un plan estándar o computarizado para responder a la situación específica de la persona?
4. **Ejecución:** es la aplicación del plan de cuidado, que desarrolla tres criterios: preparación, ejecución propiamente dicha y documentación o registro, donde interviene según la planificación, el paciente, la auxiliar, la enfermera, el equipo de salud, los familiares y las redes de apoyo, con la dirección del profesional de Enfermería. (3)
5. **Evaluación:** a comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios. Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones. (6) Cabe anotar, que ésta evaluación se realiza continuamente en cada una de las etapas del proceso citadas anteriormente, verificando la relevancia y calidad de cada paso del proceso de Enfermería. (5)

### Meta paradigmas de enfermería

La ciencia de enfermería se derivó principalmente de las ciencias sociales, biológicas y medicas a partir de los años 60, del siglo XX un número mayor de profesionales se dedicó a desarrollar modelos de enfermería, que brindan las bases para elaborar teorías y avanzar en el conocimiento de la profesión. (6)

La teoría proporciona los conocimientos necesarios para perfeccionar la práctica diaria mediante la descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos.

La enfermería es una disciplina práctica y por lo tanto las ideas innovadoras deben surgir de la práctica con una buena fundamentación teórica, en relación con las necesidades de cuidado para mantener la salud de los individuos y de la sociedad.

Las teorías deben reunir, al menos, las siguientes características:

- Deben ser lógicas, relativamente simples y generalizables
- Deben estar compuestas por conceptos y proposiciones
- Deben relacionar conceptos entre sí
- Deben proporcionar bases de hipótesis verificables
- Deben ser consistentes con otras teorías, leyes y principios válidos
- Pueden describir un fenómeno particular, explicar las relaciones entre los fenómenos
- Predecir o provocar un fenómeno deseado
- Pueden y deben ser utilizados por la enfermería para orientar y mejorar la práctica

### Niveles de desarrollo de las teorías:

- Las metateorías: se centra en aspectos generales, incluyendo el análisis del propósito, el tipo, la propuesta y la crítica de fuentes y métodos para el desarrollo de la teoría.
- Los metaparadigmas: son de contenido abstracto y de ámbito general; intentan explicar una visión global utilizará la comprensión de los conceptos y principios clave.
- Las teorías de medio rango: tienen como objetivo fenómenos o conceptos específicos, tales como dolor y el estrés; son de ámbito limitado, por lo suficientemente generales como para estimular la investigación.
- Las teorías empíricas: se dirigen al objetivo deseado y las acciones específicas necesarias para su realización, son definidas brevemente.

## Teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem

Dorothea Orem (1914-2007) fue enfermera norteamericana que se graduó en 1930, llevando a cabo su formación posterior en el área de la educación de enfermería en la universidad católica de Detroit.

Desarrolló su actividad en todos los campos de la enfermería: asistencial, docencia, gestión e investigación. También participó como asesora en programas políticos propiciando cambios con repercusiones importantes para la organización y formación de enfermería. (7)

No destaca a ninguna teórica enfermera como influencia principal de su trabajo, si bien cita los trabajos de diferentes teóricas, de diferentes corrientes de pensamiento: Nightingale, Henderson, Peplau, Rogers.

La teoría enfermera sobre el déficit de autocuidado es:

- Descriptiva: porque contiene los elementos para comprender la acción de autocuidado, en qué situaciones es necesario, cómo contribuir a la vida, la salud y el bienestar, cuándo se necesita la ayuda enfermera.
- Explicativa: pues establece interpretaciones sobre los conceptos que contiene; el auto cuidado como acción intencionada, las limitaciones en la agencia de autocuidado y los sistemas de enfermería.
- Predictiva: el desarrollo de su teoría permite establecer, las repercusiones que puede tener en el déficit de autocuidado y en las limitaciones de la agencia de autocuidado aplicar un sistema de enfermería u otro.

## Conceptos de metaparadigma

Cuidado: distingue tres formas de cuidados; el auto cuidado, los cuidados dependientes y los cuidados enfermeros.

Se plantean tres grupos de premisas sobre el autocuidado: los factores condicionantes, que influyen en él, su relación con la salud y la enfermedad y el desarrollo de comportamientos y recursos específicos necesarios para realizarlos.

Se distinguen cuidados en los ámbitos de prevención primaria, secundaria y terciaria (teoría del déficit de cuidado)

Orem contempla la enfermería como un servicio de ayuda que centra su atención en asistir a las personas para lograr su autocuidado a través del proceso de enfermería. Los cuidados se dirigen a satisfacer las demandas de autocuidado hasta que la agencia de autocuidado, o la agencia de cuidado dependiente, sea la adecuada para satisfacer las demandas o hasta que estas desaparezcan.

Persona: se concibe al persona como un todo integrado, que funciona biológica, simbólica y socialmente y que está en permanente interacción consigo misma con su entorno, intercambiando continuamente materia y energía en un proceso adaptativo imprescindible para la vida. Orem presenta una serie de premisas en las que fundamenta el concepto de persona y sobre esta, desarrolla la necesidad de la enfermería:

- La capacidad de actuar deliberadamente
- La capacidad de adaptación al medio

- Limitaciones para cuidar a otros o cuidar de sí mismos
- Capacidad de aprender
- El cuidado como responsabilidad social

Entorno: considera que son una serie de factores o elementos físicos, químicos, biológicos y sociales que originan requisitos de autocuidado y pueden influir positiva o negativamente sobre la vida, la salud y el bienestar de las personas y los grupos y sobre todo en la satisfacción de los requisitos de autocuidados.

El entorno puede tener un valor ecológico y terapéutico e influir positivamente en la salud de la persona; a esto lo denomina entorno favorecedor del desarrollo o entorno terapéutico. El entorno que facilita el desarrollo es el que dispone de programas especializados, rutinas y estructuras físicas para ayudar a las personas a fijar objetivos y a ajustar su conducta para su consecución.

Salud: es un estado que cambia a medida que evolucionan las características humanas, biológicas y afectas a la globalidad e integridad donde se incluyen los aspectos referidos a la persona como ser humano. Describe el concepto de salud distinguiendo dos conceptos:

La salud: se caracteriza con el buen estado de las estructuras humanas y el buen funcionamiento corporal y mental.

Bienestar: tiene un sentido perspectivo que hace que sea único para cada persona; incluye experiencias de satisfacción y manifestaciones de contento, placer, felicidad y plenitud, que facilitan el avance de la persona hacia la autorrealización.

## Teoría de enfermería sobre el déficit de autocuidado

En la teoría de enfermería sobre el déficit de autocuidado se conceptualizan los fenómenos que explican estos elementos y se detallan sus relaciones e interrelaciones. Se explican mediante tres estructuras teóricas (subteorías independientes): la teoría del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría del sistema de enfermería. (7)

En cada teoría del modelo se desarrollan conceptos teóricos basados en premisas y proposiciones concretas relacionadas entre sí en los diferentes postulados que constituyen cada teoría.

### Teoría del autocuidado

Parte de una serie de premisas y proposiciones que apuntan hacia una consideración de los autocuidados como acciones deliberadas y aprendidas, Orem parte de dos premisas sobre el autocuidado: la conducta para con uno mismo, aprendida a través de las relaciones con otros y el derecho y la responsabilidad de cada persona: derecho debido a que cuando una persona no puede cuidarse por sí misma ni puede ser ayudada por sus seres cercanos necesita de ayuda social o profesional; responsabilidad que trasciende de uno mismo, ya que a veces se hace para otros.

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

Los sistemas de autocuidado o de cuidado dependiente tienen la misma finalidad que los cuidados de salud y los cuidados enfermeros. Se describen en el concepto de las siguientes finalidades:

- Apoyar los procesos vitales y el funcionamiento normal
- Mantener el crecimiento, la maduración y el desarrollo normales
- Prevenir o controlar los procesos de enfermedad o lesión
- Prevenir la incapacidad o procurar su compensación
- Promocionar el bienestar (acción aprendida o acción intencionada)

#### Requisitos de autocuidado

Los requisitos de autocuidado se dividen en tres categorías: universales, de desarrollo y de desviación de la salud

#### Requisitos de autocuidado universal

Son comunes a todas las personas y se requieren a lo largo de toda la vida y en todas las situaciones de salud:

- El mantenimiento de un aporte de aire suficiente
- El mantenimiento de una porte de agua suficiente
- El mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente

- La provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y evacuación
- El mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo
- El mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana
- La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano
- La promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo humano de ser normal.

#### Requisitos de desarrollo

Estos requerimientos son específicamente en un periodo concreto del ciclo vital y se relaciona con las actividades para iniciar y promover el desarrollo en una edad y etapa particular o en un determinado momento del ciclo de vida, Orem describe varios:

- Los estados intrauterinos de la vida y el proceso del nacimiento
- La etapa neonatal, ya sea nacido a término, prematuro
- Infancia
- Las etapas de desarrollo de la infancia, incluyendo la adolescencia y la entrada a la edad adulta
- Las etapas de desarrollo de la edad adulta: el embarazo ya sea en la adolescencia o en la edad adulta

### Requisitos de desviación de la salud

Estos cuidados se precisan cuando la persona sufre de una enfermedad o lesión y requiere cuidados específicos. Las alteraciones de la salud provocan cambios en las estructuras, el funcionamiento, la conducta y los hábitos de la persona, por lo que pueden hacer a la persona dependiente de otra. Se distinguen seis categorías de requisitos de autocuidado ante la desviación de la salud.

### Factores básicos condicionantes

Son condiciones internas y externas de la persona que afectan, por una parte, a la cantidad y calidad de cuidados que requiere y por otra parte a las manifestaciones de los requerimientos y a su capacidad para el autocuidado (edad, sexo, estado de desarrollo, estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema de cuidados, factores del sistema familiar, el patrón de vida, factores ambientales y la disponibilidad y adecuación de los recursos)

### Descriptivos de la persona

- Edad y sexo
- La residencia y sus características ambientales
- Factores del sistema familiar
- Factores socioculturales

### Del patrón de vida

Incluyen medida de autocuidado que lleva a cabo la persona

Del estado y factores del sistema de salud

Incluyen el estado de salud fisiológico y psicológico

### Del estado de desarrollo

- Capacidades de autogobierno
- Factores necesarios para el autogobierno o aquellos que lo afectan negativamente
- Potencial de desarrollo personal

Teoría del déficit de autocuidado

Esta teoría determina cuando es necesaria la enfermería y se relaciona con la teoría del autocuidado.

### Agencia de autocuidado

Las reflexiones iniciales sobre el poder humano llamado agencia de autocuidado se produjeron entre 1958 y 1970, siendo expresadas como las capacidades y limitaciones de los individuos para ocuparse de sí autocuidado. Estas reflexiones facilitaron la formulación de ocho proposiciones sobre la agencia de autocuidado. (8)

- La agencia de autocuidado es una característica humana compleja y adquirida.
- La agencia de autocuidado es el poder de un individuo para comprometerse en las operaciones esenciales de autocuidado.
- El ejercicio por parte de un individuo, del poder llamado agencia de autocuidado, resulta de un sistema de acciones direccionadas hacia

condiciones de la realidad del entorno, a fin de regularlas, o este ejercicio resulta de un diseño o un plan para dicho sistema de acción.

- La agencia de autocuidado puede conceptualizarse como un repertorio de acción de un individuo
- La agencia de autocuidado puede ser caracterizada en términos de habilidades y limitaciones de un individuo para comprometerse en el autocuidado.
  
- Las condiciones y factores en el entorno del individuo afectan el desarrollo y el ejercicio de la agencia de autocuidado.
- Las personas están sujetas a necesidades secuenciales para el ejercicio de la agencia de autocuidado.
- La agencia de autocuidado es una capacidad estimativa y productiva para el autocuidado.

Se destaca que en las proposiciones de la agencia de autocuidado se expresan varias condiciones de las personas, motivación, conocimiento, habilidades.

La agencia de autocuidado está presente cuando está desarrollada o está desarrollándose. El desarrollo o nuevo desarrollo de la agencia de autocuidado de los individuos a lo largo de sus ciclos vitales debería comprenderse como asociado a los deseos humano de conocer, la capacidad de aprender y el avance hacia estadios más altos y complejos del desarrollo personal. (9)

Las capacidades fundamentales y disposiciones que se articulan con los componentes de poder en su relación con las capacidades operativas, están vinculadas con factores y estados condicionantes, tales como: factores genéticos, y constitucionales, estado de vigilia, organización social, cultural, experiencia. Dentro de estas capacidades y disposiciones se encuentran las siguientes:

- Capacidades básicas seleccionadas: ocuparse del autocuidado, comprenden sensación, percepción, aprendizaje, ejercicio o trabajo, regulación de la posición y movimientos del cuerpo y sus partes.
- Capacidades para saber y hacer: están constituidas por aquellas que afectan al conocimiento operativo; el razonamiento y la emisión de juicios y decisiones, las habilidades aprendidas que afectan la comunicación, así como las operaciones de tipo investigación y producción.
- Capacidades y disposiciones orientativas significativas, son determinantes del interés y disponibilidad de la persona para ocuparse en si autocuidado, de preocuparse por su salud o ser capaces de realizar su autocuidado.

#### Agencia de cuidado dependiente

Son las capacidades desarrolladas o en proceso de desarrollo de las personas para conocer y cubrir las demandas de autocuidado terapéuticos de personas socialmente dependientes de ellas o para regular el desarrollo o ejercicio de la agencia de autocuidado de las personas.

#### Déficit de autocuidado

Es la relación que se establece entre las propiedades humanas de la demanda de autocuidado terapéutico y la agencia de autocuidado, en la que los elementos de las capacidades de autocuidado desarrolladas dentro de una agencia no son operativos o adecuados para conocer y satisfacer algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o prevista.

## Agencia de enfermería

Son las capacidades desarrolladas por las personas educadas como enfermeras que las facultan para representarse a sí mismas como tal y dentro del marco de una legítima relación interpersonal, para actuar, conocer y ayudar a las personas a satisfacer sus demandas de autocuidado. (10)

## Teoría del sistema de cuidados enfermeros

Los sistemas de enfermería describen lo que deben ser las acciones de enfermería. Se identifican tres tipos:

- Sistema de enfermería totalmente compensadora: cuando el individuo no puede realizar ninguna actividad de autocuidado. Implica dependencia total.
- Sistemas parcialmente compensadores: cuando el individuo presenta algunas necesidades de autocuidado por parte de la enfermera, bien por motivos de limitación o incapacidad, por lo 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.
- Sistemas de apoyo – educación: 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.

Estos sistemas de cuidado se deben individualizar y concretar en cada paciente, para ayudar al proceso de determinación de las intervenciones y actividades específicas, así como para la evaluación de los resultados de la aplicación de estos sistemas. (11)

Un punto importante a considerar de 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 de 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.

### Métodos de ayuda

Orem los describe como métodos comunes en todas las situaciones de ayuda: actuar por otra persona o hacer algo por ella, guiarla, apoyarla, proporcionarle un entorno que fomente su desarrollo y enseñarla:

- Actuar por otra persona o hacer algo por ella
- Guiar a otro
- Apoyar a otro
- Proporcionar un entorno de desarrollo
- Enseñar a otro

## Riesgos y daños a la salud

### Enfoque humano: Acompañamiento perinatal durante la jornada obstétrica

El nacimiento de un hijo es indudablemente uno de los principales eventos en la vida de una mujer, por lo tanto, el trabajo de parto constituye un evento natural y fisiológico, donde no existe en la mayoría de los casos, la necesidad de intervenciones que interfieren físicamente o con daño psicológico a la mujer y la persona recién nacida.

Por lo tanto, el trabajo de parto es parte de la vida sexual y reproductiva de las mujeres, que debe de ir acompañada de manera favorable y no invasiva, permitiendo que la madre tome posesión activa de su trabajo de parto.

Desde hace mucho tiempo el parto ya no es algo natural, si no se ha convertido en un procedimiento con excesiva intervención médica y hospitalaria. Los rituales que rodean al nacimiento han cambiado con el resultado de las influencias del avance de la ciencia. Actualmente el nacimiento está rodeado de procedimientos técnicos destinados a aumentar la seguridad de la atención del parto, pero alejados de la familia, el humanismo y el componente afectivo.

Comprender el comportamiento de las mujeres embarazadas durante todo este periodo requiere empatía y sensibilidad del equipo médico, estas transformaciones pueden generar crisis de su ser, marcada por cambios emocionales y físicos, que pueden causar conflictos y estado de estrés, miedo, ansiedad e inseguridad.

Esta gama de sentimientos comienza a aumentar cuando se produce el nacimiento de su hijo, ya que la mujer tiene muchas razones para tener esta preocupación: dolor, no conocer los signos del trabajo de parto, atención medica

deficiente, evacuar u orinar al momento de la expulsión de la persona recién nacida, así como sentimientos de no ser buena madre o morir.

El profesional de salud en este caso la enfermera perinatal necesita apoyar a la mujer en este momento crucial lleno de misterios y expectativas para la mujer embarazada, para que pueda reaccionar positivamente al trabajo de parto y al nacimiento.

Cuando la mujer percibe un entorno de solidaridad por parte del personal de salud hacia el dolor, miedo o alegría, la mujer embarazada reaccionara con seguridad, lo que exagera la posibilidad de entender la experiencia del trabajo de parto.

La experiencia de la mujer en trabajo de parto es de suma importancia para el personal de salud, pues este es un momento crucial que comprende todas las esferas de la persona o personas involucradas, los sentimientos de miedo, angustia o ansiedad son más comunes en la mujeres primíparas, ya que en muchas ocasiones desconocen el proceso que se lleva a cabo, iniciando por el miedo de no saber qué va a suceder, como la incertidumbre de que el personal no es capaz de expresar su empatía y empoderarla para la toma de decisiones.

El concepto de parto como un momento de dolor se transmite de generación en generación y posiblemente causa miedo en mujeres que nunca han experimentado este momento, lo que contribuye a l aumento de la sensación de dolor.

La hospitalización de parturientas modifica sus tareas básicas y una rutina simple, desde cómo darse un baño hasta la alimentación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que la presencia de un acompañante durante el trabajo de parto trae beneficios como lo son la reducción del tiempo del trabajo de parto y parto, necesidad de administración de analgesia, menos necesidad de parto medicalizado.

En Brasil se realizó un estudio en el que se recolectaron datos de mujeres primíparas mediante una entrevista para saber las preocupaciones que aquejan a estas durante el trabajo de parto,

Para las mujeres una de las mayores preocupaciones fue el dolor en el parto y la angustia por saber si la persona no nacida está sufriendo, se concluyó que el acompañante durante el trabajo de parto trae beneficios para las mujeres primíparas, pues estas se calmaron con palabras de apoyo, gestos simples, aplicar masoterapia y técnicas de relajación. En este mismo estudio, se evaluó las acciones de la enfermera a favor de las mujeres en trabajo de parto y parto, las mujeres entrevistadas indicaron que las enfermeras prestaron atención a sus preocupaciones y brindaron buena asistencia y cuidados, prestando atención, escuchando sus problemas, manejando el dolor, esta atención marca la diferencia y es registrada en la memoria de esas mujeres (12)

Una comunicación de calidad entre las pacientes y los profesionales responsables de su cuidado influye de manera positiva sobre la percepción del parto, tanto en las mujeres como en sus familias. Disipar miedos y dudas, infundir seguridad, proporcionar una información amplia y detallada, atender el bienestar físico y emocional, estar disponible, mostrar comprensión, apoyo y respeto, procurar intimidad y permanecer en un segundo plano, se han revelado como prácticas sumamente apreciadas por las mujeres. Además, contribuyen, de manera decisiva, a la satisfacción de la experiencia del parto. (13)

Se ha identificado la relación entre los estados emocionales maternos positivos y negativos y los resultados obstétricos, encontrando que el estado de ánimo positivo y la estabilidad emocional durante el embarazo y parto se asocia con tener un parto natural. Por lo tanto, los niveles moderados de ansiedad se asocian a complicaciones durante el parto y resultados fetales más pobres, mientras que un estado de ánimo positivo se asoció con mejores experiencias de parto. (13)

Informar y atender con calidez a las pacientes mejora su percepción y fomenta su cooperación durante los procedimientos; así mismo, disminuye el estrés en ellas y familiares. (14)

En una revisión de Cochrane titulada “Apoyo continuo para las mujeres durante el parto”, se reafirman los beneficios que proporciona el apoyo continuo a las mujeres durante el trabajo de parto: (15)

- Incremento en el trabajo de parto vaginal espontaneo RR 1.08 (IC 95% 1.04 A 1.2)
- Disminución del uso de analgesia intraparto RR 0.90 (IC 95% 0.84 a 0.96)
- Disminución en la insatisfacción RR 0.69 (IC 95% 0.59 a 0.79)
- Disminución en el tiempo del trabajo de parto MD <0.58hrs (IC 95% 0.67 a 0.91)
- Disminución de parto vaginal instrumentado RR0.90 (IC 95% 0.85 a 0.96)
- Disminución del uso de analgesia regional RR 0.93 (IC 95% 0.88 a 0.99)

El acompañamiento continuo también favorece la detección de complicaciones o signos de alarma de manera temprana, lo cual es un elemento importante para su atención oportuna. Los efectos son también más sólidos cuando el apoyo comienza al inicio del trabajo de parto. No hay efectos dañinos comprobados a causa del acompañamiento continuo.

## Consideraciones éticas

La ética como disciplina teórica propone principios ampliamente desarrollados y aplicables en la vida como ciudadanos, como miembros de una familia o de un grupo de profesionales. Los principios deben ser generales, universalmente conocidos y aceptados y pueden convertirse en una guía del comportamiento, en una forma de vida. (16)

Tal y como nos lo sugiere A. Davis los principios proporcionan elementos de juicio para analizar las situaciones que se presentan en la vida diaria o en el ejercicio profesional y tomar decisiones basadas en ellas, tendientes al respeto de la persona humana, a su consideración como un fin y a la propia realización personal.

Los principios éticos: respeto, beneficencia, no maleficencia y justicia, propuestos por Beauchamp y Childress en 1979, han conseguido una aceptación casi universal, sin la cual sería imposible entender la reflexión bioética de los años siguientes hasta nuestros días. Para los autores, los principios, son guías generales que dejan lugar al juicio particular en casos específicos y que ayudan explícitamente, en el desarrollo de reglas y líneas de acción más detalladas. (17)

El cuidado de enfermería como fin – bien interno de la profesión necesita medios para su realización, los cuales se constituyen en orientadores en pilares, en componentes éticos del cuidar, que lo defienden y especifican. Estos componentes son los principios éticos y los valores morales- hábitos, virtudes, actitudes, características y cualidades- que definen los comportamientos del cuidador o de sus prácticas cuidantes.

El principio del respeto, tiene en cuenta la dignidad humana. La persona es un fin en sí misma y no puede tratarse como mero instrumento. Para que la dignidad humana sea una realidad es necesario implementar el respeto con uno mismo, con los otros y con el ambiente. (17)

El principio de la beneficencia – no maleficencia, este principio exige para su aplicación conocimiento científico- técnico, habilidad, oportunidad y diligencia en la acción. (18)

La beneficencia puede mirarse desde el no causar daño o maleficencia, hasta beneficiar a otros o beneficencia positiva. (17)

El principio de justicia, tiene relación con la distribución de cargas y beneficios, con la racionalización del gasto, y de los recursos disponibles y la formulación de políticas de salud. La justicia como principio se entiende como un balance entre la igualdad y la equidad. (18)

## Marco legal

Según el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud (19) En su artículo 17, se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos del reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías:

I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta;

Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 Ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con

II. medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento. (19)

III.- Investigación con riesgo mayor que el mínimo: Son aquéllas en que las probabilidades de afectar al sujeto son significativas, entre las que se consideran: estudios radiológicos y con microondas, ensayos con los medicamentos y modalidades que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, ensayos con nuevos dispositivos, estudios que incluyan procedimientos quirúrgicos, extracción de sangre 2% del volumen circulante en neonatos, amniocentesis y otras técnicas invasoras o procedimientos mayores, los que empleen métodos aleatorios de asignación a esquemas terapéuticos y los que tengan control con placebos, entre otros.

En el artículo 20 da referencia al consentimiento informado por el cual se entiende que es el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

En su capítulo cuarto; de la investigación en Mujeres en Edad Fértil, Embarazadas, durante el Trabajo de Parto, Puerperio, Lactancia y Recién Nacidos; de la utilización de Embriones, Óbitos y Fetos y de la Fertilización Asistida.

El artículo 44 hace referencia a las investigaciones que se realicen en mujeres embarazadas deberán estar precedidas de estudios realizados en mujeres no embarazadas que demuestren su seguridad, a excepción de estudios específicos que requieran de dicha condición. (19)

El artículo 47.- Las investigaciones en mujeres embarazadas, con beneficio terapéutico relacionado con el embarazo, se permitirán cuando:

I. Tengan por objeto mejorar la salud de la embarazada con un riesgo mínimo para el embrión o feto, o

II.- Estén encaminadas a incrementar la viabilidad del feto, con un riesgo mínimo para la embarazada.

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

La salud materna- 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.

El Programa Sectorial de Salud 2013-2018, en concordancia con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, establece seis objetivos asociados a las metas nacionales: México en Paz, México incluyente, México con educación de calidad, México próspero y México con responsabilidad global y a las tres estrategias transversales: democratizar la productividad, gobierno cercano y moderno, así como perspectiva de género.

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.

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 (20). 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. (20) 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.

De acuerdo al decreto por el que se adicionan diversas disposiciones a la Ley General de Salud, de la Ley del Seguro Social y de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Publicado del 12 de noviembre de 2015 en el diario oficial de la federación. (Diario oficial de la federación, 2015)

El Artículo 64 Bis 1, hace mención lo siguiente: 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 derechohabencia o afiliación a cualquier esquema de aseguramiento.

Todas las instituciones de salud deben capacitar a las licenciadas en enfermería obstétrica, parteras técnicas y parteras tradicionales para identificar complicaciones del embarazo, parto y puerperio; así como, proveer facilidades para la referencia y acompañamiento oportuno de la embarazada a los establecimientos para la atención médica, en su caso. Los partos de bajo riesgo de término, pueden ser atendidos por enfermeras obstetras, parteras técnicas y parteras tradicionales capacitadas. (20)

Según los perfiles de enfermería publicados por la secretaría de salud la enfermera especialista es el personal de enfermería con estudios de especialidad de nivel superior en un área específica de la práctica profesional, que en sus intervenciones aplica el proceso lógico y reflexivo para desempeñarse competentemente en situaciones que demandan de la aplicación razonada del conocimiento técnico- científico y humanístico. Toma decisiones con base en la aplicación del proceso de enfermería y promueve la utilización de modelos innovadores y de nuevas técnicas en su especialidad para mejorar el cuidado, así como de la investigación de su práctica y a la aplicación de hallazgos; tiene la capacidad para concertar cada una de sus intervenciones con otros profesionales que participan en el plan terapéutico. (21)

Es competente para valorar, planear, ejecutar y evaluar la atención de enfermería en un campo particular de la profesión, que le permite desempeñar roles como proveedor, investigador, educador y gestor del cuidado, en los procesos asistencial, de investigación, educativo y administrativo, con intervenciones independientes, en espacios de una mayor responsabilidad y autonomía, acordes con su formación profesional en la práctica especializada de enfermería. (21)

A través del tiempo la enfermería ha trascendido, entre diversos acontecimientos históricos, científicos y tecnológicos, se ha observado que ésta y su objeto de estudio, o sea el cuidado a tenido de igual manera un cambio trascendental, puesto que las necesidades humanas y las demandas sociales se han modificado; esto lleva a la necesidad de producir, fundamentar, evidenciar y aplicar el que hacer de enfermería dejando de lado o transformando el conocimiento adquirido antes de que se realizara su profesionalización, tomando en cuenta que las actividades se realizaban eran por medio de la rutina y por un conocimiento empírico, es importante destacar que la disciplina realizó su profesionalización hace no más de 50 años, lo cual se ve reflejado en la producción de su propio conocimiento.

Con base en el movimiento científico que a partir de los años setenta el desarrollo de la Enfermería Basada en la Evidencia también se ha permeado de la necesidad de promover resultados fiables en la práctica de la profesión, por lo que en el año de 1997 se celebraron en Inglaterra las primeras conferencias sobre EBE, y así surgen centros de EvidenceBasedNursing (Alonso, 2004).

La Enfermería Basada en Evidencia (EBE) se define como la “aplicación consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica disponible relativa al conocimiento enfermero para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes, teniendo en cuenta sus preferencias y valores, e incorporando la pericia profesional en la toma de decisiones”. (22)

Las intervenciones de la enfermera especialista están basadas y normadas por un marco legal el cual incluye la una de las normas oficiales mexicanas que da sustento a las practicas es la NOM 007 –SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida.

## Capítulo III. Metodología

### Estrategias de investigación: estudio de caso

El estudio de caso es un método de investigación cualitativo en donde se busca ser descriptivo, exploratorio y explicativo, este debe ser heurístico para la toma de decisiones sobre los cuidados a realizar basados en conocimientos con un sustento científico.

El presente estudio de caso se desarrolló en el Hospital General de Naucalpan Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda perteneciente al Estado de México, en el servicio de tococirugía, área de labor en el mes de octubre del año 2017.

### Selección del caso y fuentes de información.

La elección de la persona se llevó a cabo a través de la observación de las diferentes pacientes que se encontraban en el área de labor de trabajo de parto en el Hospital General de Naucalpan, tomando en cuenta las posibles patologías, la identificación del déficit de autocuidado de acuerdo a cada etapa, y la disponibilidad de la paciente.

Se estableció un contacto directo con la paciente explicando el objetivo del estudio de caso y los objetivos de todos los cuidados perinatales para con ella y la persona no nacida, quedando plasmado en un consentimiento informado proporcionado por la coordinadora de la especialidad, para establecer la confidencialidad de los datos obtenidos.

La etapa de valoración se llevó a cabo a partir del día 23 de octubre del 2017 a las 7:30 horas, utilizando las diferentes técnicas como son la observación, palpación, percusión y auscultación, así como también la recolección de datos a través del instrumento de valoración basado en la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem y con instrumentos como expediente clínico y hojas de enfermería.

La etapa de diagnóstico se elaboró de acuerdo a los datos arrojados en la valoración, en esta etapa se identifican los requisitos universales de autocuidado afectados, y se realizó una jerarquización.

La planeación está integrada por cuidados individualizados para favorecer el estado de bienestar y la capacidad de autogobierno de la mujer gestante durante la jornada obstétrica.

Durante la ejecución de los cuidados, la mujer participó activamente, se desarrolló un vínculo persona- enfermera y se modificó la percepción de la experiencia del trabajo de parto y de las intervenciones y cuidados en cada etapa de este.

Se realizaron 6 valoraciones focalizadas para dar seguimiento y continuidad a los cuidados de enfermería.

## Conograma de actividades

ACTIVIDADES	Mes	Octubre/ Noviembre		Noviembre		Diciembre		Enero	
		23-27	30-10	13-17	20-01	4-8	11-29	2	15-26
Semana									
1. Elección del paciente									
2. Consentimiento informado									
3. Aplicación del instrumento de valoración									
4. Elaboración de portada y reconocimientos									
5. Elaborar objetivos generales									
6. Fundamentación y elaboración de marco conceptual									
7. Metodología									
8. Presentación del caso									
9. Elaboración del proceso de atención de enfermería									

10. Valoración								
11. Diagnostico								
12. Planeación								
13. Ejecución								
14. Evaluación								
15. Plan de alta								
16. Introducción								
17. Entrega y revisión								
18. Entrega de trabajo final								
19. Presentación plenaria								

## Capítulo IV. Descripción genérica del caso.

Etapa de desarrollo:  
Adulta joven +  
Embarazo

- Requisitos de Autocuidado Universales.
1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire
  2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua
  3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos
  4. Provisión de cuidados asociados de eliminación y excrementos
  5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo
  6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana
  7. Prevención de Peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
  8. Promoción a la normalidad del funcionamiento y el desarrollo humano.

Agencia de autocuidado  
Desarrollada pero no  
estabilizada por lo que  
requiere apoyo continuo.

Sistema de Enfermería  
Apoyo- Educación

Requisitos de autocuidado ante una  
desviación de salud.

Ana busca y asegura la ayuda médica adecuada identificando los signos de trabajo de parto y acude rápidamente a consulta de urgencias, tiene limitación con la capacidad reflexiva para la investigación del proceso que vivirá, llevo a cabo efectivamente las medidas diagnosticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas con un total de 6 consultas prenatales y con ingesta de acido fólico y multivitaminas, tiene conciencia y presta atención o regula los efectos de las medidas de cuidados prescritos por el personal de salud aunque no tiene muy en claro para que se prescribe cada cuidado, lo lleva a cabo de la mejor manera que le es posible, modifíco el auto concepto para aceptarse uno mismo como ser humano con un estado de salud en particular, así mismo no se le dificulto la modificación de la autoimagen por el incremento de peso y, aprendió a vivir con los efectos de las condiciones y estados fisiológicos y los efectos de las medidas de tratamiento medico , a través de la aceptación y deseo del embarazo y muestra interés por aprender los cuidados durante el trabajo de parto, para un proceso satisfactorio y acepta el ingreso hospitalario para la resolución del embarazo.

Unidad de Observación  
B.M.A.K . G 1, Embarazo de 38.6 semanas de gestación  
por FUM + trabajo de parto en fase activa

- Exposición a Riesgos
- Maternos:
- Trabajo de parto estacionario
  - Distocia de la dinámica uterina
  - Desgarros
  - Atonía uterina
- Fetales:
- Pérdida del bienestar fetal
  - Expulsivo prolongado
  - Asfixia perinatal
  - Muerte

Factores Básicos Condicionantes			
Descriptivos de la persona	Patrón de vida	Estado y sistema de salud	Estado de desarrollo
Edad y sexo: Mujer 21 años	Ocupación: Ama de casa	Estado de salud:  sana	Capacidad de autogobierno Limitada por factores negativos como lo es la edad, limitación para hacer guías de conocimiento, la escolaridad y la dependencia económica, lo cual limita la toma de decisiones acerca de su cuerpo y salud
Residencia:  Naucalpan	Medidas de autocuidado: Modifíco medidas higiénico dietéticas durante el embarazo, actualmente acepta que se lleve a cabo las medidas necesarias y los cuidados necesarios para acompañamiento durante la jornada obstétrica	Características del sistema de salud:  Seguro popular Segundo nivel de atención	Potencial de desarrollo Expresa el interés acerca de saber las alternativas que tiene para mejorar su estado de salud, el de su futuro recién nacido y de su familia
Sistema familiar: Integrada			
Sociocultural: Casada			
Socioeconómico: Dependiente económicamente			

## Aplicación del proceso de atención de enfermería

### Valoración

Lugar	Hospital General de Naucalpan “Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda”
Servicio	Unidad tocoquirurgica, área de labor
Fecha y hora	23. Octubre. 2017 7:00hrs

### Factores básicos condicionantes descriptivos

Se trata de femenino B.M.A. K de 21 años de edad, estado civil casado, grupo y Rh sanguíneo O+. Diagnóstico médico embarazo de 38.6 semanas de gestación por fecha de última menstruación y trabajo de parto en fase activa que ingresa para conducción de trabajo de parto.

#### 1.1 Factores ambientales

B.M.A.K. habita en una zona suburbana, en casa rentada, cuenta con todos los servicios intradomiciliarios (luz, agua, drenaje), construcción de concreto, loza, con escasa iluminación y ventilación cuenta con 3 cuartos (habitación, baño y cocina) niega flora y fauna nociva, zoonosis negativa.

#### 1.2 Factores del sistema familiar

Cuenta con familia integrada de dos personas: esposo y ella, dependiente económicamente del su esposo de 23 años, escolaridad de secundaria y ocupación de pintor, B.M.A.K se dedica a las actividades del hogar.

### 1.3 Factores socioculturales y socioeconómicos

Originaria del estado de Puebla y residente del Estado de México, escolaridad secundaria completa, ama de casa, religión católica por tradición y un ingreso económico refiere es insuficiente.

### 1.4 Factores del patrón de vida

---

Se dedica a las actividades del hogar, al saberse embarazada modifica actividades que requieran de esfuerzo físico y la ingesta de vitaminas, ácido fólico y hierro. El embarazo no fue planeado, pero si deseado.

### 1.5 Factores del estado de salud y del sistema de salud

Estado de salud, aparentemente sana, acude al Hospital de segundo nivel por primera vez para resolución del embarazo. Refiere falta de comunicación por parte del personal de salud y atención efectiva por parte de este.

### 1.6 Factores básicos condicionantes de estado de desarrollo

B.M.A.K. posee una capacidad de autogobierno limitada por factores negativos como lo es la edad, limitación para hacer guías de conocimiento, la escolaridad y la dependencia económica, lo cual limita la toma de decisiones acerca de su cuerpo y su salud. Sin embargo, expresa el interés acerca de saber las alternativas que tiene para mejorar su estado de salud, el de su futuro recién nacido y de su familia.

## 2. Requisito de autocuidado según la etapa de desarrollo

Etapa de desarrollo: adulta joven más embarazo.

## Antecedentes gineco- obstétricos

Menarca a los 11 años de edad, con ciclos de 30/7 días, inicio de vida sexual 18 años, número de parejas sexuales una, uso de preservativo masculino en ocasiones, G1, niega realización de citología vaginal, realiza exploración mamaria mensual, FUM 29 de enero del 2017, PFP: 06 octubre del 2017, inicio de control prenatal a las 8 semanas de gestación, niega enfermedades de transmisión sexual

### 3. Requisitos de autocuidado antes una desviación de la salud.

Acude a cita de urgencias por presentar contracciones uterinas, salida del tapón mucoso. En el repertorio actual de mecanismos de adaptación se observa una comunicación efectiva y la realización o ejecución de la prescripción del cuidado. Acompañada de factores concomitantes de estrés, ansiedad y desconocimiento sobre el proceso actual.

#### 3.3 Cumplimiento de los requisitos de autocuidado ante la desviación de la salud

Ana busca y asegura la ayuda médica adecuada identificando los signos de trabajo de parto y acude rápidamente a consulta de urgencias, tiene limitación con la capacidad reflexiva para la investigación del proceso que vivirá, llevo a cabo efectivamente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas con un total de 6 consultas prenatales y con ingesta de ácido fólico y multivitaminas, tiene conciencia y presta atención o regula los efectos de las medidas de cuidados prescritos por el personal de salud aunque no tiene muy en claro para que se prescribe cada cuidado, lo lleva a cabo de la mejor manera que le es posible, modifíco el auto concepto para aceptarse uno mismo como ser humano con un estado de salud en particular, así mismo no se le dificulto la modificación de la autoimagen por el incremento de peso y, aprendió a vivir con los efectos de las

condiciones y estados fisiológicos y los efectos de las medidas de tratamiento médico , a través de la aceptación y deseo del embarazo y muestra interés por aprender los cuidados durante el trabajo de parto, para un proceso satisfactorio y acepta el ingreso hospitalario para la resolución del embarazo.

### 3.4 Historias previas de desviación a la salud. Antecedentes personales patológicos, hospitalizaciones.

Niega hospitalizaciones, cirugías, transfusiones, fracturas y complicaciones durante el embarazo.

### 3.5 Estudios de laboratorio y gabinete.

Perfil prenatal con fecha del 6 de junio del 2017 reportado sin alteraciones

Un ultrasonido del 1\* de octubre del 2017 reportando sin alteraciones y con una edad gestacional por fetometria de 36.3 semanas

## 4. Requisitos universales de autocuidado

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

#### 4.1.1 Aspectos relacionados con la calidad y cantidad.

La paciente niega enfermedades respiratorias, dificultad para respirar. Tabaquismo activo y pasivo negado, actualmente desconoce el uso y las diversas técnicas de respiración.

#### 4.1.2 Aspectos relacionados con la estructura y función

A la exploración física, se encuentra tórax simétrico, sin masas ni laceraciones o alteraciones anatómicas visibles, mamas sin alteraciones anatómicas, turgentes, coloración pálida, pezón formado, galactopoyesis positiva, a la auscultación campos pulmonares ventilados con adecuada entrada y salida de

aire, palidez de tegumentos, llenado capilar de 2 segundos. Signos vitales: FC: 72lpm, FR: 22rpm, TA 100/60 mmHg, FCF: 146lpm

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

##### 4.2.1 Elementos relacionados con la calidad y cantidad.

Ingesta de 1 ½ de agua natural al día, niega conoce la importancia del consumo de agua durante el embarazo, pero desconoce la importancia de la cantidad y calidad de la ingesta de líquidos durante el parto y puerperio. Actualmente se encuentra con dieta de líquidos claros, pero refiere que ningún profesional de la salud le ha ofrecido líquidos por lo cual se encuentra sedienta.

##### 4.2.2 Aspectos relacionados con la estructura y función

A la exploración física cavidad oral con mucosas deshidratadas.

#### 4.3 Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos

##### 4.3.1 Elementos relacionados con la calidad y cantidad

Peso antes del embarazo 43Kg, talla: 1.50m, IMC: 19.1, peso al final del embarazo 51Kg. El tipo de dieta es variada, niega alergias a alimentos, las siguientes son las raciones que ingiere por semana: res 1/7, verduras 5/7, pasta 2/7, yogurt 1/7, pollo 5/7, fruta 4/7, leguminosas 7/7, semillas 1/7, huevo 3/7, pan 3/7, lácteos 3/7, tortilla 7/7, azúcar 7/7, embutidos 1/7, galletas 1/7, grasas 7/7.

Durante el embarazo refiere que ingirió ácido fólico, multivitaminas y hierro.

Actualmente se encuentra con dieta de líquida a 20 ml de agua natural vía oral por turno, la paciente refiere no haber recibido líquidos desde la entrada a urgencias, su último alimento fue a las 17:00hrs del día 22 de octubre.

##### 4.3.2 Aspectos relacionados con la estructura y función

A la exploración física, cavidad oral íntegra y funcional, mucosas deshidratadas, refiere caries durante el embarazo las cuales fueron tratadas en el segundo

trimestre de embarazo, con presencia de halitosis e higiene bucal deficiente niega dificultad para la ingestión de alimentos.

#### 4.4 La provisión de cuidados asociados de eliminación y los excrementos

Niega enfermedades renales e intestinales, presenta dos micciones durante la jornada obstétrica con las siguientes características: color amarillo ámbar, turbio, sin presencia macroscópica de hematuria. No presenta evacuaciones durante la jornada obstétrica. Niega disuria, poliuria, tenesmo, y presencia de moco o sangre.

##### 4.4.1 Elementos relacionados con la estructura y función

Exploración física, a la auscultación ruidos peristálticos disminuidos, sin signos y síntomas de infección de vías urinarias, Giordano negativos.

#### 4.5 Mantenimiento del equilibrio entre actividad y reposo

Niega realizar algún deporte o ejercicio, desconoce los ejercicios que se pueden realizar durante el embarazo y trabajo de parto. Refiere dormir 6 horas al día, con periodos de descanso durante el día, no presenta dificultad para dormir.

##### 4.5.1 Elementos relacionados con la estructura y función

A la valoración se encuentra en decúbito lateral izquierdo, inmovilizada, refiere sentirse fatigada y dificultad para relajarse, con facies de cansancio, sin edema en miembros pélvicos, sin datos de insuficiencia venosa, arcos de movimiento disminuidos.

#### 4.6 El mantenimiento del equilibrio entre la soledad e interacción social

No pertenece a ningún grupo social, deportivo o cultural, refiere presentar buena relación con su pareja, familia y amigos, durante la jornada obstétrica no recibe visita de familiares.

Al momento de la valoración consciente, orientada, se encontraba sin acompañamiento del personal de salud, al inicio la comunicación fue escasa con poco contacto visual, no entiende la dinámica del servicio ya que ningún personal de salud le explico cómo se llevaría a cabo el proceso de hospitalización, no sigue indicaciones médicas, y se limita la toma de decisiones por falta de información sobre el proceso fisiológico.

#### 4.7 Prevención de los peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano

Niega haber presentado complicaciones durante el embarazo, la primera consulta prenatal fue a las 8 SDG, acudió a 6 consultas prenatales en el centro de salud, relacionado a las actividades y prevención de riesgos, se realizó dos ultrasonidos los cuales no van de acuerdo a lo que establece la NOM 007 (el primero en el primer trimestre y el segundo en el tercer trimestre) reportados sin alteraciones, no se realizó Papanicolaou, exploración de mamas mensual, acudió al dentista en el segundo trimestre del embarazo, no realizo consultas con nutrición, educación prenatal ni lactancia materna, niega vacunación durante el embarazo.

Niega Infección de vías urinarias, infecciones vaginales, enfermedades de transmisión sexual, amenazas de parto pre término, trombosis venosa de miembros pélvicos, diabetes mellitus, hipertensión arterial.

Alcohol, drogas y tabaco negativos, realiza aseo perineal de adelante hacia atrás. Niega datos de encefalopatía hipertensiva, de descompensación metabólica.

##### 4.7.1 Aspectos relacionados con la estructura y función

Actividad uterina irregular (2/10 min, intensidad de ++, duración menos de 45 seg). Estática fetal: presentación: cefálica, situación: longitudinal, posición: dorso derecho, AFU: 29cm, estimación de peso fetal: 2635grs por formula de Jhonson y Toshach, refiere sentir movimientos fetales. Condiciones cervicales:

cérvix consistencia blanda, posición central, borramiento del 60 %, dilatación de 5 cm, altura de presentación: primer plano de Hodge, pelvis útil para el trabajo de parto.

Cuenta con un acceso venoso periférico número 16 en miembro superior derecho, con una solución de 1000ml glucosada al 5% + 5 UI de oxitócina para dosis respuesta (conducción del trabajo de parto)

Ruptura de membranas artificial con liquido claro con grumos (11:00hrs 23.oct.2017).

HORA	7:00	7:30	8:00	8:30	9:00	9:30
T/A	100/60mmHg				100/70mmHg	
FC	72				70	
FR	20					
FCF	147	150	152	146	148	157
CONTRACCIONES	2/10	2/10	2/10	2/10	2/10	2/10
DILATACIÓN	5cm	5cm	5cm	5cm	5cm	5cm
BORRAMIENTO	60%	60%	60%	60%	60%	70%
mUI oxitocina	6	6	6	6	8	8

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

Realiza baño diario, cambio de ropa completa diario, aseo bucal una vez al día, caries en tratamiento. Lavado de manos antes de comer y después de ir al baño, refiere que la limpieza para ella es tener higiene corporal.

La importancia de la religión para la toma de decisiones es indistinta, es creyente por tradición, recurre esporádicamente a su centro religioso.

Percibe su modificación física necesaria por el embarazo, desagrada las estrías en el abdomen, acerca de la intimidad con su pareja la considera de riesgo durante el embarazo.

Refiere no haber tomado curso de psicoprofilaxis obstétrica durante el embarazo, no asistió a grupos de apoyo de lactancia materna, y refiere saber solo lo que su núcleo familiar le comenta por ejemplo que la lactancia materna es dolorosa, no recibió información acerca de planificación familiar, beneficios de los métodos anticonceptivos y la importancia de la elección de uno, para después del embarazo

##### 4.8.1 Aspectos relacionados con la estructura y función

Refiere que se siente ansiosa y estresada por no tener conocimiento de los cambios que están ocurriendo durante el trabajo de parto, de las acciones que puede realizar durante cada periodo del trabajo de parto y de los cuidados posteriores al nacimiento. Refiere dolor en región lumbar durante las contracciones.

## Capítulo V. Aplicación del proceso de Atención de enfermería.

<b>Operaciones de diagnóstico</b>	<i>Déficit del aporte suficiente de aire relacionado con limitación cognitiva de las técnicas de respiración manifestado por hiperventilación, polipnea y verbalización de cansancio.</i>		
<b>Objetivo</b>	Enseñar a B.M.A.K las técnicas de respiración durante las etapas de trabajo de parto		
<b>Sistema de enfermería</b>	Apoyo- Educación	<b>Método de ayuda</b>	Enseñar a otro
<b>Prescripción del cuidado</b>	<b>Tratamiento regulador</b>	<b>Fundamentación</b>	
Enseñar las diferentes técnicas de respiración a realizar en cada fase del trabajo de parto, como método de relajación y de disociación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demostración de las diferentes técnicas de respiración que pueden ser utilizadas durante las etapas de trabajo de parto.</li> <li>• Respiración de limpieza: llenar a la máxima capacidad los pulmones inspirando por la nariz y exhalando por la boca, estas respiraciones se realizarán al inicio de las contracciones.</li> <li>• Respiración lenta: inspirar por la nariz y espirar por la boca de 10 a 15 respiraciones por minuto, estas serán realizadas entre cada contracción.</li> <li>• Rítmica modificada: inspirar por la nariz y espirar por la boca rápidamente durante la contracción.</li> </ul>	<p>Técnicas de respiración: son las diferentes modalidades de efectuar la oxigenación pulmonar, la que a su vez mejora la oxigenación celular, dependiendo del momento y la necesidad, con lo cual lograra también mayor comodidad, tranquilidad, facilitando la relajación y control de las molestias propias de cada fase.</p> <p>Mejoran el intercambio ventilatorio, ya que con los ejercicios respiratorios la mujer favorece la conservación del equilibrio entre el ingreso de oxígeno y la expulsión de bióxido de carbono, favoreciendo la comodidad de la madre y la reserva de oxígeno hacia el feto. Disminuye la acumulación de ácido láctico en el musculo. (23)</p>	
<b>Control de casos</b>	B.M.A.K. realizó las diferentes técnicas de respiración durante la fase activa del trabajo de parto, mejoro el bienestar físico y disminución de la frecuencia respiratoria a 17 respiraciones por minuto.		

<b>Requisito de autocuidado Universal</b>	Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo humano de ser normal.		
<b>Operaciones de diagnóstico</b>	Disminución de la capacidad reflexiva para la toma de decisiones relacionado con el desarrollo del trabajo de parto manifestado por la limitación para ejecutar acciones, tomar decisiones y comprender indicaciones.		
<b>Objetivo</b>	Enseñar las etapas de trabajo de parto los cambios durante cada una de ellas.		
<b>Sistema de enfermería</b>	Apoyo-educación	<b>Método de ayuda</b>	Enseñar a otro
<b>Prescripción del cuidado</b>		<b>Tratamiento regulador</b>	<b>Fundamentación</b>
<p>Establecer una comunicación efectiva con la persona</p> <p>Favorecer un lenguaje sencillo y claro</p> <p>Orientar acerca de los cambios en las etapas del trabajo de parto</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se establecer una comunicación efectiva y empática con la mujer tomando en cuenta el tono de voz y las palabras a comunicar.</li> <li>• Se enseñará acerca de las modificaciones fisiológicas y anatómicas durante la fase activa del trabajo de parto con un lenguaje acorde y entendible para la escolaridad de la mujer (explicar sobre contracciones uterinas, la dilatación y el borramiento cervical, sobre la intensidad del dolor durante las contracciones)</li> </ul>	<p>Una comunicación de calidad entre las pacientes y los profesionales responsables de su cuidado influyen de manera positiva sobre la percepción del parto, tanto en las mujeres como en sus familias.</p> <p>Disipar miedos y dudas, infundir seguridad, proporcionar una información amplia y detallada, atender el bienestar físico y emocional, estar disponible, mostrar comprensión, apoyo y respeto, procurar la intimidad y permanecer en un segundo plano, se ha revelado como practicas sumamente apreciados por las mujeres. Además, contribuyen de manera decisiva, a la satisfacción de la experiencia del parto (Hernández C, 2011)</p> <p>En la revisión de Cochrane titulada “apoyo</p>

<p>Orientar acerca de las actividades a realizar durante la fase activa del primer periodo de trabajo de parto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se le dará a conocer la dinámica de la sala de labor y de los procedimientos a realizar durante dicha fase, haciendo hincapié en que toda duda debe ser resuelta en el momento y que ella tiene derecho a tomar decisiones acerca de su trabajo de parto con la información previamente correspondiente por el personal de salud a cargo.</li> </ul>	<p>continuo para las mujeres durante el parto”, se reafirman los beneficios que proporciona el apoyo continuo a las mujeres durante el trabajo de parto:</p> <p>Incremento en el parto vaginal espontaneo RR 1.08 (IC 95% 1.04 a 1.2)</p> <p>Disminución de la insatisfacción RR 0.69 (IC 95% 0.59 a 0.79)</p> <p>El acompañamiento continuo también favorece la detección de complicaciones o signos de alarma de manera temprana, lo cual es un elemento importante para su atención oportuna. Los efectos son también más sólidos cuando el apoyo comienza al inicio del trabajo de parto.</p>
<p><b>Control de casos</b></p>	<p>Ana expreso sus dudas y temores, manifestó sentirse un poco más segura con la aclaración de las estas. Fortaleciendo así un vínculo enfermera- persona y mostrando capacidad reflexiva y asertiva para la toma de decisiones.</p>	

<b>Requisito de autocuidado Universal</b>	El mantenimiento de un aporte suficiente de agua		
<b>Operaciones de diagnostico</b>	Déficit e la ingesta de líquidos relacionado con protocolo hospitalario manifestado por mucosas orales deshidratadas y verbalización de sed.		
<b>Objetivo</b>	Favorecer la hidratación de la mujer durante la jornada obstétrica		
<b>Sistema de enfermería</b>	Parcialmente compensatorio	<b>Método de ayuda</b>	Actuar por otro
<b>Prescripción del cuidado</b>		<b>Tratamiento regulador</b>	<b>Fundamentación</b>
Proporcionar líquidos vía oral a libre demanda		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar líquidos vía oral (agua natural) 20 ml por turno de acuerdo a indicaciones médicas, para favorecer la hidratación durante el trabajo de parto, proporcionando 5 ml de agua cada que la mujer lo solicite.</li> <li>• Se realizó solicitud a medico en turno para aumentar la ministración de líquidos vía oral.</li> <li>• Se proporcionando líquidos orales a libre demanda.</li> <li>• Se mantendrá una gasa humedecida en los labios para favorecer la hidratación de las mucosas orales.</li> </ul>	<p>En una revisión sistemática de Cochrane en la que 1782 pacientes, compararon a mujeres que recibieron 120 ml/hr de ringer lactato y 150ml por vía oral, encontrando: (Daeoo, 2013)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminución en el tiempo de trabajo de parto en el primer grupo (IC 95% 47.31- 10.30)</li> <li>• No se observó diferencia significativa en el número de cesáreas RR 0.73</li> </ul> <p>Una recomendación dada por Singata en 2013, dada la evidencia no muestra beneficios ni daños, no existe justificación para la restricción de líquidos pudiendo las mujeres elegir libremente tomar agua o líquidos claros durante el trabajo de</p>

		<p>parto.</p> <p>La restricción de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto es una intervención habitual en muchos centros de atención obstétrica. Es rutina se fundamenta en la prevención del síndrome de Mendelson, sin embargo, ahora se conoce que esta técnica no garantiza la reducción del contenido estomacal y el bienestar de la mujer puede verse afectado ante la imposibilidad de beber o ingerir alimentos (24)</p>
<b>Control de casos</b>	Se logró favorecer el estado de hidratación de Ana durante la jornada obstétrica, disminuyendo la sensación de sed, las mucosas orales permanecieron deshidratadas.	

<b>Requisito de autocuidado Universal</b>	El mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo		
<b>Operaciones de diagnóstico</b>	Disposición para mejorar el confort postural manifestado por verbalización de los deseos de necesidad de confort durante la jornada obstétrica.		
<b>Objetivo</b>	Favorecer las posiciones, movilidad y confort durante la jornada obstétrica, mencionando el impacto que estas tienen para el bienestar materno-fetal.		
<b>Sistema de enfermería</b>	Apoyo-educación	<b>Método de ayuda</b>	Enseñar a otro
<b>Prescripción del cuidado</b>		<b>Tratamiento regulador</b>	<b>Fundamentación</b>
Enseñar a B.MA.K a adoptar una adecuada postura, posición y mecánica corporal para favorecer el confort.		<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mencionar los beneficios de la posición decúbito lateral izquierdo mientras la mujer prefiera estar en la camilla.</li> <li>● Posicionar en cuatro puntos sobre la cama realizando basculación pélvica para liberar la tensión en la región lumbar durante las contracciones uterinas.</li> <li>● Realizar ejercicios de basculación pélvica de pie de ocho a diez repeticiones durante la fase activa de trabajo de parto.</li> <li>● Promover la deambulación asistida, tomando en cuentas los factores de riesgo (riesgo de</li> </ul>	<p>Deambular en la primera etapa bajo vigilancia hospitalaria reduce la duración del trabajo de parto y no parece estar asociado con efectos adversos en la madre y en el recién nacido.</p> <p>En una revisión sistemática realizada por la Cochrane, los autores concluyeron que el periodo de dilatación del trabajo de parto puede ser aproximadamente una hora más corto para las mujeres que mantienen la posición vertical y caminan, tienen más probabilidades de recibir menos analgesia epidural, debido a que la revisión no encontró ningún efecto adverso asociado con la permanencia en la posición vertical (25) Makuch, 2010</p>

	<p>caídas)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Permitir el descanso de la mujer cuando lo requiera o verbalice.</li> <li>● Las intervenciones antes mencionadas deberán ser acompañadas de técnicas de respiración para favorecer el confort y relajación.</li> <li>● (ver anexo III)</li> </ul>	
<b>Control de casos</b>	B.M.A.K llevo a cabo las diferentes posturas y posiciones terapéuticas durante la jornada obstétrica, sintiendo una mejoría en el bienestar físico, y emocional.	

<b>Requisito de autocuidado Universal</b>	Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo humano de ser norma.		
<b>Operaciones de diagnostico</b>	Alteración del bienestar materno secundario a conducción del trabajo de parto manifestado por actividad uterina regular (3-4 contracciones en 10 minutos) y dolor con un puntaje de 8 en la escala de EVA		
<b>Objetivo</b>	Disociar la percepción dolorosa durante el trabajo de parto		
<b>Sistema de enfermería</b>	Parcialmente compensatorio	<b>Método de ayuda</b>	Actuar por otro
<b>Prescripción del cuidado</b>	<b>Tratamiento regulador</b>		<b>Fundamentación</b>
Aplicar métodos no farmacológicos para el manejo y disociación del dolor	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Colocar compresas de calientes en región lumbar durante 15- 20 minutos.</li> <li>● Realizar masoterapia siguiendo la columna vertebral haciendo énfasis en la región lumbar durante cada contracción.</li> <li>● Aplicar presión profunda en la cadera durante las contracciones</li> <li>● Realizar aroma terapia con esencias de la preferencia de la mujer, acompañada de técnicas de respiración.</li> </ul>		<p>El masaje en la región lumbar durante el parto se considera eficaz para la reducción del dolor en la primera etapa del trabajo de parto, sin embargo, existe controversia sobre la eficacia para la reducción del dolor en la segunda etapa del trabajo de parto.</p> <p>Los principales beneficios de la aplicación de la masoerapia son: ayudar a aliviar la presión en la espalda, mantener la elasticidad y flexibilidad del cuerpo.</p> <p>La evidencia científica nos relata una mejor experiencia emocional del parto en las gestantes tratadas con masoterapia. (26)</p> <p>Técnicas de relajación: son las diferentes modalidades de lograr un estado de reposo tanto físico como mental, con la finalidad de hacerle ahorrar energía, lograr el alivio de tensionesy molestias y mejorar su capacidad</p>

de concentración. Las técnicas de relajación pueden ser de manera profunda o progresiva.

Aromaterapia: es un método alternativo mediante uso de fragancias a través de aceites esenciales aromáticos (aceites extraídos de hojas, flores, troncos y raíces) con la finalidad de promover la salud y el bienestar del cuerpo, la mente y las emociones. El uso de estas esencias mediante diversos sistemas de aplicación puede restablecer el equilibrio y la armonía.

Aromas utilizados en la masoterapia y aromaterapia:

Menta: Nativa de Europa, en forma de vaporizaciones se emplea para la bronquitis, sinusitis, asma. También alivia la fatiga mental, el estrés. Cuando la esencia se aplica con un masaje se utiliza en las diarreas, neuralgias.

Limón: añadido al baño es refrescante y estimulante. Aplicado mediante un masaje, elimina la cefalea y migraña, mejora la depresión y alivia el dolor menstrual y urinario.

(27)

<b>Control de casos</b>	Ana verbalizó mejoría en el bienestar físico después, se logró disociar la sensación dolorosa en cada contracción de un puntaje EVA de 8 a un puntaje de 6 puntos, durante la jornada obstétrica.
-------------------------	---

### Valoraciones focalizadas

Fecha: 23 de Octubre de 2017 12:30 hrs	Servicio: Sala de expulsión				
Fecha: 23 de octubre de 2018	<b>Servicio: sala de expulsión</b>	<b>Elaboró:</b> Chávez Acevedo Paulina Saraí			
<b>Nombre:</b> B.M.A.K	<b>Edad:</b> 21 años	<b>GRUPO Y RH:</b> O+	<b>F.U.M</b> 29 enero 2017	<b>FPP</b> 06 Octubre de 2017	<b>SDG</b> 38.6 sdg
<b>Requisitos de Autocuidado según la etapa de desarrollo:</b> Adulta joven + embarazo + periodo expulsivo		<b>Sistema de Enfermería</b> Parcialmente compensatorio	<b>Método de ayuda</b> Actuar por otro	<b>Signos vitales</b> No valorables	
<b>Requisito Universal de Autocuidado. Aspectos Relacionados con la estructura y función</b> <u>Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano.</u> Se ingresa a Ana a sala de expulsión con dilatación y borramiento completos, con feto en tercer y cuarto plano de Hodge. Se coloca en posición de litotomía de acuerdo al protocolo institucional, se realiza asepsia y antisepsia de la región genitocrudal, se colocan campos estériles. Se valora periné el cual es corto y resistente por lo que se decide realizar episiotomía media lateral derecha con colocación de analgesia regional, para realizar el procedimiento.		<b>Requisito Universal de Autocuidado. Aspectos Relacionados con la calidad y cantidad</b> Ana se encuentra realizando técnicas de respiración (de limpieza y rítmicas modificada), con pérdida del contacto visual con el personal de salud, no realiza técnicas de respiración por momentos, realiza técnica de pujo dirigido. Se obtiene polo cefálico , realizando técnica de Ritgen modificada, se realiza la rotación externa y posteriormente con movimiento ascendente se libera hombro anterior y con movimiento descendente se libera hombro posterior, se libera el resto del cuerpo, se obtiene recién nacido femenino vivo que llora y respira al nacer , se realiza contacto piel a piel, se pina y corta el cordón			

umbilical 30 segundos después del nacimiento, posteriormente se pasa recién nacido a manos del pediatra en turno, se procede al manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto con aplicación de 10UI de oxitocina intramuscular, se realiza maniobra de Crede y posteriormente Brand- Andrews y Dublín, se obtiene placenta por mecanismo Shultze, se realiza revisión de canal de parto sin encontrar desgarros, se procede a realizar episiorrafia con crómico 2/0, por planos hasta la piel, se verifica globo de seguridad de PInard.

**Diagnóstico de Enfermería**

Discontinuidad de la piel y tejidos subyacentes en periné relacionado con realización de incisión media lateral derecha manifestado por bordes regulares.

Prescripción del Cuidado	Tratamiento Regulador	Fundamentación Científica
<p>Realizar la reparación de la incisión media lateral derecha, para mantener la continuidad eficaz de la piel y tejidos subyacentes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Se realiza la reparación de la incisión por planos anatómicos, llevando a cabo las medidas de asepsia y antisepsia, con material estéril y con sutura catgut 2/0</li> <li>● Informar a Ana sobre la realización de la episiorrafia.</li> <li>● Realizar infiltración de anestesia local</li> <li>● Reparación de mucosa con puntos anclados continuos, el primer punto de sujeción se realizará un centímetro por detrás del ángulo de la incisión, realizando hemostasia si es necesario.</li> <li>● Reparación de tejido muscular con puntos simples.</li> <li>● Reparación de fascia con puntos anclados continuos</li> <li>● Reparar piel con puntos subdérmicos o puntos</li> </ul>	<p>La episiotomía individualizada frente a la rutina favorece el número de mujeres con perineo intacto y el número de mujeres que reanudan la vida sexual al mes.</p> <p>La práctica de la episiotomía en forma individualizada tiene beneficios cuando se compara con su uso rutinario. No hay evidencia que el uso rutinario o liberal de la episiotomía tenga efectos benéficos, pero hay clara evidencia que puede tener efectos perjudiciales.</p> <p>Una revisión de Cochrane de ocho estudios clínicos con 5541 mujeres mostro que la episiotomía restrictiva resulto en un menor trauma perineal severo RR 0.67 (IC</p>

	<p>invertidos, teniendo la precaución de no colocar puntos en las carúnculas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Verificar hemostasia en cada plano</li> <li>● Limpiar y secar la región genital</li> <li>● Dar posición a la mujer para favorecer el confort</li> </ul>	<p>0.49v0.91)</p> <p>La episiotomía deberá realizarse si hay necesidad clínica, como un parto instrumentado o ante un periné corto y/o rígido que afecte el estado fetal.</p> <p>Las desventajas reportadas para la episiotomía medio lateral incluye: dificultad para repararla, mayor pérdida sanguínea y posteriormente mayor incomodidad postparto.</p> <p>La técnica adecuada es la episiotomía media lateral, comenzando en la comisura posterior de los labios menores y dirigida habitualmente hacia el lado derecho; el ángulo respecto del eje deberá estar entre 45 y 60 grados (28)</p>
<p>Control de casos</p> <p>La reparación de la incisión media lateral derecha, se llevó a cabo, quedando los planos bien afrontados, con adecuada hemostasia, Ana refirió dolor en el sitio después de la reparación a lo cual se indicó 30mg de ketorolaco IV.</p>		

<b>Requisito de autocuidado Universal</b>	Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo humano de ser normal.		
<b>Operaciones de diagnóstico</b>	Disposición para favorecer el contacto piel a piel con la persona recién nacida manifestado por verbalización de la madre y las condiciones de adaptación del recién nacido a la vida extrauterina.		
<b>Objetivo</b>	Favorecer el vínculo materno a través del contacto piel a piel en la sala de expulsión y durante la primera hora de vida extrauterina.		
<b>Sistema de enfermería</b>	Parcialmente compensatorio	<b>Método de ayuda</b>	Proporcionar un entorno favorable para el desarrollo
<b>Prescripción del cuidado</b>	<b>Tratamiento regulador</b>	<b>Fundamentación</b>	
<p>Favorecer el contacto piel a piel entre la madre y la persona recién nacida.</p> <p>Se favorecerá la lactancia materna durante la primera hora de vida y durante el contacto piel a piel.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Colocar en el pecho desnudo de la madre al recién nacido, valorando la adaptación a la vida extrauterina.</li> <li>● Se colocará una sábana o manta sobre el recién nacido para prevenir la pérdida de calor (pérdidas por evaporación, convección, conducción y radiación)</li> <li>● Se alentará a la madre a que tenga un contacto visual y táctil con el recién nacido.</li> <li>● Favorecer la lactancia materna durante el contacto piel a piel colocando al recién nacido cerca del seno materno.</li> </ul>	<p>Los beneficios para la madre son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Favorece la contracción e involución uterina secundaria a la liberación de oxitocina.</li> <li>● Prevención de hemorragia postparto y disminución del sangrado, evidenciados mediante la extracción analítica de hemograma post parto en mujeres que realizaron el contacto piel a piel y las que no.</li> <li>● Estímulo para la eyección de calostro y aumento de la temperatura de las mamas.</li> <li>● Disminuye el dolor de la ingurgitación mamaria producida en las 24- 48 hrs post parto.</li> </ul>	

		<p>Los beneficios para el recién nacido son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Mejora la estabilidad cardiorespiratoria del recién nacido</li> <li>● Facilita la termorregulación, lo que disminuye el consumo energético, disminuyendo el riesgo de hipoglucemia y mejorando la adaptación metabólica.</li> <li>● Disminuye los niveles de estrés en el recién nacido, por la disminución del cortisol en sangre, que es una hormona secretada por la corteza suprarrenal y afecta a los diferentes sistemas corporales</li> <li>● Favorece el agarre correcto del pecho e inicio precoz de la lactancia materna</li> <li>● Favorece la colonización del recién nacido por los gérmenes maternos, la cual tiene un efecto protector frente a infecciones</li> <li>● La estimulación por parte de la madre favorece el reconocimiento mutuo y favorece el proceso de vinculación madre- recién nacido. (29)</li> </ul>
<b>Control de casos</b>	Se logró realizar el contacto dentro de la primera hora de vida extrauterina, con el apoyo del médico pediatra de guardia, así como también el inicio precoz de la lactancia materna.	

	La valoración del recién nacido femenino: Apgar 8-9, capurro de 37.2 semanas, silverman de 1, peso 2656grs, talla de 49cm (recién nacido de termino, peso adecuado para edad gestacional)ver anexos VII, VIII,IX.X, XI
--	--

<b>Fecha y hora</b> 23 de Octubre de 2017 14:00hrs	<b>Servicio:</b> Recuperación		
<b>Nombre:</b> B.M.A.K	<b>Edad:</b> 21 años	<b>GRUPO Y RH:</b> O+	
<b>Requisitos de Autocuidado según la etapa de desarrollo:</b> G1P1 puerperio inmediato,		<b>Sistema de</b> Enfermería apoyo- educación	<b>Método de ayuda</b> Enseñar a otro
<b>Requisito Universal de Autocuidado. Aspectos Relacionados con la estructura y función</b> <u>Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y deseo humano de ser normal.</u> Ana con palidez generalizada de tegumentos, mucosas orales deshidratadas, mamas turgentes con lactopoyesis inicial, se visualiza red venosa y pezón protráctil, catéter periférico en miembro superior derecho permeable y funcional, abdomen blando y depresible a la palpación, motilidad gastrointestinal disminuida, involución uterina a nivel de cicatriz		<b>Requisito Universal de Autocuidado. Aspectos Relacionados con la calidad y cantidad</b> Ana refiere fatiga, con facies de sueño y cansancio. Loquios hemáticos de ++, Ana refiere dolor perineal con EVA de 8 puntos y disconfort a la movilización, se observa vínculo afectivo con el recién nacido.	

umbilical, periné con presencia de episiorrafia media lateral derecha con bordes bien afrontados, loquios hemáticos de ++, miembros pélvico sin compromiso.

### **Diagnóstico de Enfermería**

Disconfort materno relacionado con pérdida de la continuidad de la piel (episiorrafia) manifestad por verbalización, facies de dolor y sensación dolorosa a la movilización con un puntaje de EVA de 8

### **Prescripción del Cuidado**

Proporcionar medios no farmacológicos para la disminución de la sensación dolorosa en la región perineal.

Enseñar y ejemplificar las diferentes posiciones pares a amamantar y así mejorar el confort

### **Tratamiento Regulador**

- Colocar hielo o compresas frías indirectamente sobre la región perineal para disminuir la sensación dolorosa, durante 15-20 minutos.
- Favorecer la posición que la mujer elija para incrementar el confort.
- Brindar apoyo durante la movilización para disminuir la sensación dolorosa y el esfuerzo realizado por la mujer

### **Fundamentación Científica**

Con frecuencia se indican varios métodos para aliviar el dolor, incluidos los baños fríos, compresas frías o de hielo en la zona. Siete estudios que incluían 859 pacientes y comparaban los tratamientos con frio como hielo, compresas de gel frías o el baño frio con ningún tratamiento u otros tiramientos. Un estudio halló que las pacientes informaron menos dolor de 24 a 72 horas después del parto cuando usaron compresas con hielo que cuando no recibieron ningún tratamiento.

Los canales iónicos activados por el calor desempeñan una función significativa en el dolor relacionado a la inflamación. Se alivian eficazmente por la acción de frio. La reducción de la temperatura de partes

		blandas de 10 a 15 grados disminuye el metabolismo de las células locales, reduce el requerimiento de oxígeno del tejido y produce constricción de los vasos sanguíneos periféricos. Se han expresado dudas acerca del efecto de la alteración de los mecanismos fisiológicos sobre el retraso en la curación de la herida (30)
--	--	---

**Control de casos**

A la colocación de hielo local disminuyó la sensación dolorosa a 5 puntos en la escala de EVA, a la movilización Ana aun refería EVA de 8 puntos, por lo cual se insistió en mejorar las posiciones que le brindaran confort durante su estancia en recuperación.

<b>Fecha:</b> 23 de octubre de 2017 14:00 hrs	<b>Servicio:</b> Recuperación			
<b>Nombre:</b> B.M.A.K	<b>Edad:</b> 21 años	<b>GRUPO Y RH:</b> O+		
<b>Requisitos de Autocuidado según la etapa de desarrollo:</b> G1P1 puerperio inmediato		<b>Sistema de Enfermería</b> Apoyo-educación	<b>Método de ayuda</b> Enseñar a otro	<b>Signos vitales</b> FC: 67 FR:17 TA:100/75 T: 36.3°
<b>Requisito Universal de Autocuidado. Aspectos Relacionados con la estructura y función</b> <u>Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y deseo humano de ser normal.</u> Ana en sala de recuperación a la valoración, tórax simétrico sin masas		<b>Requisito Universal de Autocuidado. Aspectos Relacionados con la calidad y cantidad</b> Ana no refiere dolor en mamas, verbaliza tener muy poca producción láctea, y verbaliza dificultad para amamantar, por la falta de comodidad y dificultad para la movilización y colocación al seno materno.		

palpables ni visibles, mamas turgentes, con pezones protráctiles con lactopoyesis positiva, se observa red venosa, no presentan edemas, ni coloraciones anormales.

Se valora escala de LACHT de 8 puntos (agarre: 1, deglución audible: 2, pezón: 2, comodidad:2, mantener colocado: 1) [Ver anexo VI] succión y deglución presente, coordinados, tetadas intermitentes con periodos de separación del seno materno.

**Diagnóstico de Enfermería**

Dificultad para amamantar relacionado con disconfort y dolor materno manifestado por agarre incorrecto, LATCH de 8 puntos.

**Prescripción del Cuidado**

Mejorar la técnica de lactancia materna, a través de la enseñanza de las diferentes técnicas y posiciones para brindar la alimentación.

Se explica acerca de las complicaciones de una técnica deficiente de lactancia materna.

**Tratamiento Regulador**

- Enseñar las diferentes posiciones para brindar lactancia materna.
- De cuna o tradicional
- Cruzada
- De balón
- Sentada
- Acostada
- Enseñar las diferentes posturas para brindar un confort postural para la madre, colocando siempre la espalda recta
- Explicar las diferentes complicaciones de la lactancia materna si no se lleva a cabo una correcta técnica: grietas en los pezones, dolor, congestión mamaria, ingurgitación, mastitis.

**Fundamentación Científica**

No hay estudios que compares las diferentes posturas, pero las GPC y el grupo de expertos en lactancia materna sugieren que:

- Las posturas de cuna- cruzada y de bola son útiles al principio hasta que los ambos aprendan hacer agarre y también cuando existe dolor en el pezón o grietas.
- La postura de cuna es habitual después de las primeras semanas.
- La postura de acostada es útil para la toma nocturna.
- La evidencia indica que, aunque existe una variedad de posturas, lo importante es observar el cuerpo del recién nacido y la madre estén juntos

		<p>y que la cabeza y cuello del bebe estén alineados. Se puede optar por una u otra postura en función de la preferencia de la madre, aunque la evidencia sugiere que la postura de afianzamiento espontaneo del bebe al pecho puede ser útil para prevenir y tratar problemas relacionados con lactancia, como mal agarre y dolor.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Grietas en el pezón: el dolor en los pezones nunca ha sido una condición normal durante la lactancia. Es un indicador de que la técnica de lactancia no es adecuada.</li><li>● Plenitud mamaria: ocurre entre el 3 y 5 día después del nacimiento y se considera una plenitud normal (la prevención de la plenitud mamaria disminuye cada vez que la madre alimenta a su hijo)</li><li>● Congestión o ingurgitación mamaria: inflamación y distensión de las glándulas mamarias después del inicio de la lactancia materna que se produce cuando existe un desequilibrio entre la leche producida y la leche que se extrae. Existe</li></ul>
--	--	--

		compromiso vascular y linfático (prevención: contacto precoz, lactancia a libre demanda, agarre correcto).(31)
--	--	--

**Control de casos**

Ana refiere ayuda continua para la movilización durante la lactancia materna, y mantener un agarre eficaz. Por lo cual a la evaluación de la escala de LACTH se obtiene un puntaje de 8 puntos.

<b>Fecha y hora:</b> 31 de octubre de 2017 13:30 hrs	<b>Servicio:</b> Consulta externa			
<b>Nombre:</b> B.M.A.K	<b>Edad:</b> 21 años	<b>GRUPO Y RH:</b> O+		
<b>Motivo de la consulta</b> Presenta grietas en pezón derecho				
<b>Requisitos de Autocuidado según la etapa de desarrollo:</b>  G1P1, puerperio tardío		<b>Sistema de Enfermería</b> Apoyo-educación	<b>Método de ayuda</b> Enseñar a otro	<b>Signos vitales</b> TA:100/70mmHg FC:67lpm FR:18rpm T:36.7
<b>Requisito Universal de Autocuidado. Aspectos Relacionados con la estructura y función</b> <u>Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano</u> Ana con tórax simétrico, mamas turgentes, se visualiza red venosa,		<b>Requisito Universal de Autocuidado. Aspectos Relacionados con la calidad y cantidad</b> Ana refiere dolor EVA de 6 puntos y sensación de ardor a la lactancia materna de seno derecho, salida de leche materna con sangre con evolución de dos días, menciona que a pesar del dolor ha brindado		

<p>mama izquierda sin alteraciones, mama derecha con grietas en pezón, se observa salida de leche materna con tinte sanguinolento. Se valora técnica de lactancia materna con la escala de LATCH la cual arroja 7 puntos (agarre: 1, deglución audible: 2, tipo de pezón: 2, confort: 1 mantener colocada: 1). Ver anexo VI</p>	<p>lactancia materna de ese seno, se dificulta la comodidad y el agarre durante la lactancia refiriendo que la bebé realiza tetadas discontinúas, siente que la bebe se queda con hambre ya que a mitad de las tetadas discontinúa la lactancia de ese seno por el dolor y continua con el lado izquierdo.</p>
---	--

**Diagnóstico de Enfermería**  
 Proceso de lactancia materna ineficaz relacionado con dificultad para amamantar, manifestado por grieta en el pezón derecho, salida de leche materna con tinte sanguinolento y verbalización de dolor con un EVA de 6 puntos.

<b>Prescripción del Cuidado</b>	<b>Tratamiento Regulador</b>	<b>Fundamentación Científica</b>
<p>Valorar y evaluar la técnica de amamantamiento.</p> <p>Identificar la causa que conlleva una técnica ineficaz</p> <p>Evaluar la capacidad del recién nacido de mamar y el agarre (escala de LATCH)</p> <p>Reforzar las técnicas de lactancia materna para mejorar el agarre a seno materno.</p> <p>Orientar acerca de los grupos de apoyo dentro del segundo nivel de atención (clínica de lactancia materna)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Observar al bebe al pecho para determinar si la posición es correcta, si se escucha la deglución y el patrón de mamar/deglutir.</li> <li>● Determinar el conocimiento de la alimentación al seno materno.</li> <li>● Se facilitará la comodidad para brindar la lactancia materna.</li> <li>● Enseñar a la madre la posición correcta que debe adoptar, para proporcionar el seno, el adecuado agarre al pecho.</li> <li>● Enseñar a la madre los diferentes reflejos, el de búsqueda, para que este roce los labios del recién nacido con el pezón así el recién nacido abrirá la boca y se orientará hacia el pecho de la madre, con la boca abierta a la madre le será más fácil colocarlo al seno.</li> </ul>	<p>El dolor y las lesiones del pezón constituyen una de las principales complicaciones asociadas a la lactancia materna y son causas frecuentes de su abandono.</p> <p>Las grietas son resultado de un agarre incorrecto, el neonato succiona solo el pezón, la fricción constante causa trauma mecánico y laceración.</p> <p>Al empezar con la lactancia materna, es posible que los pezones estén más sensibles. Es importante que los pezones se encuentren secos, no lavarse tras las tomas, evitar pomadas, no se</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Una vez que el recién nacido ha cogido el pezón y la areola, se tiene que asegurar que la mandíbula inferior del recién nacido sujete el pecho. Se ejerza la succión manteniendo de este modo el pezón muy adentro de la boca y la lengua aplique compresión rítmica al pezón y la areola, exprimiendo así la leche de los conductos.</li> <li>• Se sugiere dejar descansar el seno derecho por 48 horas, realizando técnica de extracción de leche materna, desechar la leche si se encuentra con tinte sanguinolento.</li> </ul>	<p>debe limitar el tiempo de succión.</p> <p>La mejor prevención de las grietas es que la postura de la madre y el recién nacido sea correcta, que su boca abarque la mayor parte de la areola y dejar que se seque con su propia leche. (32)</p>
<p><b>Control de casos</b></p> <p>Ana reforzó las técnicas de lactancia materna y las diferentes posiciones para brindarla para un mayor confort, es capaz de verbalizar las características de un agarre adecuado durante la lactancia materna.</p>		

## Capítulo VI. Plan de alta

COMUNICACIÓN	Acudir a su unidad médica correspondiente en caso de signos y síntomas de alarma, conocer los nombres de los médicos tratantes y traer consigo la Documentación necesaria para la atención.
URGENCIAS	<p>Que la persona identifique los signos y síntomas de alarma en el puerperio como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cefalea</li> <li>• Acufenos</li> <li>• Fosfenos</li> <li>• sangrados transvaginales con olor fétido o coloración verdosa</li> <li>● Dolor, eritema, drenaje fétido de episiorrafia.</li> </ul> <p>Signos y síntomas de alarma en el recién nacido:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Coloración cianótica, rubicundo, icterico</li> <li>● Adinamia, periodos de sueño prolongados</li> <li>● Inadecuada alimentación, ayunos prolongados</li> <li>● Falta de evacuaciones y micciones</li> <li>● Hipotermia</li> <li>● Hipertermia</li> <li>● Vomito</li> </ul>
INFORMACIÓN	Se brinda información acerca de las consultas de seguimiento en le puerperio, se orienta sobre las vacunas del recién nacido, y el control del niño sano, así como también sobre los grupos de apoyo de lactancia materna.
DIETA	<p>Ingerir dieta para equilibrada, en quintos.</p> <p>La dieta debe ser basada en el plato del buen comer, (Ver anexo V)</p> <p>Estableciendo horarios de comidas para evitar una</p>

	<p>descompensación metabólica, apegada a la dinámica o rutina familiar ejemplo (desayuno: 8:00, colación: 11:30, comida:14:00, colación vespertina: 17:00, cena: 19:00)</p> <p>Ingerir mayor cantidad de alimentos ricos en hierro (hígado de res y pollo, corazón, verduras de hoja verde)</p> <p>Ingesta de 1-2L de agua natural al día, fraccionada en el día por ejemplo (un vaso de agua de 200ml aproximadamente antes y después de brindar lactancia materna, al despertar, dos vasos en el desayuno, un vaso a medio día, dos vasos en la comida, un vaso en la colación vespertina, dos vasos en la cena y un vaso antes de dormir (Ver anexo V)</p>
AMBIENTE	<p>La persona debe encontrarse en un ambiente tranquilo, sin angustias y expresar los sentimientos de Preocupación si existen y dar solución a estos. Mantener un ambiente confortable para llevar a cabo la lactancia materna y los cuidados del recién nacido.</p>
RECREACIÓN	<p>Mantener una comunicación efectiva con pareja y familia para mantener una red de apoyo favorable Para estabilizar y seguir desarrollando la agencia de autocuidado.</p>
MEDICAMENTOS	<p>No se recetaron medicamentos, se sugiere que se continúe con la ingesta de multivitaminas.</p>
ESPIRITUALIDAD	<p>Trazar metas a pequeño, mediano y largo plazo, incluyendo todos los aspectos como un ser bio-psico –social, espiritual y religioso.</p>

Elaborado por: L.E.O Chávez Acevedo Paulina Sarai

## Capítulo VII. Conclusiones

- En México el modelo medicalizado durante la jornada obstétrica sigue siendo una realidad, en la que los profesionales de la salud debemos de seguir trabajando para modificar en la medida de lo posible para otorgar una atención humanizada y digna al trinomio.
- Con la realización de este estudio de caso se logró realizar un análisis de la información otorgada para fortalecer la agencia de autocuidado de la mujer gestante.
- Se incrementó la capacidad en la toma de decisiones y esto a su vez ayudo a la realización de guías de autocuidado para con ella, la persona recién nacida e incrementar sus redes de apoyo.
- Se permitió ejercer un pensamiento crítico para la integración de conocimientos adquiridos y así fomentar la toma de decisiones.
- Los objetivos fueron cumplidos ya que se logró efectuar una continuidad de la atención durante la jornada obstétrica y el puerperio, obteniendo así una satisfacción que va más allá de la etapa académica y profesional.
- Se fortaleció el trabajo en equipo, a pesar de las amenazas y debilidades encontradas en cada etapa de la jornada obstétrica y de los recursos y elementos que, aun siendo limitados, se logró brindar una atención humanizada e integral, realizando un acompañamiento perinatal eficaz, logrando un impacto positivo en la vivencia del trabajo de parto y en la atención otorgada en el puerperio.
- Por ello queda claro que la enfermera especialista perinatal es un profesional de la salud capaz de otorgar atención de calidad, segura y oportuna en los diferentes niveles de atención, ejerciendo dichos cuidados con humanismo, interculturalidad y basada en la evidencia científica.

## Sugerencias

- Para el estudiante de posgrado de enfermería perinatal significó un reto ya que el entorno social, cultural que rodea dicha institución es vulnerable, se logró compaginar con el personal médico y de enfermería a través de acuerdos, demostración del conocimiento y sobre todo en la sensibilización sobre los cuidados que se deben otorgar a la mujer en etapa perinatal, no dejando de lado que es un ser que requiere apoyo en cada uno de sus requisitos universales.
- El campo clínico asignado es una opción para establecer retos y realizar una mejora continua a través de la sensibilización del personal de salud, para mejorar la calidad de la atención a las personas en situación vulnerable.
- Los estudios de caso son una gran herramienta para plasmar el trabajo que otorga enfermería a las personas es de suma importancia que los tutores que en un inicio son asignados para cada campo clínico, así como para la revisión de estudios de caso sean personas con tal responsabilidad para poder orientar a los alumnos de la especialidad, que se lleve un orden y respete el cronograma de actividades, así como también sea un apoyo para la selección de la persona para realizar el estudio de caso.
- Se debe realizar énfasis en la construcción de dichos estudios de caso, ya que estos enriquecen a la profesión y que también quede plasmado los cuidados, actividades e intervenciones que realiza la enfermera especialista perinatal cada uno de ellos basados en la evidencia científica y bajo la perspectiva de una teoría de enfermería.

## Referencias bibliográficas

1. Instituto Nacional de Educación Permanente en Enfermería y Obstetricia. "NursingCareProcess". Rev. Salud Pública Parag [internet] enero- julio 2013[cited agosto 2017];3(1): <http://www.ins.gov.py/revistas/index.php/rspp/article/viewFile/24/10>
2. Alfaro LeFevre R. "Aplicación del proceso enfermero, fomentar el cuidado en colaboración", 5°ed. ED. Masson, Barcelona, 2003.
3. Reina N. "El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado". Umbral científico [internet]. Diciembre 2010[cited agosto 2017];(17): <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30421294003>
4. Alfaro LeFevre R. "Aplicación del proceso enfermero, fomentar el cuidado en colaboración", 5°ed. ED. Masson, Barcelona, 2003.
5. FES Iztacala, "Proceso de Atención de Enfermería". Material complementario. Enfermería comunitaria. [internet] 2013. [octubre 2017]. disponible en [www.ired.unam.mx](http://www.ired.unam.mx)
6. Cisneros F. "Teorías y modelos de enfermería". Programas de enfermería, fundamentos de enfermería. Universidad de Cuaca. [internet]; disponible en [www.artemisa.unicauca.edu.co](http://www.artemisa.unicauca.edu.co)
7. Manual DAE de enfermería. EIR. "Fundamentos de Enfermería" \*\*
8. Orem D. "Nursing. Concepts of practice. 6ta Ed. Missouri. 2001.p 256
9. Fernández A, Manrique F. "Agencia de autocuidado". Rev. Salud. hist.sanid. online[internet]. 2009(diciembre 2017); 4(1).
10. Prado L. González M. Paz N. Et al. "La teoría de déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para la calidad en la atención". Universidad de Ciencia Médicas de Matanzas. [Internet]; 2014 [diciembre 2017].
11. Vitor A. LopeS M. "Teoría do déficit de autocuidado: análise da sua importancia e aplicabilidade na prática de enfermagem. Esc Anna

- Nary[internet]. 2010[diciembre 2017];14(3): Disponible en [www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a25](http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a25)
12. Gonzalez M. Vieira B. Alves V. Et al. "Concern of primiparous women with regard to labor and birth". Journal of research fundamental care Online.[internet], 2015[Diciembre 2017];7(1):doi10.9789/2175-5361.2015.v7i1.1987-2000
  13. Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice. WHO, 2105
  14. GPC Ministerio de Sanidad y política social, 2010.
  15. Hodnett E. Gates S. Hofmeyr G. Et al. "continuous support for women during childbirth" Cochrane Pregnancy and Child Group. [internet].Julio 2013 [diciembre 2017]: DOI 10.1002/14651858.CD003766.pub5
  16. Davis A. "Dilemas éticos y la práctica de enfermería: perspectivas sobre la ética:  
Principiosmorales. New York: Appleton, Century Crofts. 1983:21.
  17. Beachamp T, Childress J. "Principios de ética biomédica. Ed Masson. Barcelona; 1999: 34
  18. Molina M. "la ética en el arte de cuidar". Investigación y educación en enfermería. [usb]. 2002 [2017]. 20(2)
  19. Diario Oficial de la Federación. "Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud". [internet]. 1983 [2017]: disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>.
  20. NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. [INTERNET]. 2016 [2017]. Disponible en

[http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016)

21. Secretaria de salud. "Perfiles de Enfermería". [usb]. 2005 [2017]: ISBN 970-721-297-7
22. Rodríguez V, Paravic T. "Enfermería Basada en la Evidencia y gestión del Cuidado".  
Rev Enfermería Global [internet]. Octubre 2011[agosto, 2017];20(24):  
[www.um.es/eglobal/](http://www.um.es/eglobal/)
23. Singata M, Tranmer J, Gyte GML. "Restricting oral fluid and food intake during labour (review). Cochrane Library. [internet].2013 [diciembre 2017].  
Disponible en:  
[onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003930.pub3/epdf](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003930.pub3/epdf)
24. Makuch, 2010
25. Fernández I. "alternativas analgésicas al dolor de parto". Rev. Enfermería global.[internet]. Enero 2014. [Diciembre 2017]; 33: [scielo.isciii.es](http://scielo.isciii.es)
26. Morales S. Guibovich A, Yábar M. "Obstetrics Psychoprophylaxis: Update, definitions and concepts". Horiz. Med. [internet]. 2014 [octubre 2017];14(4):  
disponible en:  
<[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-558X2014000400010&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2014000400010&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1727-558X.
27. Consejo de salubridad general. "Guia de practica clinica: resumen de evidencias y recomendaciones, uso racional de la episiotomia". [internet]. 2009. [dicimebdre 2017]. Disponible en:  
[www.cenetec.gob.mx/interior/goc.html](http://www.cenetec.gob.mx/interior/goc.html)
28. Mateo S. " Contact skin to skin: benefits and limitations". Universidad de Cantabria.  
[internet]. Junio 2014 [diciembre 2017]: disponible en [repositorio.unican.es](http://repositorio.unican.es)
29. East C, Begg L, Henshall N, et al. "Frío local para el Alivio del dolor producido por el trauma perineal prolongado durante el parto". Ministerio se sanidad y consume. La biblioteca Cochrane plus. [internet]. 2013[diciembre 2017]. 5: ISSN 1745-9990

30. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. “ Guía de prácticca clínica sobre lactancia materna”. [internet]. 2017. [Diciembre 2017]. Disponibleen: [www.guiasalud.es/GPC/GPC560Lactacia\\_Osteba\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC560Lactacia_Osteba_compl.pdf)
31. Rioja Salud. “Guía de lactancia materna para profesionales de la salud”. Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja. [internet]. [Diciembre 2017]. Disponible en: [www.aeped.es/sites/default/files/8-guia\\_prof\\_la\\_rioja](http://www.aeped.es/sites/default/files/8-guia_prof_la_rioja).
32. Barrio I, Gonzalez J, Padin L, et al. “Métodos de investigación educativa”. Universidad Autónoma de Madrid. [internet]. [octubre 2017]: 3º Magisterio Educación Especial: disponible en: [www.uam.es/personal\\_pdi/est\\_casos\\_doc.pdf](http://www.uam.es/personal_pdi/est_casos_doc.pdf)
33. Correa C, Oliveira D, Hasek M, et al. “Analysis of births attended by nurse midwives under the perspective of humanization of childbirth” Rev online de pesquisa. Cuidado é fundamental. [internet]. 2016 [diciembre 2017]; 8(4): J.res:fundam.care.online
34. Santana a, Souza A, Amorim T, et al. “labor support people from a postpartum woman´s perspective”. Rev de enfermagem da UFSM. [internet]. 2015. [dicimebre 2017]; 5(3): Doi: 10.5902/2179769217337
35. Álvarez P, Gilart P, Palomo R. Et al. “Analysis of educaction program in the birth mother: mother and satisfying obstetrical outcomes”. Nure Inv. [internet]. 2016[diciembre 2017]. 13(82): nure investigación
36. Estrategia de atención al parto normal en el SostemaNacinal de Salud. Ministerio de Sanidad, ServiciosSociales e igualdad. 2007
37. Andersson E, Christesson K, Hildingsoon I. “ Parent´s experiences and perception of group based antenatal care in four clinics in Sweden”. Midwifery. [ Epudahead of print]. 2011[diciembre 2017].
38. Aparecida J, Kakuda A. “ Humanizing labor: experiences in the unified healthsystem”. Rev Min Enferm. [internet]. 2014[diciembre 2017]; 18 (4): DOI: 10.5935/1415-2762.20120074
39. Marinez P. “ El método de estudio de caso: estrategia metodologica de la investigación científica”. Pensamiento y gestión. [internet]. 2006 [diciembre 2017]; 20: [www.redalyc.org/articulo.oa?id=64602005](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64602005)

40. Barrio I, Gonzalez J, Pdín L, et al. "Métodos de investigación educactivaa: el estudio de casos". Universidad Autonoma de Madrid.[usb]. [2017]
41. Federación de Asociaciones de Matronas de España. "iniciativa Parto Normal". Dirección General de Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. [internet]. [2017]: [www.federación-matronas.org](http://www.federación-matronas.org)
42. Minsterio de Sanidad y Polictica Social. "Maternidad hospitalaria. Estandares y Recomendaciones". Centro de publicaciones. [internet].2009.[diciembre 2017]:www.msps.es
43. Coto N, Molina R, Rivera R. "intervención de EnfermermeríaObstetrica: un estudio de caso". Rev Enfermería Actual en Costa Rica. [internet]. 2009 [81ciembre 2017]; 16. Disponible en : [www.revenf.ucr.ac.cr](http://www.revenf.ucr.ac.cr)
44. Orkaizagirre A, Amezcua M, Huércanos I, et al. " El estudio de caso, un instrumento de aprendizaje en la relación de cuidado". IndexEnferm. [internet]. 2014 [diciembre 2017]; 23 (4): dx.doi.or/10.4321/S1132-12962014000300011
45. Martinez C, Torrenas R. "Enfermería de la mujer I". ED. 2017. DAEeditorial Grupo Paradigma. Disponible en:ebooks.enfermeria21.com
46. Servicio Canario de Salud. "preparación a la maternidad y paternidad. Programa de atención a la salud afectivo- sexual y reproductiva (P.A.S.A.R). Gobierno de Canarias. [usb]. Noviembre 2009 [octubre 2017] ISBN 978-692-3910-0.
47. Departament de Salut." Educación maternal: Preparación para el nacimiento". Generalitat de Catalunya. [usb] Diciembre 2009[octubre 2107]
48. Ballesteros C, Carrillo C, Meseguer M, et al. "Adecuación entre la práctica clínica obstétrica en el hospital clínico universitario virgen de arrixca (murcia) y las recomendaciones de la Estrategia de Atención al Parto Normal". Matronas Prof.[usb] 2015[octubre 2017]; 16 (4): 110-116
49. M. Williams, Williams de Obstetricia, 20ª Ed. Panamericana. 1998

50. Universidad Nacional Autónoma de México. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Materiales de apoyo para el aprendizaje. 2008.

Anexos

Anexo I. Consentimiento informado

 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 Ana Karen Becerra Mora  
doy mi consentimiento para que el Licenciado en Enfermería Chávez Arredondo  
Paulina Sacari  
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: Ana Karen Becerra Mora  
FIRMA: [Firma]

**RESPONSABLE DEL ESTUDIO DE CASO**  
ALUMNO DE POSGRADO: Chávez Arredondo Paulina Sacari  
FIRMA: [Firma]

México, Ciudad de México, a 23 del mes de Octubre del año 2017.

## Anexo II Instrumento de valoración



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
 POSGRADO EN ENFERMERÍA PERINATAL  
 INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA  
 INSTRUMENTO DE VALORACIÓN PERINATAL



Fecha: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_ Elabore: \_\_\_\_\_

### 1. Factores Básicos Condicionantes Descriptivos

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Grupo y Rh: \_\_\_\_\_  
 Estado civil: \_\_\_\_\_ Peso inicial: \_\_\_\_\_ Peso actual: \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico médico: \_\_\_\_\_

#### Factores Ambientales

Área Geográfica:  
 Urbana ( ) Suburbano ( ) Rural ( )

Vivienda:  
 Casa ( ) Departamento ( ) Rentada ( ) Propia ( )

Características de la habitación: (construcción, iluminación, ventilación, servicios intradomiciliarios, flora y fauna)

### 1.1 Factores del Sistema Familiar

Tipo de familia

Nuclear ( ) Extensa ( ) Integrada ( ) Desintegrada ( ) Uniparental ( )

Otro: \_\_\_\_\_

Número de integrantes: \_\_\_\_\_ Lugar que ocupa en la familia: \_\_\_\_\_

Actividades que realiza con la familia: \_\_\_\_\_

Quien es el sustento familiar: \_\_\_\_\_

Escolaridad Pareja: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
 POSGRADO EN ENFERMERÍA PERINATAL  
 INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA  
 INSTRUMENTO DE VALORACIÓN PERINATAL



### 1.2 Factores socioculturales y socioeconómicos

Lugar de nacimiento	Lugar de residencia	Escolaridad
Ocupación	Religión	Ingreso socioeconómico

### 1.3 Factores del patrón de vida.

Actividades que realiza: \_\_\_\_\_  
 Modificaciones que realiza a partir de su diagnóstico actual: \_\_\_\_\_  
 ¿Cómo cuidas su embarazo? \_\_\_\_\_

Su embarazo fue planeado y deseado: SI ( ) NO ( )

¿Por qué? \_\_\_\_\_

### 1.4 Factores del estado de salud y del sistema de salud

Estado de Salud:  
 Enfermo Agudo ( ) Crónico ( ) Sano ( )

Asistencia al servicio de salud:  
 Primera vez ( ) Subsecuente ( )

Diagnóstico de ingreso: \_\_\_\_\_

Tratamiento médico actual: \_\_\_\_\_

Interacción del equipo multidisciplinario de salud en el diagnóstico o tratamiento: \_\_\_\_\_

Percepción de su estado de salud actual y de la institución donde se atiende: \_\_\_\_\_

### 1.5 Factores básicos condicionante del estado de desarrollo

Capacidad de autogobierno	Factores negativos	Potencial de desarrollo

2. **Requisito de Autocuidado según la etapa de desarrollo.**

Etapa de desarrollo: \_\_\_\_\_

Antecedentes Gineco - Obstétricos.

3. **Requisitos de Autocuidado ante una desviación a la salud.**

3.1 Desviación actual, percepción de la desviación.

a) Motivo de consulta ( control prenatal, urgencias, hospitalización, quirófano)

---

3.2 Mecanismos de adaptación

Uso previo de mecanismos de adaptación.	Repertorio actual de mecanismos de adaptación	Factores concomitantes de estrés: Fisiológicos, psicológicos o económicos

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

Busca y asegura ayuda médica y de enfermería oportuna	
Tiene conciencia y presta atención a los efectos y resultados de los procesos patológicos	
Lleva a cabo efectivamente las medidas de diagnóstico, terapéuticas y de rehabilitación	
Tiene conciencia y presta atención o regula los efectos de las medidas de cuidados, que producen malestar	
Modifica el auto concepto y autoimagen para aceptarse como un ser humano con un estado de salud particular y necesitado de formas específicas de cuidados de salud	
Aprende vivir con los efectos de las condiciones de estados patológicos y los efectos de las medidas de diagnóstico y tratamiento medico, con un estilo de vida que fomente el desarrollo	

Historias previas de desviación a la salud. Antecedentes personales patológicos, hospitalizaciones.

Estudios de laboratorio y gabinete

4. **Requisitos Universales de Autocuidado**

4.1 Aspectos relacionados con la calidad y cantidad. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.

¿Padece usted alguna enfermedad respiratoria? \_\_\_\_\_  
 ¿Alguien con quien usted convive fuma? \_\_\_\_\_  
 ¿Usted respira bien? SI ( ) NO ( )  
 ¿Por qué? \_\_\_\_\_  
 Usa técnicas para mejorar su respiración.  
 SI ( ) NO ( )  
 ¿Cuáles? \_\_\_\_\_  
 ¿Usted fuma? SI ( ) NO ( )  
 Cantidad: \_\_\_\_\_ Utiliza algún dispositivo para favorecer su respiración: \_\_\_\_\_

4.1.1 Aspectos relacionados con la estructura y función

FC	FR	T	T/A	FCF
NO COPIAR				

4.2 Elementos relacionados con la calidad y cantidad. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua

¿Cuáles son los líquidos de su preferencia y con que frecuencia los consume? \_\_\_\_\_  
 Acostumbra a tomar agua natural: SI ( ) NO ( )  
 ¿Qué cantidad de agua consume en 24 horas? \_\_\_\_\_  
 Conoce usted la importancia de la calidad y cantidad de los líquidos que debe ingerir al día durante la etapa de embarazo y puerperio: \_\_\_\_\_  
 Conoce usted las complicaciones que se originan por no consumir agua: \_\_\_\_\_  
 4.2.1 Aspectos relacionados con la estructura y función

4.3 Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.

Tipo de dieta: \_\_\_\_\_ Aporte calórico: \_\_\_\_\_  
 ¿Alérgica a algún alimento? \_\_\_\_\_  
 Cuantas raciones consume a la semana de:  
 Res: \_\_\_\_\_ Pollo: \_\_\_\_\_ Huevo: \_\_\_\_\_ Embutidos: \_\_\_\_\_  
 Verduras: \_\_\_\_\_ Frutas: \_\_\_\_\_ Pan: \_\_\_\_\_ Tortilla: \_\_\_\_\_ Galletas: \_\_\_\_\_  
 Pasta: \_\_\_\_\_ Leguminosas: \_\_\_\_\_ Lacteos: \_\_\_\_\_ Azúcar: \_\_\_\_\_ Grasas: \_\_\_\_\_  
 Yogurt: \_\_\_\_\_ Semillas: \_\_\_\_\_

Diario de Alimentos

	Horarios	Alimentos
Desayuno		
Comida		
Cena		
Colación		

Alimentos que le gustan / desagradan: \_\_\_\_\_  
 Variantes dietéticas (culturales, religiosas, médicas) \_\_\_\_\_  
 Suplementos alimenticios: (vitaminas, minerales) \_\_\_\_\_  
 Problemas relacionados con la digestión / ingestión: \_\_\_\_\_

4.3.1 Elementos relacionados con la estructura y función

**4.4 Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.**

¿Padece usted alguna enfermedad renal? \_\_\_\_\_

Número de micciones	Características	Frecuencia	Disuria ( ) Poliuria ( ) Tenesmo ( ) Pollaquuria ( )
Sonda Foley:	No.	Fi: Globo	Características:

¿Ingiere algo para mejorar su proceso de eliminación? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Padece usted alguna enfermedad crónica intestinal? \_\_\_\_\_

Número de evacuaciones	Características	Frecuencia	Moco ( ) Sangre ( ) Tenesmo ( )
Sonda Foley:	No.	Fi: Globo	Características:

¿Utiliza usted alguna medida para evacuar? \_\_\_\_\_

**4.4.1 Elementos relacionados con la estructura y función**



**4.5 Mantenimiento del equilibrio entre actividad y reposo.**

¿Practica algún deporte o ejercicio? SI ( ) NO ( )

¿Por qué? \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_

Caminar ( ) Correr ( ) Nadar ( ) Baile ( ) Yoga ( )

Otro: \_\_\_\_\_

¿Conoce que tipos de ejercicio se pueden realizar durante el embarazo? \_\_\_\_\_

Las actividades que desempeñan en 24 horas, le demandan un esfuerzo de tipo:

- ( ) Físico
- ( ) Intelectual
- ( ) Físico - intelectual

Tiempo libre: \_\_\_\_\_ ¿Cuántas horas duerme? \_\_\_\_\_

Sensación al despertar \_\_\_\_\_

Presenta alguna dificultad para conciliar el sueño y cómo lo resuelve: \_\_\_\_\_

¿Cuántos periodos de descanso realiza usted durante el día? \_\_\_\_\_

**4.5.1 Elementos relacionados con la estructura y función**



**4.6 Mantenimiento del equilibrio entre la soledad e interacción social.**

Pertenece a algún grupo social, deportivo o cultural. ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Como son sus relaciones personales:

Familia: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Pareja: \_\_\_\_\_ Amigos: \_\_\_\_\_

Hijos: \_\_\_\_\_

Siente miedo o temor por algún motivo: \_\_\_\_\_

¿De qué manera maneja las situaciones de tensión en su vida?

Auto enfado ( ) Reza ( ) Enfado con los demás ( )

Lectura ( ) Hablar con personas ( ) Sumisión ( )

Escucha música ( ) Ansiedad ( ) Deporte ( )

Recibe visita familiar: SI ( ) NO ( ) Parentesco: \_\_\_\_\_

**4.6.1 Elementos relacionados con la estructura y función**



**4.7 Prevención de los peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.**

a) Prácticas de Seguridad Personal:

¿Qué complicaciones ha presentado durante este embarazo? \_\_\_\_\_

¿Con que frecuencia acude al control prenatal? \_\_\_\_\_

¿En qué semana inicio su control prenatal? \_\_\_\_\_ Asiste con: \_\_\_\_\_

Actividades y prevención de riesgos durante el embarazo:

	Fecha		
USG obstétrico	SI ( ) NO ( )	Infecciones de Vías Urinarias	SI ( ) NO ( )
Papanicolaou	SI ( ) NO ( )	Infecciones vaginales	SI ( ) NO ( )
Exploración de mama:	SI ( ) NO ( )	Enfermedades de transmisión sexual	SI ( ) NO ( )
Dentista	SI ( ) NO ( )	Amenaza de Parto Prematuro	SI ( ) NO ( )
Nutrióloga	SI ( ) NO ( )	Trombosis venosa de miembros pélvicos	SI ( ) NO ( )
Vacunas	SI ( ) NO ( )	Diabetes	SI ( ) NO ( )
Educación prenatal	SI ( ) NO ( )	Hipertensión	SI ( ) NO ( )
Lactancia materna	SI ( ) NO ( )		

Como realiza su aseo perineal: \_\_\_\_\_ ¿Usted se auto médica? \_\_\_\_\_

¿Consumes drogas? SI ( ) NO ( )

Alcohol ( ) Tabaco ( ) Marihuana ( ) Cocaína ( ) Otra: \_\_\_\_\_

¿Qué información relacionada con lactancia materna ha recibido durante este embarazo?

Amamanto hijos anteriores: si ( ) no ( ) Tiempo: \_\_\_\_\_ Lactancia Exclusiva: \_\_\_\_\_

Urgencia Obstétrica

Signos Vitales	T/A:	FC:	FR:	T:	FCF:
Acúfenos ( )	Fosfenos ( )	Cefalea ( )	Dolor en epigastrio ( )	Hiperreflexia ( )	
Oliguria ( )	Poliuria ( )	Poliuria ( )	Tenesmo ( )	Disuria ( )	
Sangrado transvaginal ( + ) ( ++ ) ( +++ )		Hipertonia ( )	Polistolia ( )	Compromiso Histerorrafia ( )	
Actividad uterina:					
Ruptura de membranas:	Hora:	Características:	Criterios de Gibbs:		
Movimientos fetales :		Convulsiones:	Dificultad Respiratoria:		

Condiciones Cervicales

Dilatación:	Borramiento:	Consistencia:	Posición:	Altura de la Presentación:
-------------	--------------	---------------	-----------	----------------------------

Registro Cardiotocográfico

Duración:	Integridad:	Variabilidad:	FCF:	Actividad Uterina:
Movimientos Fetales:	Ascensos:	Descensos:		
Interpretación:				

Acceso Venoso: Periférico ( ) Central ( ) Yugular ( )  
 Sitio \_\_\_\_\_

Líquidos Parenterales:

Solución	Presentación	Horario

Medicamentos:

Medicamento	Dosis	Frecuencia

Glucemia capilar	Insulina	Horario / Dosis
Preprandial		
Postprandial		
Esquema de Insulina rápida		

4.7.1 Elementos relacionados con la estructura y función

Curva de Signos Vitales

Hora									
T/A									
FC									
T °C									

Tira reactiva en orina:	HGT:
	USG:
	RAYOS X:

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

¿Cada cuando se baña? \_\_\_\_\_ Cambio de ropa: \_\_\_\_\_  
 Aseo bucal: \_\_\_\_\_ Gingivitis, caries, otro: \_\_\_\_\_

¿Cuándo se lava las manos?: \_\_\_\_\_ ¿Qué significa para usted la limpieza? \_\_\_\_\_

¿Cuál es la importancia de la religión en su vida? \_\_\_\_\_

¿Con que frecuencia acude a lugar donde profesa su espiritualidad? \_\_\_\_\_

Uso de aparatos de asistencia especiales:

Silla de ruedas ( )	Ap. Ortopédico ( )	Bastón / muletas ( )	Dentadura postiza ( )
Lentes de contacto ( )	Prótesis ( )	Gafas ( )	Catéter Epidural ( )

Ha sufrido algún cambio físico que haya alterado su auto imagen: \_\_\_\_\_  
 ¿Cómo se percibe físicamente durante su embarazo? \_\_\_\_\_

¿Qué significa para usted la intimidad con su pareja durante el embarazo? \_\_\_\_\_

¿Usted y su pareja considera que durante el embarazo la intimidad debe de cambiar? \_\_\_\_\_

4.8.1 Elementos relacionados con la estructura y función

Valoración del Puerperio Inmediato y mediato.

Coloración: Palidez ( ) Cianosis ( )	Mucosas orales: Hidrata ( ) Deshidratada ( )
Diuresis Cantidad: _____ Características: _____ Espontánea ( ) Sondaje vesical ( )	Evacuación intestinal:
Involución uterina (localización y consistencia):	Loquios ( cantidad, consistencia, coloración, olor):
Periné ( coloración, edema, equimosis, hematoma, aproximación de los bordes, dolores, desgarras):	Henda quirúrgica (tipo y características):
Miembros Pélvicos ( coloración, edema, dolor, temperatura):	Aspectos emocionales ( vínculo, rol, contacto piel a piel):
Descanso y sueño:	Deambulación (activa, pasiva)
Educación para la salud:	

Valoración de lactancia materna:

Alimentación actual: Lactancia Materna Exclusiva ( ) Lactancia Mixta ( ) Lactancia artificial ( )

Características de la tetada:

Mamas	
Flácidas	MD <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/>
Congestionadas	MD <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/>
Turgentes	MD <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/>
Mastitis	MD <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/>
Absceso	MD <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/>

Pezón	
Normal	MD <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/>
Plano	MD <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/>
Invertido	MD <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/>
Agrietado	MD <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/>

Observación de la tetada

Posición del cuerpo:	Vínculo emocional:
Respuesta del bebé	Frecuencia de mamadas:
Respuesta de la mamá	Duración de la mamada

Usa ambos pechos Si ( ) No ( ) A veces ( ) Alterna el lado c/ comienza: Si ( ) No ( ) A veces ( )

Basado en Weisman, Mónica. (1998). Formulario de Valoración. Organización de un Consultorio de Lactancia Materna. Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sarda. Volumen 17. 97-102

Basado en la hoja de valoración de Instituto Politécnico Nacional. Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia. Guía de Evaluación del Autocuidado (gr) Recuperado Junio 2015 Universidad Nacional Autónoma de México. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Posgrado en Enfermería Perinatal. Instrumento de Valoración Perinatal última modificación septiembre 2006, recuperado junio 2015. Modificado por E.E.P. Nidia Rivas Flores Agosto de 2015, 2017. Revisión por las alumnas de la 2ª generación de Enfermeras perinatistas con sede en el INPer en agosto de 2016, P.L.E.O. Campos Vasquez Magaña, L.E.O. Galicia Hernández Victoria, L.E.O. López Castillo Magaña Herminia, L.E.O. Pacheco Cadenas Elizabeth, L.E.N. Robín Balcazar Consuelo Isabel y L.E. Rueda Cano Marisela

### Anexo III. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO

FASE	ACTIVIDADES
<p>ULTIMAS SEMANAS DEL EMBARAZO/ PRÓDROMOS</p>	<p>Al final del embarazo la mujer debe de tener un plan de parto, que debe de incluir todas aquellas posibilidades o complicaciones de este, la pareja o la persona que elija como acompañante debe de estar al tanto de todas las acciones que se deben de llevar a cabo, las actividades son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tener toda la documentación que se requiera para el internamiento, en un sobre plastificado y con membrete.</li> <li>• Analizar cada posible ruta hacia el hospital, teniendo en cuenta el tiempo de llegada.</li> <li>• ¿Qué persona será la acompañante en caso de que se encuentre sola?</li> <li>• Números de emergencia o contactos en caso de una urgencia</li> <li>• Armar una maleta con las cosas necesarias para el ingreso:</li> <li>• Un celular con funciones básicas con saldo y cargador (esto dependerá de cada institución)</li> <li>• Artículos de aseo personal (shampoo, jabón neutro, sandalias, cepillo ,pasta dental, cepillo de dientes, desodorante, paquete de toallas sanitarias)</li> <li>• Una muda de ropa</li> <li>• Ropa para el bebé</li> <li>• Artículos de aseo para el recién nacido (jabón neutro, esponja,</li> </ul>

	<p>crema, pañales)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un juego de camisetas (manga corta, manga larga), mameluco, gorro, calcetas, una cobija pequeña y una manta térmica)</li> </ul> <p>Se debe hacer énfasis en que la ropa debe ser de algodón y previamente lavada.</p> <p>En la fase de pródromos desciende el fondo de útero, hay contracciones uterinas que no son regulares, son intermitentes y es probable que se expulse el tapón mucoso.</p> <p>Deberá hacer énfasis en los signos y síntomas de riesgo.</p> <p>Se deberá realizar masaje perineal una vez al día por 10 minutos, con previo lavado de manos y uso de lubricante.</p>
--	---



**PRIMERA FASE DEL TRABAJO DE PARTO**

FASE LATENTE	<p>En esta fase, si la mujer llevo a cabo un control prenatal y un curso de psicoprofilaxis y sin factores de riesgo; podrá realizar los ejercicios en compañía de su pareja o acompañante, en su domicilio, proporcionándole la información acerca de la duración de esta fase de acuerdo a su paridad o nuliparidad, y haciendo hincapié en los signos y síntomas de alarma.</p>
--------------	--

Se realizará toda la valoración obstétrica y se detectaran factores de riesgo.

Se realizará la exploración física (céfalo-caudal) y obstétrica (maniobras de leopold, foco fetal, medición de fondo uterino, estimación de peso fetal, tacto vaginal – dilatación y borramiento, actividad uterina)

Si la mujer llevo un curso de psicoprofilaxis durante el embarazo, se deberán de realizar los ejercicios para esta fase del trabajo de parto.

- Técnicas de respiración: respiraciones de limpieza. Las repeticiones serán las necesarias para que la mujer se recuperé.



- Ejercicios de basculación pélvica: pueden realizarse de pie o con esferodinamia (pelota suiza) en compañía de la pareja, para promover la seguridad de la mujer. Se pueden



realizar series de 8 repeticiones de cada lado, estas pueden ser círculos completos o semicírculos. Alivia el dolor de espalda, posición

que favorece la masoterapia, favorece la rotación del feto.

- Caminata: provoca cambios en las articulaciones pélvicas, lo cual favorece la rotación del feto.



- Realizar masoterapia en espalda a lo largo de la espina dorsal: libera la tensión de los músculos y disocia el dolor.



- Hidroterapia en regadera con agua tibia: favorece la relajación muscular.
- Aromaterapia hídrica: llenar la tina con agua tibia. Introducir 4 o 5 gotas de la esencia elegida en el momento de ingresar a la bañera. Si se combinan dos esencias no se deben superar las 8 o 10 gotas y el baño no debe durar más de 10 minutos.



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hidratación y una dieta blanda: se recomiendan líquidos generales y alimentos como gelatinas y fruta.</li> </ul> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">   </div> <p>Si la mujer llega al servicio de urgencias sin control prenatal ni curso de psicoprofilaxis, se deberá valorar y brindar la información de esta etapa de acuerdo a lo hallado en la valoración. Prestar mayor atención en si se presenta con algún acompañante, el tiempo de recorrido de su domicilio hasta la unidad más cercana, y los recursos con los que cuenta la paciente.</p> <p>Hacer hincapié en los signos y síntomas de alarma.</p>
<p>FASE ACTIVA</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se realizará toda la valoración obstétrica y se detectaran factores de riesgo.</li> <li>• Se realizará la exploración física (céfalo-caudal) y obstétrica (maniobras de Leopold, foco fetal, medición de fondo uterino, estimación de peso fetal, tacto vaginal – dilatación y borramiento, actividad uterina)</li> <li>• Valorar constantes vitales maternas</li> <li>• En esta fase la dilatación se encuentra <math>\geq 4</math> cm y con un</li> </ul>

borramiento del 50%, una actividad uterina regular (3-5 en 10 min, intensidad de ++, +++, duración de 45 a 60 segundos)

- De acuerdo a las políticas y protocolos de cada institución la paciente deberá de ser ingresada a la sala de labor.
- La Enfermera a cargo de la valoración deberá de explicar todo el proceso a la mujer y su acompañante ( permitir el ingreso del acompañante a la sala de labor)
- Se le proporcionará la información de la dinámica del servicio a la mujer y a su acompañante y de las actividades a realizar.
- Se informara que su derecho es elegir la posición para parir, de acuerdo a su condición de salud y la condición fetal (respetando las políticas institucionales)
- Se aperturará su partograma, delimitando la línea de acción.
- Se proporcionará una dieta de líquidos generales para hidratación y aporte calórico.



- De acuerdo a cada institución se canalizará un acceso venoso y se colocaran soluciones parenterales, se realizara una conducción del trabajo de parto)

- En medida de lo posible se dejará elegir a la mujer que posición favorece su confort.
- Preguntar a la mujer y acompañante que tipo de esencias son de su agrado, para poder usar la aroma terapia.
- Se instruirá en técnicas de respiración: de limpieza y una rítmica modificada, las cuales se utilizaran de acuerdo al avance del trabajo de parto.



- De acuerdo con los recursos hospitalarios se utilizará la esfera dinamica para realizar la basculación pélvica.
- Ejercicios de basculación pélvica: pueden realizarse de pie o con esfera dinamica (pelota suiza) en compañía de la pareja, para promover la seguridad de la mujer. Se pueden realizar series de 8 repeticiones de cada lado, estas pueden ser círculos completos o semicírculos. Alivia el dolor de espalda, posición que favorece la masoterapia, favorece la rotación del feto.



- “Bailar ritmos lentos” son movimientos de basculación con apoyo de la pareja que la sujeta por delante y la mujer se balancea de un lado hacia otro. Realizar de 8 a 10 repeticiones. Este ejercicio provoca cambios en las articulaciones pélvicas, aumenta la sensación de bienestar de la madre, aporta más confort con el ritmo, la pareja puede aprovechar para ejercer presión sobre la región lumbar o sacra para aliviar el malestar.



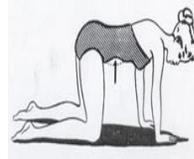
- Las actividades pueden ser acompañadas de musicoterapia ( de preferencia música clásica o la preferente de la mujer)



- Informarle a la mujer que tipos de posiciones puede adoptar durante el trabajo de parto, explicándole que estas favorecerán en

el tiempo de duración de la fase, y que ayudan al descenso de la presentación.

- Zancada lateral: ensancha un lado de la pelvis , favorece la rotación del feto .
- En cuatro puntos: libera la presión de la columna vertebral, ayuda a aliviar el dolor, facilita la rotación, permite la basculación pélvica (adelante- atrás) puede reducir la necesidad del pujo.



- Dos puntos: permite mantener el equilibrio, deja libertad de movimientos, disminuye la posibilidad de desgarros, puede ser con la espalda erguida o con la espalda apoyada en la pelota, cama o silla.



- Posición genu-pectoral: disminuye la presión ejercida sobre el cérvix, favorece la salida de la cabeza del bebe de la pelvis durante las contracciones.



- Decúbito lateral izquierdo: favorece la dilatación, reduce el dolor de espalda, ayuda a disminuir la presión sanguínea elevada, neutraliza la fuerza de gravedad.



- Se guiará a la mujer para que en cada contracción realice las respiraciones de limpieza. En caso de que sienta la necesidad de pujar, pero la presentación no se encuentre en un tercer o cuarto plano de Hodge se realizarán respiraciones rítmicas modificadas.
- Se evitara actividades rutinarias en la sala de labor (enema, sondaje vesical, tricotomía, RCTG, posición supina, restricción de líquidos)
- Cada una de las posiciones favorecen la masoterapia realizada por la pareja o el personal de salud.
- Las compresas calientes en la región donde se tenga el dolor de acuerdo al avance del trabajo de parto, favorecen a la disociación de este, las compresas deberán tener una duración de 15 a 20 minutos.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se le instruirá a la mujer sobre cómo debe de realizar el pujo a la hora del nacimiento, esto de la mano de respiraciones. Se realizaran de 2 a 3 respiraciones de limpieza cuando sea el inicio de la contracción, cuando la mujer sienta que viene el acmé de la contracción inhalará profundo y sostendrá la respiración para ejercer el pujo hacia el suelo pélvico (el pujo deberá durar mínimo 10 segundos)</li> <li>• Preguntar a la mujer que posición ha elegido para parir, siempre y cuando no viole los protocolos institucionales y sea con seguridad de la paciente, el feto y el acompañante.</li> </ul>
<b>SEGUNDA FASE DEL TRABAJO DE PARTO</b>	
EXPULSIVO	<p>En esta fase la dilación es de 10cm y un borramiento del 100%, y la presentación se encuentra el cuarto plano de Hodge.</p> <p>Se ingresará a la mujer a la sala de expulsión, y ella adoptará la posición en la que se sienta más comfortable. Estas pueden ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vertical</li> <li>• De cuatro puntos</li> <li>• De dos puntos recargada</li> <li>• Cunclillas</li> <li>• Ginecológica</li> <li>• Litotomía</li> </ul>

- Se colocaran los campos estériles sobre la mujer
- Realizar la asepsia del área genital

Le recordaremos las técnicas de respiración para cada contracción y se le pedirá que puje cuando sienta la mayor intensidad de la contracción:

- Se realizaran de 2 a 3 respiraciones de limpieza cuando sea el inicio de la contracción, cuando la mujer sienta que viene el acmé de la contracción inhalará profundo y sostendrá la respiración para ejercer el pujo hacia el suelo pélvico (el pujo deberá durar mínimo 10 segundos)
- Cuando la cabeza del recién nacido haya nacido, realizar la rotación externa y la liberación del hombro anterior.
- Posterior al nacimiento del hombro anterior, solicitar que se le coloque a la mujer 10 UI de oxitócica IM o IV, para realizar el manejo del tercer periodo del trabajo de parto.(NOM 007)
- Cuando se realiza la expulsión del recién nacido, colocar en el pecho de la madre para realizar contacto piel con piel y estimular la lactancia materna precoz.  
\*realizar las maniobras básicas de reanimación del recién nacido, sobre el abdomen de la madre.
- Pinzar y cortar el cordón umbilical de 1 a 3 minutos después del nacimiento o hasta que deje de pulsar.

TERCERA FASE DEL TRABAJO DE PARTO	
EXPULSIVO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar la maniobra de credé</li> <li>• Realizar maniobra de Brand- Andrews</li> <li>• Realizar maniobra de Dublin</li> <li>• Revisar que la placenta este completa</li> <li>• Valorar las cuatro T del útero.</li> <li>• En caso necesario reparar episiotomía y/o desgarros</li> <li>• Limpiar a la madre</li> <li>• Y preparar para el ingreso al área de recuperación.</li> </ul>

Elaboró: L.E.O: Chávez Acevedo Paulina Saraí.

- Servicio Canario de Salud. “preparación a la maternidad y paternidad. Programa de atención a la salud afectivo-sexual y reproductiva (P.A.S.A.R). Gobierno de Canarias. [usb]. Noviembre 2009 [octubre 2017] ISBN 978-692-3910-0
- Departament de Salut.”Educación maternal: Preparación para el nacimiento”. Generalitat de Catalunya. [usb] Diciembre 2009[octubre 2107]
- Ballesteros C, Carrillo C, Meseguer M, et al. “Adecuación entre la práctica clínica obstétrica en el hospital clínico universitario virgen de arrixca (murcia) y las recomendaciones de la Estrategia de Atención al Parto Normal”. Matronas Prof.[usb] 2015[octubre 2017]; 16 (4): 110-116

## MANIOBRAS DE LEOPOLD

Se utilizan para conocer la estatica fetal. Nos permite conocer la posición, presentación, situación, altura de fondo uterino y grado de encajamiento.



### PRIMERA MANIOBRA

La primera maniobra se utiliza para identificar fondo uterino, el polo fetal situado en este.



### SEGUNDA MANIOBRA

Se colocan las manos en ambos lados del abdomen materno y se hace una ligera presión profunda y gentil y nos ayuda a determinar la posición y situación.



### TERCERA MANIOBRA

Se realiza tomando la parte inferior del abdomen materno por arriba de la sínfisis del pubis, ayuda a confirmar la presentación fetal.



### CUARTA MANIOBRA

Se ejerce presión profunda en dirección del eje de la entrada de la pelvis materna, para valorar el grado de encajamiento.

### CALCULO DE PESO FETAL

1. Presentación arriba de las espinas ciaticas:  $\text{peso} = (\text{FU}-12) \times 155$
2. Presentación a nivel o debajo de las espinas ciaticas:  $\text{Peso} = (\text{FU}-11) \times 155$

Elaboradas por: L.E.O Paulina Sarai Chávez Acevedo

- M.Williams, Williams de Obstetricia, 20ª Ed. Panamericana. 1998
- Universidad Nacional Autónoma de México. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Materiales de apoyo para el aprendizaje. 2008.

# MECANISMOS DE TRABAJO DE PARTO

Cambios posicionales en la presentación fetal que se requieren para su traslado dentro del conducto pélvico.

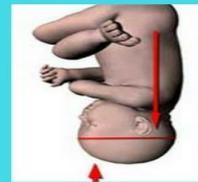
## ENCAJAMIENTO

El mecanismo por el cual el diámetro biparietal, que corresponde a la mayor dimensión transversal de la cabeza fetal en las presentaciones de occipucio, pasa a través del plano de entrada de la pelvis, se conoce como encajamiento.



## DESCENSO

1) presión de Líquido amniótico, 2) presión directa del fondo sobre la pelvis durante las contracciones, 3) esfuerzos de pujo por acción de los músculos abdominales maternos y 4) extensión y enderezamiento del cuerpo fetal.



## FLEXIÓN

se desplaza el mentón hasta alcanzar un contacto íntimo con el tórax fetal y así se cambia al diámetro suboccipitobregmático, más corto, por el diámetro occipitofrontal, más largo.



## ROTACIÓN INTERNA

Este movimiento consta de un giro de la cabeza, de suerte que el occipucio se mueva de manera gradual hacia la sínfisis del pubis, desde su posición original,



## EXTENSIÓN

Después de la rotación interna, la cabeza fetal muy flexionada llega a la vulva y presenta extensión.



## ROTACIÓN EXTERNA

Si el occipucio originalmente se dirigía a la izquierda, rota hacia la tuberosidad isquiática izquierda; si al principio se dirigía a la derecha, rota a la derecha.



## EXPULSIÓN

Casi inmediatamente después de la rotación externa, aparece el hombro anterior bajo la sínfisis del pubis, y el perineo pronto se distiende por la presencia e hombro posterior. Después del nacimiento de los hombros, el resto del cuerpo se desliza rápido hacia el exterior.

Elaboradas por: L.E.O Paulina Sarai Chávez Acevedo

- M.Williams, Williams de Obstetricia, 20ª Ed. Panamericana. 1998
- Universidad Nacional Autónoma de México. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Materiales de apoyo para el aprendizaje. 2008.

# TRABAJO DE PARTO



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

## PRODROMOS DEL TRABAJO DE PARTO

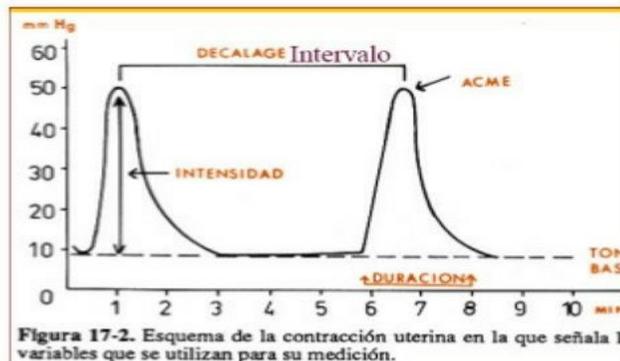
1. DESCENSO DEL FONDO UTERINO
2. ACTIVIDAD UTERINA IRREGULAR
3. EXPULSION DEL TAPON MUCOSO

## ETAPAS DEL TRABAJO DE PARTO

El trabajo de parto se divide en tres etapas: dilatación y borramiento, expulsión y alumbramiento



## COMPONENTES DE LA CONTRACCION



- . Acme: punto más alto de la curvatura de presión intraamniótica durante la contracción.
- . Frecuencia: número de contracciones en 10 min.
- . Duración: periodo comprendido entre el inicio y termino de una contracción.
- . Intensidad: aumento de la presión uterina causada por cada contracción.
- . Tono: capacidad que tiene el útero de relajarse. Presión más baja que existe entre dos contracciones.

Elaboradas por: L.E.O Paulina Sarai Chávez Acevedo

- M.Williams, Williams de Obstetricia, 20ª Ed. Panamericana. 1998
- Universidad Nacional Autónoma de México. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Materiales de apoyo para el aprendizaje. 2008.

# PRIMER PERIODO DE TRABAJO DE PARTO

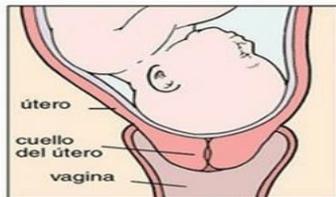
## DILATACIÓN Y BORRAMIENTO

### DILATACIÓN

Apertura o elongación del cervix. Presión ejercida sobre las membranas fetales durante las contracciones uterinas, determinan que la acción hidrostática abra el canal cervical. Medición en centímetros.

### BORRAMIENTO

adelgazamiento o acortamiento del cervix. Se mide en porcentajes



1. Cuello del útero sin borramiento ni dilatación.



2. Cuello del útero borrado y dilatado a 1 cm.

## FASE LATENTE Y FASE ACTIVA

CARACTERÍSTICAS	FASE LATENTE	FASE ACTIVA
Contracciones	Irregulares	Regulares
Dilatación	<4cm	>4cm
•Primigesta	>1cm-< 6cm	>6 cm
•multigesta	>1cm-< 5cm	>5cm
Descenso de presentación	Poco/nulo	Progresivo
Tiempo		
•Primigesta	8-<20 hrs	1.2cm/hr
•multigesta	5-<14 hrs	2cm/hr

Elaboradas por: L.E.O Paulina Sarai Chávez Acevedo

- M.Williams, Williams de Obstetricia, 20ª Ed. Panamericana. 1998
- Universidad Nacional Autónoma de México. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Materiales de apoyo para el aprendizaje. 2008.

# SEGUNDO PERIODO DE TRABAJO DE PARTO

## EXPULSIÓN



Inicia con la dilatación completa del cervix (10cm) hasta la expulsión del feto  
Tiene una duración aproximada de 60 min

### MANIOBRA DE RITGEN-MODIFICADA



consiste en hacer presión anterograda sobre el mentón fetal a través del perineo y con la otra mano se controla la velocidad del nacimiento de la cabeza fetal

### POSICIONES DURANTE EL PARTO



la mujer es libre de elegir la posición durante el parto, la posición vertical o lateral esta asociada a una disminución del tiempo en este periodo.

### CLAMPEO TARDÍO DEL CORDÓN UMBILICAL



pinzar el cordón de 1 a 3 min después del nacimiento o hasta que deje de latir el pulso.



### APEGO INMEDIATO Y LACTANCIA MAERNA PRECOZ

Elaboró: L.E.O: Paulina Saraí Chávez Acevedo

- Socarrás I. N. "Enfermería Ginecoobstétrica". Cuba: Ciencias Médicas. 2014
- M.Williams, Williams de Obstetricia, 20ª Ed. Panamericana. 1998

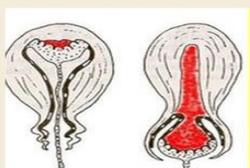
# TERCER PERIODO DE TRABAJO DE PARTO



Periodo comprendido desde el nacimiento del recién nacido hasta la salida de la placenta y sus anexos.

## TIPOS DE ALUMBRAMIENTO

1. Fisiológico: 60 min
2. Dirigido: 30 min
3. Manual



## MECANISMO SHULTZ

Al momento del alumbramiento se presenta la cara fetal

## MECANISMO DUNCAN

Al momento del alumbramiento se presenta la cara materna.

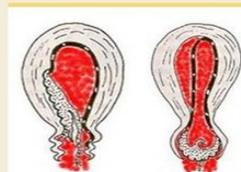
.MANIOBRA DE DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA: CREDE

.MANIOBRA DE BRANDT-ANDREWS

.MANIOBRA DE DUBLIN

.REVISIÓN DE CANAL VAGINAL (CUATRO "T")

1. TONO
2. TRAUMA
3. TEJIDO
4. TROMBINA



SIGNOS DE SEPARACIÓN DE LA PLACENTA:

1. Signo de máximo ascenso o Schroeder
2. Hematoma retroplacentario
3. Ahífel o descenso
4. Fabre o de pescador
5. Kustner o ascenso

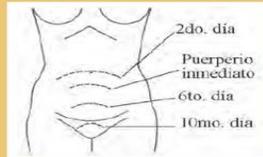
## USO DE UTEROTONICOS

1. OXITOCINA: 10 UI IM/IV
2. ERGONOVINA: 0.2 mg IM
3. CARBETOCINA: 100 mcg
4. MISOPROSTOL: 800 mcg sublingual, 600 mcg rectal

Elaboró: L.E.O: Paulina Saraí Chávez Acevedo

- Socarrás I. N. "Enfermería Ginecoobstétrica". Cuba: Ciencias Médicas. 2014
- M.Williams, Williams de Obstetricia, 20ª Ed. Panamericana. 1998

# PUERPERIO



## CLASIFICACIÓN

INMEDIATO: primeras 24 hrs  
MEDIATO: 2° día- 7° día  
TARDÍO: 8° día- 42° día

## LOQUIOS

TEJIDO Y DESIDUA BASAL

1. RUBRA: 2-3 días
2. FUSCA: 3-5 días
3. FLAVA: 5-19 días
4. ALBA: > 20 días



## VALORAR LOS CAMBIOS SITEMICOS

Aumento de Hb: 4-5 días  
Aumento de plaquetas: 9 días  
Curva de glucosa: 8-10 días  
Globo de seguridad de Pinard  
Uresis: 6-8 hrs  
Evacuación: 24 hrs

## CAMBIOS EMOCIONALES

Depresión postparto  
percepción corporal



## DATOS DE ALARMA

cefalea, acufenos, fosfenos, sangrado abundante, olor fétido, fiebre, infección de episiotomía o herida quirúrgica.

## CONTROL PUERPERAL

A los 7 días postparto:  
valoración física  
signos vitales  
seguimiento de lactancia materna  
escala Edinburgh

Elaboró: L.E.O: Paulina Saraí Chávez Acevedo

- Socarrás I. N. "Enfermería Ginecoobstétrica". Cuba: Ciencias Médicas. 2014

AnexoV



- Secretaria de salud. “El plato del bien comer... una buena guía para una buena alimentación”. [cited 2017]. Disponible en: <https://bit.ly/1TX2jR7>
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. “Los beneficios de la jarra del buen beber”. [cited 2017]. Disponible en: <https://bit.ly/2kzHAtH>

## Anexo VI





# ESCALA LATCH

@enfermeromurciano



Parámetros	0	1	2
<b>Coger</b>	Demasiado dormido. No se coge al pecho.	Repetidos intentos de cogerse. Mantiene el pezón en la boca. Llega a succionar.	Agarra el pecho. Labios que ajustan. Lengua debajo. Succión rítmica.
<b>Deglución audible</b>	Ninguna.	Un poco si se le estimula.	Espontáneo e intermitente si < 24 horas. Espontáneo y frecuente si > 24 horas.
<b>Tipo de pezón</b>	Invertidos.	Planos	Evertidos tras estimulación
<b>Comodidad /Confort (pecho, pezón)</b>	Mamas ingurgitadas. Grietas. Dolor severo.	Mamas llenas. Pezón lesionado. Daño medio.	Mamas blandas. No hay dolor.
<b>Mantener colocado al pecho</b>	Ayuda total (el personal mantiene colocado al niño al pecho).	Mínima ayuda. Si se le enseña de un lado, la madre lo coloca al otro. El personal lo coloca y luego la madre sigue.	No necesita ayuda. La madre es capaz de mantener al niño colocado.

Iconos utilizados: <https://www.flaticon.com/packs/medical-elements> y <https://es.pngtree.com> Gráficos de pngtree.com

**Puntuación: 0 – 10 puntos.**



El **objetivo** de la escala es evaluar la eficacia de la lactancia materna, observando y valorando la toma. Cada uno de los ítems se puntúa del 0 al 2, de menos a más favorable. Una puntuación de 10 correspondería a una situación muy favorable que no requiere intervención, mientras que con una puntuación de 0 se necesitará una mayor atención por parte de los profesionales.

**Bibliografía consultada:**

Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTESA, 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS. URL disponible en: [https://redets.mscbs.gob.es/documentos/GPLactancia\\_Osteba.pdf](https://redets.mscbs.gob.es/documentos/GPLactancia_Osteba.pdf)

Báez León C, Blasco Contreras R, Martín Seguros E, Pozo Ayuso ML, Sánchez Conde AI, Vargas Hormigos C. Validación al castellano de una escala de evaluación de la lactancia materna: el LATCH. Análisis de fiabilidad. Index Enferm [Internet]. 2008 Sep [fecha de acceso 11 de febrero de 2019]; 17(1):205-209. URL disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962008000300012&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000300012&lng=es).

- Hiciano Guillermo. Infografía escala de LATCH [2109]. Disponible en: <https://bit.ly/2KTWlqS>

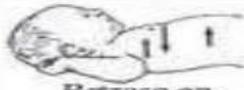
## Anexo VII

### Test de Apgar

	0	1	2
<b>Actividad cardíaca</b>	No hay latido	Menos de 100 latidos por minuto	Más o igual a 100 latidos por minuto
<b>Respiración</b>	No respira	Suave o de forma irregular	Fuerte
<b>Reflejos</b>	No responde a estímulos	Muecas, llanto sin fuerza	Llanto fuerte, tos, estornudos
<b>Tono muscular</b>	Músculos flácidos	Algunos movimientos	Activo
<b>Color de la piel</b>	Todo el cuerpo azul	Extremidades azules	Cuerpo rosado

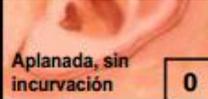
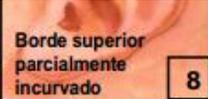
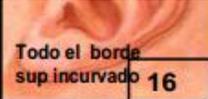
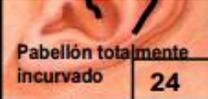
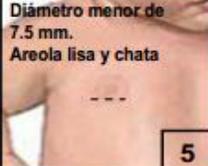
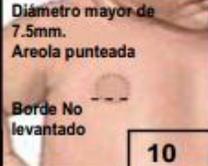
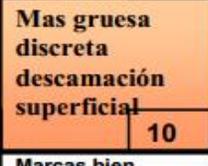
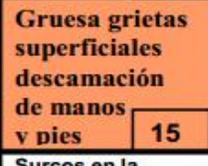
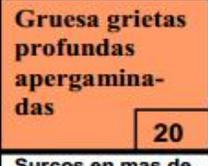
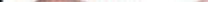
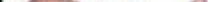
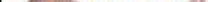
- Disponible en <https://cutt.ly/mwzrtVL>

## Anexo VIII

Signos clínicos	0 punto	1 punto	2 puntos
Aleteo nasal	 Ausente	 Mínima	 Marcada
Quejido espiratorio	 Ausente	 Audible con el estetoscopio	 Audible
Tiraje intercostal	 Ausente	 Apenas visible	 Marcada
Retracción esternal	 Sin retracción	 Apenas visibles	 Marcada
Disociación toracoabdominal	 Sincronizado	 Retraso en inspiración	 Bamboleo

- Disponible en: <https://cutt.ly/gwzru3O>

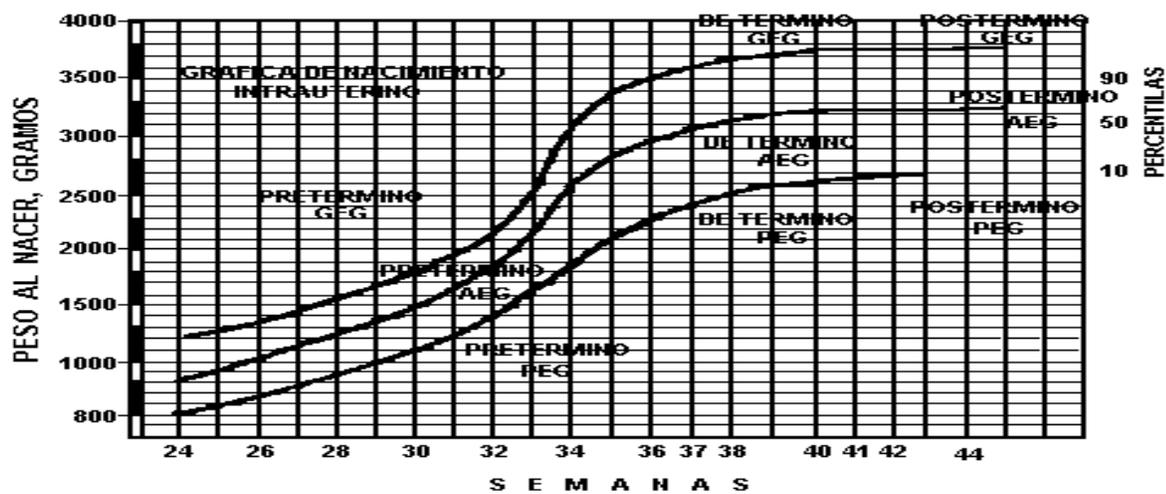
Anexo IX

<b>(Pabellón)</b>	 Aplanada, sin incurvación <b>0</b>	 Borde superior parcialmente incurvado <b>8</b>	 Todo el borde superior incurvado <b>16</b>	 Pabellón totalmente incurvado <b>24</b>	_____
<b>Tamaño de GLÁNDULA MAMARIA</b>	 No palpable <b>0</b>	 Palpable menor de 5 mm. <b>5</b>	 Palpable entre 5 y 10 mm. <b>10</b>	 Palpable mayor de 10 mm. <b>15</b>	_____
<b>Formación del PEZON</b>	 Apenas visible sin areola <b>0</b>	 Diámetro menor de 7.5 mm. Areola lisa y chata <b>5</b>	 Diámetro mayor de 7.5 mm. Areola punteada <b>10</b>	 Diámetro mayor de 7.5 mm. Areola punteada <b>15</b>	_____
<b>TEXTURA de la PIEL</b>	 Muy fina gelatinosa <b>0</b>	 Fina lisa <b>5</b>	 Mas gruesa discreta descamación superficial <b>10</b>	 Gruesa grietas superficiales descamación de manos y pies <b>15</b>	 Gruesa grietas profundas apergamina-das <b>20</b>
<b>DEGUES</b>	 Sin pliegues	 Marcas mal	 Marcas bien	 Surcos en la	 Surcos en mas de

- Disponible en: <https://cutt.ly/Gwzrpw1>

ANEXO X

PESO AL NACER EN RELACION CON LA EDAD GESTACIONAL  
AMBOS SEXOS



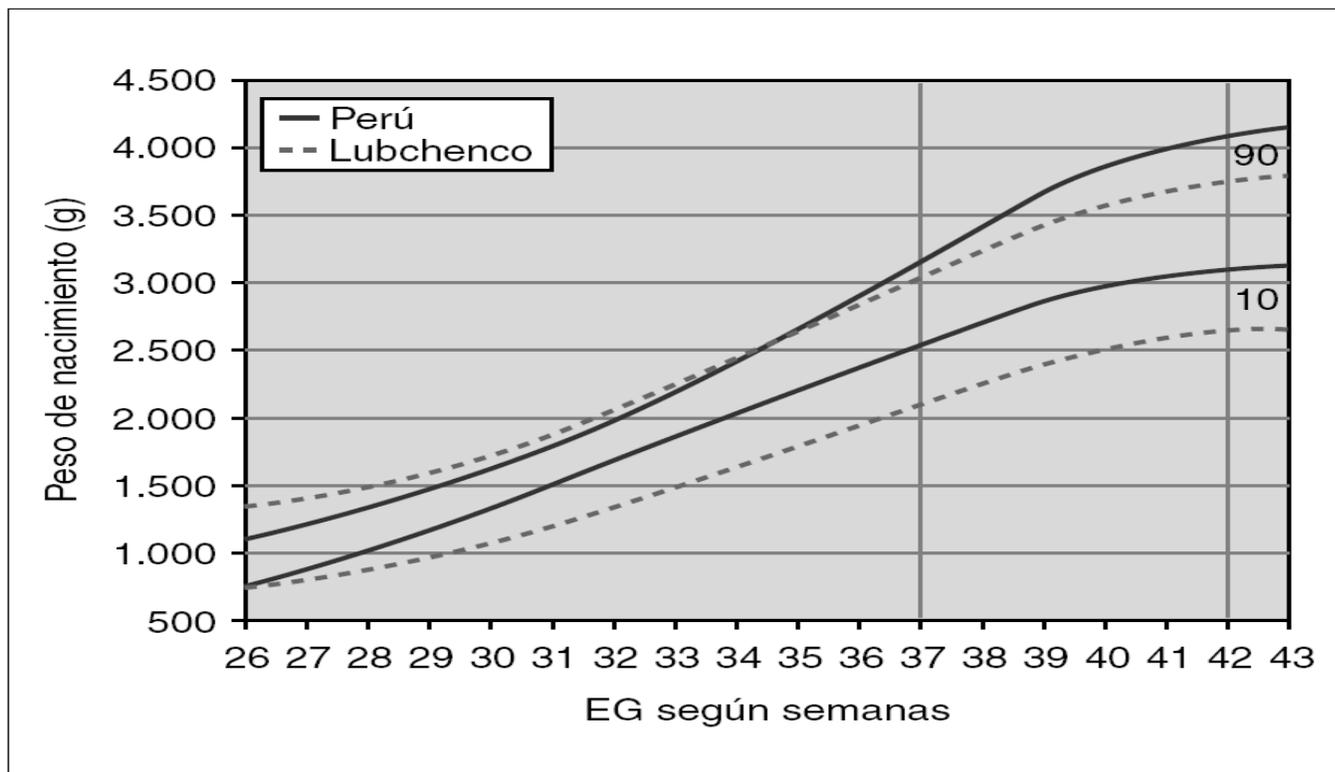
PRETERMINO  
PEG- PEQUEÑO PARA EDAD GESTACIONAL  
AEG- ADECUADO PARA EDAD GESTACIONAL  
GEG- GRANDE PARA EDAD GESTACIONAL

TERMINO POSTERMINO

Dr. Jurado García

Disponible en: <https://cutt.ly/nwzragJ>

### Anexo XI



- Disponible en: <https://cutt.ly/1wzrsjs>