



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

**Estudio de caso realizado a una mujer
con experiencia de parto positiva
abordado desde la Teoría del Déficit de
Autocuidado**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

ESPECIALISTA EN

ENFERMERIA PERINATAL

P R E S E N T A :

L.E.O. FRAUSTO REYES CINDY

ASESOR ACADÉMICO

E.E.P. RIVAS FLORES NIDIA



CIUDAD DE MÉXICO, OCTUBRE DE 2019.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

Agradezco a la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO-UNAM) por las facilidades brindadas para ser parte y culminar el programa único de especialización de enfermería.

Al igual al Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinoza de los Reyes” por la apertura y disposición otorgada para llevar a cabo el proceso de especialización y obtención de grado de este; así como al personal interno por compartir sus conocimientos y experiencias con la finalidad de mi formación académica.

Externo mi agradecimiento también a mi asesora E.E.P. Nidia Rivas Flores por todo el apoyo brindado a lo largo de este proceso; la paciencia y motivación que la caracteriza para sus alumnos a favor de la vanguardia del cuidado perinatal.

Dedicatoria

Este trabajo lo dedico a mis padres y hermanos, quienes pusieron su confianza en mí para llevar a cabo este proyecto siendo su soporte, fundamental para culminar satisfactoriamente esta etapa de mi vida profesional.

A mi hija porque a su corta edad comprendió y me apoyó en el transcurso de esta aventura regalándome su tiempo, preocupación, apoyo y empatía a favor del desarrollo de mis actividades.

Y a todas aquellas personas que de manera directa e indirecta contribuyeron al alcance de este objetivo.

-“Las enfermeras han recorrido un largo camino. En el pasado nuestra atención se enfocaba en la salud física, mental y emocional. Ahora hablamos de sanar tu vida, sanar el ambiente y sanar el planeta”.

– Lynn Keegan.

Índice

Introducción	1
Objetivo general	3
Objetivos específicos	3
Capítulo I. Fundamentación	4
Capítulo II. Marco teórico	5
2.1 Conceptualización de la Enfermería	5
2.2 Paradigmas	6
2.3 Teoría de Enfermería.....	7
2.4 Proceso de Atención de Enfermería	14
2.5 Consideraciones éticas	25
2.6 Riesgos y Daños a la Salud	28
Capítulo III. Metodología	36
3.1 Estrategia de investigación	36
3.2 Selección del caso y fuentes de información	37
Capítulo IV. Descripción genérica y presentación del caso	38
4.1 Descripción del caso	38
4.2 Esquema metodológico	39
Capítulo V. Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería	40
5.1 Valoraciones Focalizadas	56
Capítulo VI. Plan de alta	67
Capítulo VII. Conclusiones	68
Capítulo VIII. Sugerencias	69
Bibliografía	70
Anexos	73

Lista de tablas y figuras**Pág.**

Cuadro 1	Características del PAE	Reyes, E. Fundamentos de enfermería. 2009	15
Cuadro 2	Fases para elaborar diagnósticos	EIR. Manual PAe. 2016	18
Cuadro 3	Pautas para las intervenciones de enfermería	Kozier. Fundamentos de enfermería. 2013	22
Mapa mental 1	Escuela soviética	Gavensky, R. Parto sin temor y parto sin dolor. 1984	31
Cuadro 4	Características de los reflejos condicionados y no condicionados	Gavensky, R. Parto sin temor y parto sin dolor. 1984	31

Introducción

El estudio de caso es una herramienta útil en la investigación del cuidado para el alumno de posgrado, ya que le permite la identificación de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas; así como la elaboración de estrategias para favorecer el fenómeno de la salud de la mujer embarazada destacando el autocuidado y contribuyendo a una experiencia positiva del parto, mediante la neutralización de factores negativos previos y la ejecución de factores positivos durante la situación actual.

Este trabajo se elaboró en una institución de 3er nivel de atención, durante la práctica clínica correspondiente a la materia de Atención de Enfermería, en el área de cuartos combinados, durante el trabajo de parto, parto y puerperio.

Se realizó una búsqueda en las principales bases de datos para la fundamentación de este trabajo relacionada con la experiencia de parto positiva que promueve la Organización Mundial de la Salud y psicoprofilaxis de emergencia, el cual es utilizado por la enfermera especialista perinatal en aquellas mujeres que no cuentan con información para llevar a cabo un autocuidado durante su jornada obstétrica.

La OMS estima que, de 180 millones de nacimientos al año a nivel mundial, la mayoría no presenta factores de riesgo para complicaciones durante la jornada obstétrica. Sin embargo, para el 2018 en México se estimó una razón de mortalidad materna calculada de 30.2 defunciones por cada 100mil nacimientos estimados.

Debido a lo anterior, el personal de salud se enfrenta a diferentes retos con el objetivo de proporcionar atención segura y mejorar la calidad de vida del binomio, por lo que, en las últimas dos décadas, se ha producido un aumento considerable en la aplicación de diversas prácticas de trabajo de parto que permiten iniciar, acelerar, terminar, regular o vigilar el proceso fisiológico de dicho proceso con el fin de mejorar los resultados tanto para las mujeres como para los bebés. Esta medicalización creciente de los procesos de parto tiende a debilitar la capacidad de la mujer de dar a luz y afecta de manera negativa su experiencia de parto.

La enfermería a través de la Teoría del Déficit de Autocuidado interpreta el sistema de cuidados que la mujer ejerce, identifica las capacidades y establece las condiciones que fomenten un entorno favorable para el desarrollo de habilidades y acciones en la teoría de los sistemas de enfermería; busca eliminar o neutralizar factores negativos generados por el ambiente o experiencias previas y aprovecha los factores positivos para el alcance de la satisfacción o superación de las expectativas de la mujer sobre su jornada obstétrica.

A través de la metodología sistematizada del proceso de atención de enfermería se generaron cuidados especializados y por sus características, al ser flexible permite identificar aquellos cuidados del sistema enfermero que no permiten el desarrollo de la agencia de autocuidado siendo modificados y reevaluados hasta lograr el objetivo planteado en cada diagnóstico enfermero en respuesta a problemas reales o potenciales identificados oportunamente mediante valoraciones con enfoque de riesgo.

De tal forma se identificarán las constantes valoraciones realizadas por la Enfermera Perinatal para dar seguimiento a los requisitos alterados durante el trabajo de parto y puerperio que puedan alterar el bienestar del binomio, viéndose plasmadas algunas del gran abanico de prescripciones del cuidado especializado que la enfermera perinatal es capaz de realizar a lo largo de la jornada obstétrica, favoreciendo en la mujer una participación activa y el control del dolor durante el trabajo de parto basado en métodos no farmacológicos para lograr una experiencia de parto positiva.

Objetivo general

Describir a través de la metodología del estudio de caso el cuidado especializado que brinda la enfermera perinatal para que la mujer en jornada obstétrica logre un parto con experiencia positiva con base en la teoría del déficit de autocuidado y el uso de psicoprofilaxis de emergencia.

Objetivos específicos

- ❖ Identificar el nivel de conocimientos, habilidades y motivación de la mujer adulta embarazada que precede al juicio y toma de decisiones para satisfacer la demanda de autocuidado durante su estancia en el área de cuartos combinados.
- ❖ Desarrollar y ejercer la agencia de autocuidado que permita regular el entorno y ocuparse de operaciones esenciales para la vida durante el proceso de la resolución del embarazo a través del acompañamiento y los recursos psicoprofilácticos.
- ❖ Proporcionar un sistema de enfermería que favorezca una agencia de autocuidado operativa en beneficio de un parto con experiencia positiva.
- ❖ Realizar valoraciones especializadas que permitan identificar los requisitos alterados con la finalidad de prescribir tratamiento regulador basado en técnicas de relajación que eviten o controlen la disociación durante la jornada obstétrica favoreciendo el confort y el parto con experiencia positiva.

Capítulo I. Fundamentación

La OMS estima que, de 180 millones de nacimientos al año a nivel mundial, la mayoría no presenta factores de riesgo para complicaciones durante la jornada obstétrica. Sin embargo, para el 2018 en México se estimó una razón de mortalidad materna calculada de 30.2 defunciones por cada 100mil nacimientos estimados. Las primeras causas de defunción por muerte materna directa son hemorragia obstétrica (23.2%), enfermedad hipertensiva, edema y proteinuria en el embarazo, parto y puerperio (21.7%) y aborto (8.7%); siendo los estados con mayor defunción el Estado de Chiapas (77), Edo. de México (73), Veracruz (38), Jalisco (36) y Oaxaca (31). (1)

En las últimas dos décadas, se ha producido un aumento considerable en la aplicación de diversas prácticas de trabajo de parto que permiten iniciar, acelerar, terminar, regular o vigilar el proceso fisiológico de dicho proceso con el fin de mejorar los resultados tanto para las mujeres como para los bebés. Esta medicalización creciente de los procesos de parto tiende a debilitar la capacidad de la mujer de dar a luz y afecta de manera negativa su experiencia de parto.

La directriz reconoce una “experiencia de parto positiva” como un desenlace trascendente para todas las mujeres en trabajo de parto. Define una experiencia de parto positiva como la experiencia que cumple o supera las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de la mujer. (2)

Por lo anterior, se realizó la búsqueda en la base de datos de la biblioteca de la UNAM relacionada con el tema “Estudio de caso y parto con experiencia positiva” con las palabras: estudio de caso, trabajo de parto y psicoprofilaxis en un período del 2013 al 2018; la búsqueda arrojó 40 resultados de los cuales 2 cumplen con el enfoque deseado.

Autor	Título	Año
Axelle Desjardins Cortés	Intervenciones de enfermería perinatal a mujer con embarazo de 37.2 sgd más diabetes gestacional en trabajo de parto fase activa, bajo el enfoque de la teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem	2016
María Teresa del Sagrario Salas Sangabriel	Intervenciones de enfermería especializadas a multigestas en trabajo de parto en fase activa, bajo el enfoque de parto respetado a libre elección y con base en la teoría de autocuidado de Dorotea E. Orem.	Septiembre 2017

En ambos estudios de casos realizados por estudiantes de Enfermería Perinatal su objetivo es la modificación de la percepción de la jornada obstétrica llegando a la conclusión de que la enfermera perinatal tiene la capacidad de proporcionar un trabajo de parto y parto con enfoque de riesgo para detectar posibles complicaciones y a su vez favorecer una experiencia de parto positiva mediante el acompañamiento, el uso de técnicas de relajación y métodos psicoprofilácticos.

Capítulo II. Marco teórico

2.1 Conceptualización de la Enfermería

El ejercicio de la enfermería como acción inherente al cuidado humano ha transitado por más de 19 siglos por escenarios muy diferenciados. Una situación que ha investido a quienes se han dedicado al cuidado de los enfermos de una simbología caracterizada por los rasgos femeninos, caritativos, altruistas, de subordinación, sin formación reglada y, en algunos momentos, como ocurrió en los países protestantes, ejercida por personas de bajo estrato y condición social.

El mérito de convertir la enfermería en una profesión se le atribuye a un conflicto bélico, la Guerra de Crimea, y a Florence Nightingale, quien con sus treinta y ocho enfermeras puso de manifiesto que la medicina podía quitar obstáculos y la cirugía extraer una bala, pero el trabajo de la enfermería era esencial para conseguir los resultados de salud más favorables.

Para ello, Nightingale sustentó las acciones enfermeras en un principio fundamental, que consistía en situar al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actuara sobre él. La eficacia de la puesta en marcha de estas indicaciones se plasmó en resultados eficaces al dejar constancia, a partir de su gestión y el trabajo de sus enfermeras, se había producido un importante descenso en la mortalidad de los soldados ingleses.

La posterior creación de la Escuela de Enfermeras en 1860, en el hospital de St. Thomas en Londres, y la configuración de las bases formativas de esta sentaron los pilares de la profesión enfermera; imperando dos cuestiones: el carácter femenino y la obediencia a las órdenes médicas. (3)

Sin embargo para que la enfermería alcanzara el estatus de disciplina científica, requería la lucha por la justicia y la igualdad que iniciaron las mujeres a finales del siglo XIX y la creación del Consejo Internacional de Enfermería (CIE).

La palabra ciencia deriva etimológicamente del latín “scire”, que significa saber, y hace referencia a la necesidad de “conocer”. Es importante diferenciar el conocimiento común, que se apoya en generalizaciones y observaciones simples transmitiéndose por vía oral; del conocimiento científico, que se basa en la razón y para el que se requiere de un método sistemático que se denomina método científico, el cual se desarrolla a partir de la observación, la experimentación, la explicación, la generalización y la predicción.

Mario Bunge diferencia entre ciencia formal y ciencia fáctica, donde esta última estudia los hechos y las realidades mediante la observación, la experimentación para contrastar hipótesis y verificarlas, siendo sus atributos más característicos la objetividad, puesto que pretende encontrar la verdad, y la racionalidad, a través de los conceptos, los juicios y razonamientos.

Por otra parte, los conocimientos se agrupan por áreas o campos temáticos, históricos o socio-institucionales que es lo que se denomina “disciplina”. Estas hacen referencia a una rama de la educación o departamento de un aprendizaje que tiene una perspectiva única y diferenciada de ver los fenómenos. (3)

La disciplina tiene una serie de valores y creencias que responden al papel de la profesión en la sociedad, la naturaleza del servicio que ofrece y su responsabilidad en cuanto a la mejora de ese conocimiento. Todos estos elementos delimitan su núcleo de atención en el que debe centrarse la disciplina enfermera, que no es otro que el cuidado en las experiencias de salud humana.

El proceso de enfermería constituye un método sistemático, organizado, interactivo, dinámico y flexible, siendo su aplicación el único camino para fundamentar el rol autónomo y consolidar la disciplina enfermera desde el rigor científico, el pensamiento crítico y reflexivo y la planificación de cuidados que favorezcan la salud de la persona y ayuden a recuperarla o a morir con dignidad. (3)

2.2 Paradigmas

Kuhn definió “paradigma” como aquello que compartían los miembros de una comunidad científica a la que durante un tiempo proporcionaban modelos y soluciones, de manera que cuando aparecen problemas que no pueden resolverse en el paradigma dominante surge una revolución, un cambio de paradigma; aportando una nueva visión que se plasmaría a las disciplinas científicas, entre las que enfermería no sería la excepción.

Para comprender la verdadera aportación de la enfermería al campo de la salud desde la dimensión del cuidado humano y las limitaciones a su desarrollo disciplinar, fue esencial identificar los elementos que encuadraban el metaparadigma enfermero, dándole una identidad propia y específica.

La enfermería como profesión y disciplina científica ha estado inmersa en los procesos de cambio y transformación que se han ido produciendo en el campo del conocimiento, de manera más específica en lo que respecta a la cosmovisión del ser humano, los procesos de enfermedad y la concepción de salud, encontrando e identificando las distintas variables y fenómenos que han determinado el rol enfermero y encuadrarlo en su marco científico profesional. (3)

En un estudio realizado por Fawcett en 1984, titulado “The Metaparigm of Nursing: Present Status and Future Refinement” consistente en un estudio de revisión de los escritos de diversas enfermeras teóricas, se concluyó que los conceptos cuidado, persona, salud y entorno estaban presentes en todos ellos constituyendo el paradigma enfermero.

Persona: Referencia en el campo de enfermería no solo al sujeto en sí mismo, sino también a los grupos y a la comunidad, reconociendo en cada caso su individualidad, así como sus dimensiones biológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales.

Cuidado: Conjunto de intervenciones surgidas de la interrelación con el sujeto de cuidado, basadas en el conocimiento científico, técnico y disciplinar, dirigidas a mantener o recuperar la salud, prevenir la enfermedad y sus complicaciones o a favorecer la calidad de vida de quienes participan recíprocamente en esta relación de proximidad.

Salud: Confluencia de las condiciones en las que se desarrolla cada una de las dimensiones del ser humano; se reconoce como una situación multicausal, dinámica e influenciada por la percepción del sujeto de cuidado sobre su salud y su calidad de vida.

Entorno: Conjunto de variables externas al sujeto de cuidado que pueden constituirse en factores protectores o factores de riesgo para el desarrollo de la persona, la familia, el grupo o el colectivo; en este contexto se da una situación de interacción entre el sujeto de cuidado y el entorno, en la que uno y otro inciden significativamente para construir permanentemente prácticas de comportamiento, significados, actitudes, creencias y valores que determinan la salud del sujeto de cuidado.

Estos elementos son los fenómenos nucleares sobre los que se construyen las bases de la profesión y se asienta la disciplina enfermera como piezas clave sobre la forma de ver, sentir y percibir al ser humano y al mundo que lo rodea. (3)

2.3 Teoría de Enfermería

La Enfermería se define como el ejercicio de un arte y de una disciplina. Arte porque requiere la sutileza para comprender al otro holísticamente, a partir de su trayectoria socio-antropológica, biológica, psicológica y espiritual; es decir, demuestra un interés particular por reconocer la individualidad del sujeto de cuidado. Es disciplina porque tiene un conocimiento propio, un desarrollo histórico y un ejercicio profesional definido. (3)

La enfermería tiene funciones sociales e interpersonales que caracterizan a las relaciones de ayuda entre quienes necesitan la asistencia y quienes la prestan. Lo que diferencia estos servicios sanitarios de otros es el servicio de ayuda que ofrece. La teoría enfermera del déficit de autocuidado de Orem ofrece una conceptualización del servicio de ayuda característico que presta la enfermería.

La pregunta que guió el pensamiento de Orem fue: «¿En qué estado está una persona cuando se decide que una enfermera o enfermeras intervengan en la situación?»

Orem etiquetó su teoría de déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por las siguientes tres teorías relacionadas:

1. La teoría de autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas. (4)
2. La teoría de déficit de autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente.
3. La teoría de sistemas enfermeros, que describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero.

Autocuidado

El autocuidado consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo(3) y que puede ser modificado por el estado de salud, las condiciones ambientales, los efectos del cuidado médico y otros factores.

Requisitos de autocuidado

Un requisito de autocuidado es un consejo formulado y expresado sobre las acciones que se deben llevar a cabo porque se sabe o se supone que son necesarias para la regulación de los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, ya sea de manera continua o bajo unas circunstancias y condiciones específicas.

Un requisito de autocuidado formulado comprende dos elementos:

1. El factor que se debe controlar para que se mantenga un cierto aspecto del funcionamiento y desarrollo humanos en las normas compatibles con la vida, la salud y el bienestar personales.
2. La naturaleza de la acción requerida.

Los requisitos de autocuidado formulados y expresados representan los objetivos formalizados del autocuidado. Son las razones por las que se emplea el autocuidado; expresan los resultados deseados, el objetivo del autocuidado. (4)

Requisitos de autocuidado universales

Los objetivos requeridos universalmente que deben alcanzarse mediante el autocuidado o el cuidado dependiente tienen sus orígenes en lo que se conoce y lo que se valida o lo que está en proceso de ser validado sobre la integridad estructural y funcional humana en las diversas etapas del ciclo vital. Se proponen ocho requisitos comunes para los hombres, las mujeres y los niños:

1. El mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
2. El mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
3. El mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
4. La provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación.
5. El mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso.
6. El mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad.
7. La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
8. La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal. (4)

La normalidad se define como aquello que es esencialmente humano y es acorde con las características genéticas y constitucionales, y con el talento de las personas.

La capacidad para satisfacerlos es la agencia de autocuidado, cuando la persona cuida de sí misma, o agencia de cuidado dependiente cuando una persona ayuda a otra para que pueda satisfacer sus necesidades si ésta no tiene la capacidad para realizar las acciones necesarias por sí misma.

Requisitos de autocuidado de desarrollo

Estos requerimientos sobrevienen específicamente en un periodo concreto del ciclo vital y se relacionan con las actividades para iniciar y promover el desarrollo en una edad y

etapa particular o en un determinado momento del ciclo de la vida. Orem describe dos tipos:

- ❖ Creación y mantenimiento de condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan los de desarrollo; esto es, el progreso humano hacia niveles más altos de organización de las estructuras humanas y hacia la madurez durante las etapas siguientes de la vida:
 - Los estados intrauterinos de la vida y el proceso del nacimiento.
 - La etapa de la vida neonatal, ya sea nacido a término o prematuramente, o nacido con bajo peso o peso normal.
 - Infancia.
 - Las etapas de desarrollo de la infancia, incluyendo la adolescencia y la entrada en la edad adulta.
 - Las etapas de desarrollo de la edad adulta.
 - El embarazo, ya sea en la adolescencia o en la edad adulta.
- ❖ Provisión de cuidados asociados a los efectos de condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano.
 - Provisión de cuidados para prevenir efectos negativos en tales condiciones.
 - Provisión de cuidados para mitigar o superar los efectos negativos existentes en tales condiciones. (4)

Requisitos de autocuidado en caso de desviación de salud

Estos requisitos de autocuidado existen para las personas que están enfermas o sufren alguna lesión, con formas específicas de estados o trastornos patológicos, incluidos los defectos y las discapacidades, y para los individuos que están siendo sometidos a un diagnóstico y tratamiento médico. Las características de la desviación de salud como condiciones que se expanden a lo largo del tiempo determinan los tipos de exigencias de cuidado que precisan las personas, ya que conviven con los efectos de estados patológicos y viven mientras ellos duran. (4)

Se distinguen seis categorías de requisitos de autocuidado de desviación de la salud:

1. Buscar y asegurar la ayuda médica adecuada en cada caso de exposición a agentes físicos o biológicos específicos o a condiciones ambientales asociadas con acontecimientos y estados humanos patológicos, o condiciones psicológicas que se sabe que producen o están asociadas a una patología.
2. Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de los procesos patológicos, en los que se incluyen los efectos sobre el desarrollo.
3. Llevar a cabo efectivamente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas, dirigidas a prevenir tipos específicos de patología o a regular el funcionamiento humano integrado, a corregir deformidades o anomalías o a compensar incapacidades.
4. Tener conciencia y prestar atención o regular los efectos de las medidas de cuidados prescritos por el médico que puedan producir malestar o deterioro, entre los que se incluyen los efectos sobre el desarrollo.

5. Modificar el autoconcepto y la autoimagen para aceptarse uno mismo como ser humano con un estado de salud particular y necesitado de formas específicas de cuidados.
6. Aprender a vivir con los efectos de los estados patológicos y los de las medidas de diagnóstico y tratamiento médico, con la adaptación de un estilo de vida que fomente el desarrollo personal continuo. (4)

Factores condicionantes básicos

Factores condicionantes básicos hace referencia a los factores que condicionan o alteran el valor de la demanda de autocuidado terapéutico y/o la actividad de autocuidado de un individuo en momentos concretos y bajo circunstancias específicas. Se han identificado diez factores:

- ❖ Descriptivos de la persona
 - Edad.
 - Sexo.
 - La residencia y sus características ambientales.
 - Factores del sistema familiar.
 - Factores socioculturales.
 - Factores socioeconómicos.
- ❖ Del patrón de vida
 - Incluyen las medidas de autocuidado habituales que lleva a cabo la persona.
- ❖ Del estado y factores del sistema de salud
 - Incluyen el estado de salud fisiológico y psicológico.
 - Factores del sistema sanitario.
- ❖ Del estado de desarrollo
 - Capacidades de autogobierno observadas y descritas sobre sus condiciones de vida actuales. Afectan al grado en el que deberían satisfacerse los requisitos de autocuidado universal y del desarrollo.
 - Factores necesarios para el autogobierno o aquellos que lo afectan negativamente, identificados por el paciente o la enfermera. Influye en el grado en el que tendrían que satisfacerse los requisitos de autocuidado universal y del desarrollo.
 - Potencial de desarrollo personal: evidenciado por la perspectiva del paciente, los objetivos fijados y la estimación objetiva de su posible desarrollo para la satisfacción de los requisitos del desarrollo y de autocuidado universal. (4)

Déficit de autocuidado

El déficit de autocuidado es una relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado, en la que las capacidades de autocuidado constituyentes y desarrolladas de la actividad de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existente o proyectada. (4)

Las personas están sujetas a limitaciones relacionadas o derivadas de su salud que les incapacita el autocuidado continuo, es decir, las personas no tienen los conocimientos, capacidad y/o deseo de aprender las acciones requeridas para cubrir las demandas de autocuidado. En este momento se determina cuando es necesaria la enfermería ya que es un servicio de salud, dentro de la organización social, para las personas que se encuentran en una situación de dependencia. (4)

Demanda de autocuidado terapéutico

Se basa en el autocuidado como función reguladora y describe la situación en la que se encuentra la persona en los aspectos estructurales, funcionales y de desarrollo; va variando a lo largo de la vida influida por los cambios en los factores básicos condicionantes entre los que se encuentra el estado de salud.

Según las condiciones existentes y las circunstancias, se utilizarán métodos adecuados para:

- ✓ Controlar o dirigir factores identificados en los requisitos, cuyos valores son reguladores del funcionamiento humano (suficiente aire, agua y comida).
- ✓ Cubrir el elemento de actividad del requisito (mantenimiento, promoción, prevención y provisión). (5)

Cálculo de la demanda de autocuidado terapéutico

Se conocerá que acciones reguladoras del funcionamiento y desarrollo humano se deberán realizar y en qué tiempo deben ser realizadas para mantener la vida, salud o bienestar.

- ◆ Identificar y formular un requisito de autocuidado y su relación con alguno de los aspectos del funcionamiento (oxigenación, nutrición, eliminación, etc.) y desarrollo humano, y la frecuencia con la que deberían hacerse las acciones de autocuidado.
- ◆ Identificar las condiciones humanas y ambientales que permiten satisfacer el requisito o lo dificultan.
- ◆ Determinar los métodos o tecnologías que se sabe o se supone que son válidos de acuerdo a las condiciones humanas y ambientales existentes.
- ◆ Establecer los grupos y secuencias de acciones que deberían realizarse. (5)

Diseño de demanda de autocuidado terapéutico

Sirve para establecer relaciones entre los componentes de las acciones de autocuidado en un marco espaciotemporal, para las 24 h del día de la persona.

Consiste en relacionar las acciones dirigidas a la satisfacción de las demandas de los diferentes requisitos de autocuidado, con el fin de hacer coincidir los esfuerzos y compatibilizar las acciones con las actividades de la vida diaria. (5)

Variaciones en la demanda de autocuidado terapéutico

Se relacionan con cada uno de los requisitos desde los que se realiza el cálculo de la demanda y con los requerimientos para los cuidados de salud desarrollados en el concepto de cuidados de salud y sistemas de autocuidado. Se consideran:

- De prevención primaria: autocuidados terapéuticos que tienen como finalidad la prevención de enfermedades específicas, el mantenimiento o la promoción de la salud, la contribución al desarrollo humano y la búsqueda y la participación activa en el cuidado proporcionado por los profesionales de la salud.
- De prevención secundaria o terciaria: autocuidados terapéuticos derivados de situaciones de enfermedad problemas de desarrollo, que demandan cuidados o que afectan a las demandas de acciones de autocuidado universal. (4-5)

Agencias de la teoría del déficit de autocuidado

Agencia de Autocuidado: Es la habilidad adquirida por las personas maduras, o que están madurando, que les permite conocer y cubrir sus requerimientos continuos con acciones deliberadas, intencionadas, para regular su propio funcionamiento y desarrollo humano.

Agencia de Cuidado Dependiente: Se refiere a la capacidad adquirida de una persona para conocer y satisfacer la demanda de autocuidado terapéutico de la persona dependiente y/o regular el desarrollo y el ejercicio de la actividad de autocuidado dependiente.

Agencia de Enfermería: Es la capacidad desarrollada por las personas formadas como enfermeras que les da poder para ser representadas como enfermeras y, dentro del marco de una relación interpersonal legítima, para actuar, saber y ayudar a las personas implicadas en esas relaciones a cubrir sus necesidades terapéuticas de autocuidado y a regular el desarrollo o el ejercicio de la actividad de su autocuidado. (4)

Sistemas enfermeros

Se trata de una actividad profesional desarrollada tanto antes como después del diagnóstico y la prescripción enfermera, a partir de los juicios prácticos de reflexión sobre las condiciones existentes, para sintetizar los elementos de una situación concreta de relaciones ordenadas a unidades operativas de estructura. El objetivo del diseño enfermero es ofrecer guías para alcanzar los resultados necesarios y previstos en la producción de la enfermería hacia el logro de las metas enfermeras; estas unidades conjuntas constituyen la pauta que guía la producción de la enfermería.

Son las series y las secuencias de las acciones prácticas deliberadas de las enfermeras que actúan a veces de acuerdo con las acciones de las necesidades terapéuticas de autocuidado de sus pacientes, y para proteger y regular el ejercicio o desarrollo de la actividad de autocuidado de los pacientes. (4)

Sistemas totalmente compensadores

Se necesitan cuando el enfermo no puede tener ningún papel activo en la realización de sus autocuidados debido a su estado de incapacidad o limitación.

En este caso, la enfermera actúa en lugar del paciente, tomando las decisiones más adecuadas para él y ejecutando el autocuidado.

Personas incapacitadas para realizar cualquier acción intencionada.

- Personas conscientes y con capacidad para tomar decisiones, pero que no pueden o no deben realizar acciones que requieran movimientos y manipulaciones.
- Personas incapacitadas para tomar decisiones, pero que pueden ser capaces de realizar alguna medida de autocuidado (4)

Sistemas parcialmente compensadores

En este caso, tanto el paciente como la enfermera participan en el autocuidado.

El grado de participación de cada uno depende de la situación del paciente: de las limitaciones que tenga para llevar a cabo las acciones que requiere (tanto si las limitaciones son consecuencia de la situación de la persona como si se han prescrito), de los conocimientos y habilidades requeridas y de la disposición psicológica. Los roles del paciente y la enfermera son complementarios. La enfermera sustituye las limitaciones del enfermo y éste acepta la ayuda de la enfermera y se hace cargo de algunas acciones de autocuidados.

Sistema de apoyo - educación

Llamado también sistema de apoyo-desarrollo, es adecuado para situaciones en las que el paciente es capaz de realizar, o debería aprender a hacer, medidas de autocuidado terapéutico orientadas interna o externamente, pero no puede hacerlas sin ayuda. Este sistema es apropiado cuando el paciente puede llevar a cabo las medidas de cuidado, pero necesita guía, soporte, enseñanzas o un entorno que favorezca su desarrollo.

Métodos de ayuda

Un método de ayuda, desde una perspectiva enfermera, es una serie secuencial de acciones que, si se lleva a cabo, resolverá o compensará las limitaciones asociadas a la salud de las personas que se comprometen a realizar acciones para regular su propio funcionamiento y desarrollo, o el de sus dependientes. Las enfermeras utilizan todos los métodos, los seleccionan y los combinan en relación con las necesidades de acción de las personas que reciben tratamiento enfermero y en relación con las limitaciones de acción asociadas con su estado de salud:

1. Actuar o hacer por cuenta de otro.
2. Guiar y dirigir.
3. Ofrecer apoyo físico o psicológico.
4. Ofrecer y mantener un entorno que fomente el desarrollo personal.
5. Enseñar (4-6)

2.4 Proceso de Atención de Enfermería

El pensamiento crítico es un componente esencial de una atención de enfermería profesional con calidad y responsabilidad.

La *National League for Nursing* (NLN) ha resaltado que «el pensamiento crítico en la práctica de la enfermería es un proceso de razonamiento reflexivo específico de la disciplina que orienta al profesional de enfermería para generar, aplicar y evaluar enfoques... abordar la atención a los pacientes y las inquietudes profesionales» (7)

La creatividad es el pensamiento que da lugar al desarrollo de ideas y productos nuevos. El pensamiento crítico impulsa de forma cognitiva la actividad artística intelectual de la creatividad. Cuando los profesionales de enfermería incorporan la creatividad a su pensamiento, son capaces de encontrar soluciones únicas a problemas únicos. (7)

La toma de decisiones es la capacidad para desarrollar y poner en marcha nuevas y mejores soluciones para los resultados de los cuidados de salud.

En 1953 Fry propuso que la enfermería pudiese ser más creativa mediante la formulación de diagnósticos de enfermería y un plan de cuidados individualizado para favorecer una práctica más independiente y no estar guiada a una práctica sujeta a las indicaciones médicas pero no apoyaron su propuesta en aquel tiempo, hasta muchos años después. (8)

El 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. (9)

El propósito principal es construir una estructura teórica que pueda cubrir las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. Es decir, garantizar la calidad en los cuidados y la calidad de vida.

Características

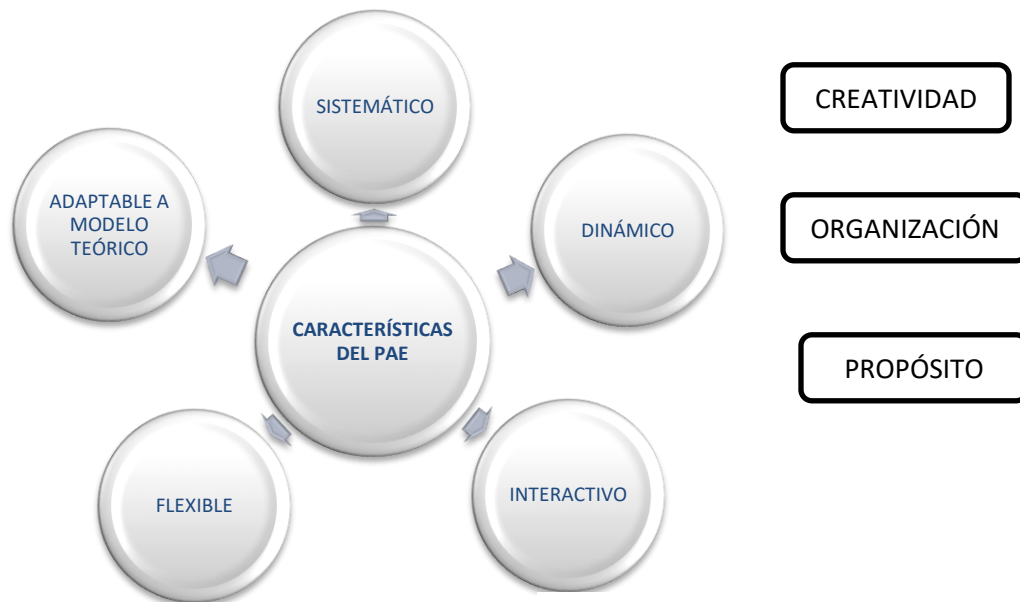
Sistemático: cada una de las etapas con fines didácticos se separan para su comprensión, pero en la implementación cada una de ellas se interrelaciona para el logro del objetivo del proceso de enfermería.

Dinámico: el ser humano por naturaleza puede cambiar, en un instante, en lo emocional, físico y social, por tal motivo cada etapa se adecuará a las necesidades de la persona, familia o comunidad.

Interactivo: es fundamental durante la implementación de la metodología del cuidado, donde el profesional de enfermería se relaciona con la persona, la familia y la comunidad, lo cual es esencial para la individualización de los cuidados.

Flexible: los escenarios de práctica del profesional de enfermería en la actualidad se centran en cuatro ámbitos: el asistencial, el educativo, el administrativo y el de investigación, y el proceso de enfermería se puede adaptar a cada uno de ellos, siempre y cuando se den cuidados al individuo, familia y/o comunidad. (8)

Sustentarse teóricamente: por las características propias del proceso de enfermería y sus etapas, tiene la cualidad de adaptarse con base en un modelo teórico de la enfermería. (Cuadro 1)



Cuadro 1. Características del PAE. Elaboró: L.E.O Cindy Frausto
Fuente: Reyes, E. Fundamentos de Enfermería. 2009.

Engloba tres características fundamentales: propósito, organización y creatividad.

El propósito es la finalidad, se centra en diagnosticar y tratar las respuestas humanas ante la salud y la enfermedad.

La organización son los pasos o componentes necesarios para alcanzar el objetivo. Los cinco pasos son dinámicos, pero inclusivos de las actividades para la toma de decisiones clínicas y de las habilidades clínicas que usa la enfermera para ayudar a las personas a alcanzar los objetivos acordados, destinados a mejorar la salud.

- La creatividad es la característica que cambia continuamente dependiendo de la respuesta a las necesidades del individuo.

Actualmente, las etapas del proceso de enfermería son cinco. Las etapas son cíclicas, dinámicas e inseparables, pero estructuradas en secuencia lógica para ser una guía que orientará al profesional de enfermería la forma en que actuará considerando la situación de salud muy particular de cada persona, familia y comunidad. (8)

Primera etapa: Valoración

Es la recogida sistemática y continua, organización, validación y registro de los datos (información). Es un proceso continuo que se realiza en todas las fases del proceso de enfermería y dependen de una recogida precisa y completa de los datos. (7)

Existen cuatro tipos diferentes de valoración:

- ❖ La valoración de enfermería inicial.
- ❖ La valoración centrada en el problema.
- ❖ La valoración urgente.
- ❖ La revaloración tras un tiempo.

Obtención / recolección de datos

Proceso de adquisición de la información sobre el estado de salud del paciente. Debe ser sistemática y continua para evitar la omisión de datos significativos y reflejar el estado de salud cambiante del paciente desde el punto de vista holístico.

Debe reunir las siguientes características: ser completa, sistemática y ordenada, para ello debe seguir el modelo teórico bajo el cual se sustenta el proceso de enfermería, porque con base en él permitirá tener una secuencia para la obtención de datos, el análisis de los datos y facilitando con ello la implementación de las demás fases. (7)

Tipos de datos

Los datos subjetivos, denominados también síntomas o datos ocultos, solo resultan aparentes para la persona afectada y solo dicha persona puede describirlos o comprobarlos. Los datos subjetivos incluyen la sensación, sentimientos, valores, creencias, actitud y percepción que el paciente tiene de su salud y situación vital.

Los datos objetivos se llaman también signos o datos evidentes y pueden ser detectados por el observador o medidos y confirmados frente a un estándar aceptado. Se lleva a cabo la exploración física haciendo uso de sus principios: inspección, palpación, percusión y auscultación (10) obteniendo datos objetivos para validar los datos subjetivos y completar la fase de valoración del proceso de enfermería. (8)

Fuentes de los datos

Significa de dónde se puede originar la información y se pueden obtener de diferentes formas: primaria o directa y secundaria o indirecta.

La fuente directa es la persona a la que se va a cuidar, es quien proporciona los datos principales referente a su condición de salud y su entorno.

La fuente indirecta se considera la familia, el equipo de salud y el expediente que incluye datos históricos, exámenes de laboratorio, diagnóstico, pronóstico, indicaciones médicas; esenciales para comprender la situación actual de la persona verificando, clarificando o incrementando la información obtenida de la fuente primaria.

Las personas de apoyo son una fuente especialmente importante de datos en el caso de un paciente muy joven o un paciente que está inconsciente o confundido. Antes de obtener datos de las personas de apoyo, el profesional de enfermería debe asegurarse de que el paciente, si es capaz de ello, autorice tal fuente de información.

El profesional de enfermería debe además indicar en el historial de enfermería que los datos se obtuvieron de una persona de apoyo. (8)

Medios y técnicas para la recolección de los datos

Son los apoyos para el profesional de enfermería, mediante los cuales podrá obtener la información:

- ❖ Observación: Implica distinguir los datos de una forma significativa.
- ❖ Entrevista: Comunicación planificada o una conversación con un objetivo; también conocida como anamnesis de enfermería. Se dividen en:
 - Entrevista dirigida: Utiliza preguntas cerradas.
 - Entrevista no dirigida: Utiliza preguntas abiertas.
- ❖ Exploración física: O valoración física es un método sistemático de recogida de datos que usa los sentidos para detectar problemas de salud. Para realizar la exploración, el profesional de enfermería usa las técnicas de inspección, auscultación, palpación y percusión. Puede organizarse desde la cabeza a los dedos de los pies (cefalocaudal) o por sistemas. (8)

Organización de los datos

Agrupación de los datos en categorías de información de forma que tengan sentido, puedan verse las relaciones entre ellos e identificar las capacidades del paciente, y sus problemas de salud reales y potenciales. Es importante considerar también el marco teórico que está sustentado el proceso de enfermería; por ejemplo, si es por la teoría de Dorotea Orem se realizará la organización de los datos por medio de los requerimientos universales. (8)

Validación de los datos

Verificar y confirmar los datos para determinar si responden a los hechos. Consiste, también, en analizar la información con el fin de identificar posibles vacíos o incongruencias. Es fundamental para evitar la omisión de información relevante, realizar interpretación incorrecta, y/o llegar a conclusiones precipitadas a través de:

- Revisar los propios datos (escala de medición).
- Solicitar que otra persona recolecte el mismo dato.
- Identificar que no existen factores transitorios.
- Revisar los datos críticos.
- Comprobar congruencia entre los datos. (8)

Registro de datos

Consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la observación, entrevista y exploración física. (8) El profesional de enfermería registra los datos subjetivos con las propias palabras del paciente entre comillas. (7)

Las ventajas que ofrece el registro de los datos se centran en favorecer la comunicación entre los miembros del equipo de atención sanitaria, facilitar la prestación de una asistencia de calidad, proporcionar mecanismos para la evaluación de la asistencia, formar un registro legal permanente y ser base para la investigación en enfermería.

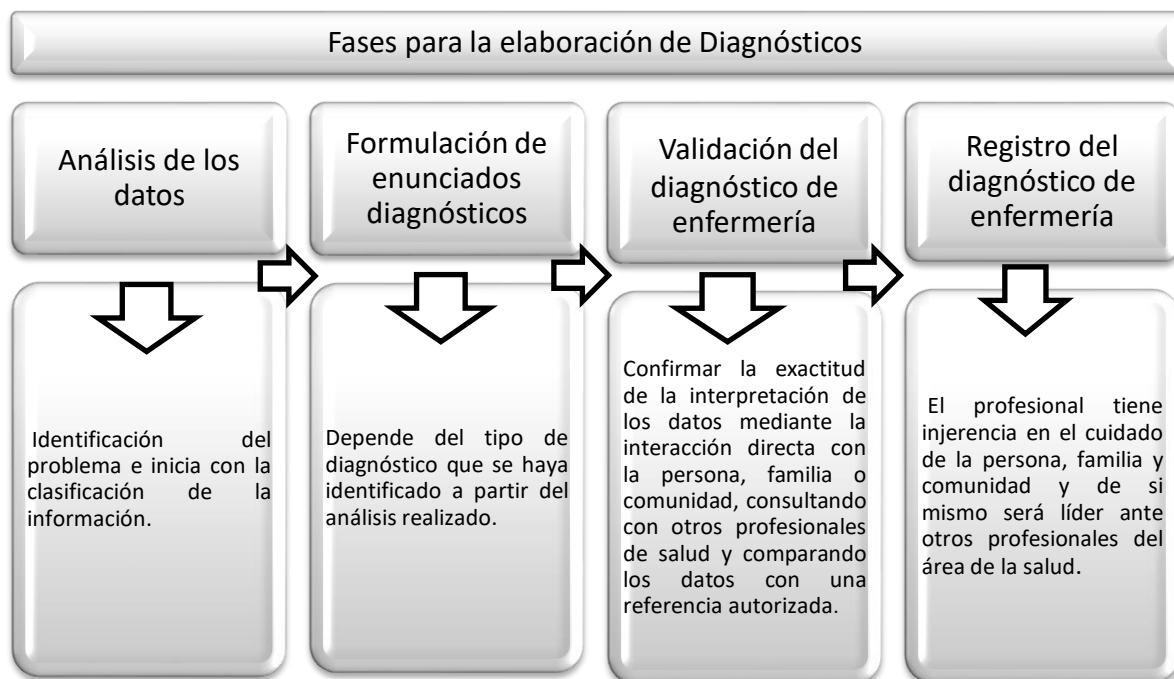
- ✓ Cumplir normas.
- ✓ Evitar juicios de valor.
- ✓ Acompañar las interferencias con la evidencia respectiva.
- ✓ Evitar tachaduras o aplicación de corrector y especificar como error / correcto.
- ✓ Informar situaciones relevantes e importantes.
- ✓ Realizar anotaciones claras, completas y concisas.(8)

Se sugiere seguir las siguientes recomendaciones para el registro de los datos:

- ❖ Escribir con letra clara y con tinta indeleble.
- ❖ Evitar dejar espacios en blanco.
- ❖ Cuidar la ortografía y evitar abreviaturas.
- ❖ Anotar siempre la fecha y hora en que se realiza el registro.
- ❖ Escribir toda la información que proporcionó el equipo de salud.
- ❖ Registrar cuando un usuario o su familia rechazan determinado cuidado o medida terapéutica. (8)

Segunda etapa: Diagnóstico de enfermería

Análisis de la información y enunciado de un juicio clínico con el objetivo de identificar los problemas de salud reales y potenciales, a los procesos vitales de una persona, de una familia o de una colectividad y las capacidades a reforzar para afrontar el plan de cuidados. (Cuadro 2)



Cuadro 2. Fases para elaborar diagnósticos. Elaboró: L.E.O Cindy Frausto
Fuente: EIR. Manual PAE. 2016.

Diagnóstico Real

Describe la respuesta actual de una persona, familia o comunidad a una situación de salud o proceso vital. Su identificación se apoya en la existencia de características definitorias (signos y síntomas) que indican su presencia en el momento de la valoración. Según recomienda la NANDA, el formato "PES" definido por Marjory Gordon:

PROBLEMA relacionado con (r/c) **ETIOLOGÍA** manifestado por (m/p) **SIGNOS y SÍNTOMAS**

1. **Problema:** Respuesta humana identificada.
2. **Etiología:** Factores que contribuyen a esa respuesta.
3. **Signos y Síntomas:** Características con las que se manifiesta esa respuesta humana. (11)

Diagnóstico de Riesgo

Describe respuestas humanas a situaciones de salud o procesos vitales que pueden desarrollarse en un futuro próximo en una persona, familia o comunidad vulnerable. Se formula utilizando la etiqueta diagnóstica y los factores de riesgo.

PROBLEMA relacionado con (r/c) **ETIOLOGÍA**.

Hay situaciones en las que se desconoce la causa aun cuando es evidente la presencia de problemas; en estos casos, según M. T. Luis Rodrigo puede formularse el diagnóstico poniendo *r/c* **CAUSA DESCONOCIDA**. (11)

Diagnóstico de Salud, Bienestar o Promoción de la Salud

Describen situaciones en las que existe un funcionamiento eficaz pero la persona manifiesta un deseo de conseguir un nivel superior de bienestar en alguna de sus funciones. No describen ningún problema de salud presente o potencial, motivo por el cual no puede existir en su enunciado factores etiológicos ni manifestaciones (12)

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR "comportamiento específico"

Diagnóstico de Síndrome

Juicio clínico en relación con un conjunto de diagnósticos enfermeros específicos que aparecen de manera conjunta y que se tratan de manera más correcta conjuntamente a través de intervenciones similares. Este tipo de diagnósticos alerta de la presencia de que está ante una situación compleja, que requiere la realización de valoraciones e intervenciones de enfermería expertas.(12)

El enunciado de estos diagnósticos describe el problema y suele contener en ella los factores etiológicos o contribuyentes, no refleja los signos y síntomas debido a la gran variabilidad. (12)

PROBLEMA

Ejemplo: *Síndrome traumático de la violación.*

Problemas de Colaboración

Se refieren a las complicaciones potenciales de la situación fisiopatológica, del tratamiento prescrito o de las pruebas diagnósticas hechas.

Carpenito aconseja añadir al problema la frase “secundario/a” seguido de la causa médica que lo genera, lo que ayuda a centrar la atención de la enfermera en la misma y a determinar las actividades más indicadas en cada paso. (11)

PROBLEMA secundario a (2^{da}) CAUSA MEDICA

Tercera etapa: Planeación

La planificación es una fase deliberada y sistemática del proceso de enfermería que implica la toma de decisiones y la solución de problemas. En la planificación, el profesional de enfermería se refiere a los datos de la valoración del paciente y a las declaraciones diagnósticas para obtener indicadores con el fin de formular los objetivos del paciente y diseñar las intervenciones de enfermería necesarias para evitar, reducir o eliminar los problemas de salud del paciente. (7)

Establecer prioridades

Las prioridades en las intervenciones de enfermería dependen del diagnóstico de enfermería, es donde se concluye la identificación del problema, en el cual se debe centrar el cuidado, y realizar acciones inmediatas en aquellas manifestaciones que representan una amenaza para la vida de la persona o según las circunstancias, determinar medidas de prevención de riesgos que la comunidad, familia o individuo presentan.

Es importante que la enfermera utilice el juicio clínico y el razonamiento para asignar prioridades a los diagnósticos de enfermería por lo que requiere analizar:

- Qué problemas requieren atención inmediata y que puede esperar.
- Qué problema es responsabilidad de enfermería y cuáles de otros profesionales.
- Qué se puede solucionar con los planes de cuidado estándares.
- Qué no se puede tratar desde un punto de vista estándar, pero deben tratarse para garantizar la seguridad. (11)

Debe considerar la necesidad del paciente, los recursos del sistema de salud y las limitaciones de tiempo, aunado a lo anterior, y siempre que sea posible, implique a la persona para que tome decisiones en el establecimiento de prioridades.

Elaborar objetivos

Pautas para seleccionar y desarrollar un plan de acción y los criterios para su evaluación a corto o largo plazo, según sea el caso.

- ❖ Sujeto: ¿Quién es la persona que se espera logre el objetivo?
- ❖ Verbo: ¿Qué acciones debe hacer la persona para demostrar que ha logrado el objetivo?
- ❖ Condición: ¿Bajo qué circunstancia tiene que realizar la persona las acciones?
- ❖ Criterio: ¿En qué medida tiene que realizar la persona la acción?
- ❖ Momentos específicos: ¿Cuándo se espera que la persona realice la acción? (8)

Se basan en tres dominios:

1. Dominio afectivo. Asociados con el cambio de actitudes, sentimientos o valores (expresar, compartir, escuchar, comunicar, relacionar).
2. Dominio cognitivo. Relacionados con la adquisición de conocimientos o habilidades intelectuales (enseñar, exponer, identificar, describir hacer un listado, explorar).
3. Dominio psicomotor. Objetivos que tratan del desarrollo de habilidades psicomotoras (demostrar, practicar, hacer, andar, administrar, producir).

Determinar los cuidados de enfermería

Cuidados, intervenciones, estrategias o acciones de enfermería se seleccionan después de haber establecido los objetivos y los resultados esperados.

Las intervenciones las clasifican en independientes y de colaboración. Las independientes son todas aquellas acciones que son competencia exclusiva del profesional de enfermería, y es quien, con base en sus conocimientos y experiencia, toma decisiones que contribuyan a la solución del diagnóstico de enfermería o en un momento dado replantearlo.

Las de colaboración o interdependientes son las intervenciones que la enfermera ha identificado requiere la persona de cuidado y donde a través de la toma de decisiones la enfermera se coordina con el equipo de salud u otros profesionales para mejorar las condiciones de salud o estilos de vida saludables del individuo, familia o comunidad. (8)

Documentar el plan de cuidados

Las intervenciones de enfermería en el plan asistencial se fechan cuando se escriben y se revisan a intervalos que dependen de las necesidades individuales.(7)

El formato de escritura de las intervenciones es parecido al de los resultados: verbo, condiciones y modificadores más el elemento temporal. La acción del verbo comienza la intervención y debe ser precisa. (7)

Cuarta etapa: Ejecución

Etapa en la que se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. Realizar las intervenciones enfermeras significa estar preparada, ejecutar las intervenciones, determinar la respuesta y hacer los cambios necesarios.

La enfermera debe contar con habilidades cognitivas, afectivas y psicomotoras que la profesión demanda antes de llevar a cabo un plan de cuidados. Esta preparación asegura un cuidado enfermero seguro, eficiente y eficaz. (7)

Preparación

- ❖ **Prepararse:** Implica asegurarse de que sabe qué va a hacer, por qué va a hacerlo, cómo lo hará y cómo reducirá los riesgos de lesiones. Si no obtiene la respuesta deseada, se formularán preguntas para averiguar qué va mal antes de continuar, hacer los cambios requeridos y anotarlos en el plan de cuidados.
- ❖ **Revaloración:** Consiste en analizar las acciones, características del usuario y compatibles con las intervenciones de otros profesionales, proporciona un mecanismo que permite a la enfermera determinar si la acción propuesta resulta adecuada debido a los cambios en el estado de la persona, puede necesitar una modificación del cuidado enfermero planificado. (7)

Intervención

Es importante explicar al paciente qué intervenciones se realizarán, qué sensaciones debe esperar, qué se espera que haga y qué resultados se prevén. En muchas actividades de enfermería es importante asegurar la intimidad. Esta actividad implica programar los contactos del paciente con otros departamentos y servir de enlace entre los miembros del equipo de salud (Cuadro 3). (7)



Cuadro 3. Pautas para las Intervenciones de Enfermería. Elaboró: L.E.O Cindy Frausto Fuente: Kozier. Fundamentos de enfermería. 2013.

Documentación

Es el registro que realiza la enfermera en las notas de enfermería, documento legal permanente del usuario y como requisito indispensable en todas las instituciones de salud.

Propósitos:

- Comunicar los cuidados a otros profesionales de la salud que tienen necesidad de saber cómo está evolucionado el usuario.
- Ayudar a identificar patrones de respuesta y cambios en la situación.
- Proporcionar una base para la evaluación, investigación y mejora de la calidad de los cuidados.
- Crear un documento legal. La mejor defensa de que realmente se observó o hizo algo es el hecho de tomar nota de ello.
- Proporciona validación para el pago de los servicios.
- El registro debe especificar: fecha y hora, datos de valoración, intervenciones de enfermería, resultados y nombre/firma del profesional de enfermería responsable directo del cuidado de la persona, familia o comunidad. (8)

Quinta etapa: Evaluación

Está presente en todo el proceso, ya que pretende determinar el logro de los objetivos, las interferencias y obstáculos para la realización del plan de cuidados que evitaron el logro de los propósitos. Mide la respuesta de la persona a las acciones enfermeras con los resultados esperados establecidos durante la planificación. Proporciona retroalimentación necesaria para valorar la satisfacción del individuo y maximizar el valor de la provisión de cuidados.

Establecimiento de criterios de resultados

Se expresan en términos de conducta para describir los efectos deseados de las acciones de enfermería. Los resultados esperados son afirmaciones de las respuestas graduales y progresivas o de la conducta de una persona que necesita seguir y conseguir. Cuando se consigue el objetivo (resultados esperados), los factores relacionados de un diagnóstico de enfermería han dejado de existir.

Evaluación del logro de objetivos

El objetivo especifica la conducta o la respuesta esperada que indica la resolución de un diagnóstico de enfermería o el mantenimiento del estado de salud. La enfermera evalúa los objetivos tras comparar los datos de la evaluación con los resultados esperados.

Cuando un objetivo se ha cumplido, la enfermera sabe que las intervenciones han tenido éxito en cuanto a la mejora del bienestar del individuo, familia o comunidad.

Los datos nuevos o las respuestas de la persona se comparan con los criterios de resultados para determinar si se han producido los cambios previstos.(8)

Para evaluar de forma objetiva el grado de éxito en la consecución de un objetivo, la enfermera debe seguir los siguientes pasos:

- ✓ ¿Los objetivos e intervenciones eran realistas y apropiados para este individuo?
- ✓ ¿Las intervenciones se llevaron a cabo tal como estaban prescritas?
- ✓ ¿Los nuevos problemas o las reacciones adversas se detectaron tempranamente y se hicieron los cambios apropiados?
- ✓ ¿Cuál es la opinión de la persona respecto al logro de los objetivos y el plan de cuidados?
- ✓ ¿Qué factores impidieron el progreso?
- ✓ ¿Qué factores potenciaron el progreso? (8)

Medidas y fuentes de evaluación

Son las habilidades de valoración y las técnicas empleadas para recoger los datos de la evaluación.

El propósito de la valoración es identificar si existe algún problema, trata de determinar si los problemas conocidos han mejorado, empeorado o experimentado algún tipo de cambio.

Se produce cuando compara los datos con los objetivos y realiza un juicio sobre el progreso de la persona. Los objetivos de este juicio, el cual se basa en la capacidad de analizar de forma crítica la información presentada, pueden llevar a la revisión del plan de cuidados. Es decir, cuando se ordenan los datos y se determina qué otros hechos se necesitan para evaluar el progreso de la persona, se utiliza el razonamiento crítico y la habilidad analítica: identificación de las variables que afectan el logro de los objetivos y modificación/finalización del plan de cuidados.

Por último, si el paciente ha logrado todos los objetivos establecidos y no se ha identificado nuevos problemas, es que se ha logrado el propósito de los cuidados de enfermería. (8)

2.5 Consideraciones éticas

Filosofía del cuidado

Cuidar es fundamentalmente, una praxis y ello significa que radica en el hacer. Cuidar es un arte que se aprende y se perfecciona en la práctica del día a día en la búsqueda de la excelencia. El ejercicio del arte, gratifica al artista, lo hace sentirse bien con su obra, lo motiva y lo impulsa a hacer las cosas cada día mejor, lo lleva a percibir el hacer – la praxis - como un placer.

En las prácticas cuidantes, las cuidadoras vemos la belleza que quizá otros fuera de la profesión no pueden ver... En el arte de cuidar, es relevante desarrollar la sensibilidad frente al dolor del otro, al sufrimiento, a las necesidades físicas y espirituales para generar en el cuidador la compasión activa que lleve a la solidaridad, que consiste en hacer algo para paliar – calmar – o remediar la situación. (13)

Principios éticos

1. Principio del respeto: Considera a su vez la autonomía, reconociendo la libertad de los seres humanos, en cuanto al derecho para orientar y tomar determinaciones con un conocimiento claro para su vida; la individualidad, considerando a cada persona como único e irreplicable; la privacidad, refiriéndose a la intimidad espiritual y física hacia la persona, grupo social y familia; unicidad, visualizando a los seres humanos como holísticos, planeando y ejecutando cuidado integral; y la confiabilidad, basado en la confianza entre los seres humanos cumpliendo acuerdos y promesas.
2. Principio de beneficencia – no maleficencia: Para su aplicación exige conocimiento científico-técnico, habilidad, oportunidad y diligencia en la acción, con el objetivo de no causar daño a través de prevenir el mal y remover las fuentes del daño; promoviendo el bien eligiendo de dos bienes, el mejor; y de dos males, el menor.
3. El principio de justicia: Se comprende como un balance entre la igualdad y la equidad; en la primera, los seres humanos deben recibir lo mismo sin ninguna distinción; y en la equidad, cada cual debe recibir de acuerdo con sus necesidades y dar según sus capacidades y preparación. Sin embargo, este principio también tiene como base la justicia distributiva, es aquí dónde se exige un trabajo interdisciplinario reflexivo, responsable y consciente de la finalidad de la profesión, la vulnerabilidad del sujeto de cuidado y de la situación que se vive en la prestación de los servicios de salud, donde en más de un momento nuestra voz, puede ser la única que se escuche. (13)

Marco Legal

La Constitución Mexicana en el artículo 4º refiere que el varón y la mujer son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia.

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

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la

Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

Toda persona tiene derecho a un medio ambiente adecuado para su desarrollo y bienestar. (14)

Por otra parte, en la Norma Oficial Mexicana OM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, menciona:

5.5.3 Ninguna persona que preste servicios de ginecología y obstetricia, discriminará o ejercerá algún tipo de violencia hacia la mujer en trabajo de parto.

5.5.5 Durante el trabajo de parto se puede permitir la ingesta de líquidos a la paciente, de acuerdo con sus necesidades; se propiciará la deambulaci3n alternada con reposo en posici3n sentada o de pie, siempre y cuando el establecimiento para la atenci3n m3dica cuente con el espacio suficiente y seguro, respetando la posici3n en que la embarazada se sienta m3s c3moda, en tanto no exista contraindicaci3n m3dica. Si la madre escoge recostarse deber3 recomendarse el dec3bito lateral izquierdo para prevenir hipotensi3n materna y riesgo de hipoxia fetal.

5.5.15 La atenci3n del parto respetuoso con pertinencia cultural se debe promover en los establecimientos para la atenci3n m3dica de segundo nivel de atenci3n, mediante la adecuaci3n de espacios f3sicos, procedimientos de atenci3n, implementos utilizados y permitiendo la elecci3n de la posici3n por parte de la mujer. Esto se debe efectuar de acuerdo con las condiciones cl3nicas de la embarazada y del producto, as3 como de la adecuaci3n de la infraestructura hospitalaria y la capacitaci3n del personal para este tipo de atenci3n. Dicha capacitaci3n debe ser promovida por las instituciones que forman parte del Sistema Nacional de Salud, en los lugares donde es culturalmente utilizado y aceptado. (15)

Atenci3n durante el puerperio

5.6.1.3 Inicio de la lactancia materna exclusiva a libre demanda dentro de los primeros 30 minutos de vida de la persona reci3n nacida, en mujeres y reci3n nacidas/os cuyas condiciones de salud lo permitan.

5.6.1.4 En las primeras ocho horas, favorecer la deambulaci3n, alimentaci3n normal e hidrataci3n. (15)

En la norma oficial mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la pr3ctica de enfermer3a en el Sistema Nacional de Salud, menciona:

6.5. La prestaci3n de servicios de enfermer3a con predominio de acciones independientes derivadas de la aplicaci3n del proceso de atenci3n de enfermer3a en los servicios especializados de la atenci3n a la salud, corresponde al personal de enfermer3a con estudios de posgrado en un 3rea espec3fica de la pr3ctica profesional, debido a que cuenta con los conocimientos necesarios para desarrollar un plan de intervenciones independientes que pueda valorar, ejecutar y evaluar proporcionando cuidados de alta complejidad que se deriven del plan terap3utico interdisciplinario. Su 3mbito de aplicaci3n son unidades hospitalarias o comunitarias. Aplica modelos tendientes a incrementar la

calidad del cuidado, promueve la utilización de modelos y técnicas innovadoras en su especialidad, así como la investigación de su práctica y la aplicación de hallazgos, incluyendo relaciones o colaboraciones interdisciplinarias o multidisciplinarias con profesiones vinculadas a la práctica de enfermería o a un tema o área de investigación aplicada. Su función sustantiva es la asistencial y las adjetivas son las docentes, de administración y de colaboración en proyectos de investigación. (16)

Consentimiento Informado

El Consentimiento Informado es una de las aportaciones más importantes de la ciencia jurídica a la medicina y es considerado como un derecho humano fundamental, es la mejor expresión del derecho a la libertad personal, a decidir por sí mismo en lo pertinente a la propia persona, a la propia vida y en consecuencia de la disposición sobre el cuerpo propio. Se entiende por tanto que es consecuencia necesaria de los derechos a la vida, a la integridad física y a la libertad de conciencia.

En el mundo y en México el vínculo médico-paciente ha evolucionado dejando atrás este carácter imperativo, cediendo a una nueva forma que constituye y conforma un verdadero acto jurídico; por lo tanto, la autonomía en los últimos años ha desplazado a la beneficencia. Según Pellegrino “la autonomía es la capacidad de autogobierno, una cualidad inherente a los seres racionales, que les permite elegir y actuar de forma razonada a partir de una apreciación personal de las futuras posibilidades, evaluadas según sus propios sistemas de valores”.

El Consentimiento Informado se sustenta en el principio de autonomía del paciente y el correlativo deber de los médicos de respetar dichas decisiones, aunque puedan resultar perjudiciales desde el punto de vista médico.

Son necesarios tres requisitos básicos para que sea válido:

1. Libertad de decisión.
2. Explicación suficiente.
3. Competencia para decidir.

La información que brinde el médico debe adecuarse a las condiciones culturales y sociales, edad y estado físico del paciente; ser proporcionada de manera inteligible con un mínimo de términos técnicos, considerar al paciente como un lego en la materia que debe ser instruido, que le permita hacerse una idea de su situación y de las distintas alternativas que puede adoptar, entre las que se encuentra la no intervención, así como los riesgos asociados a cada una de ellas.

El contenido mínimo de la información, previo al consentimiento, deberá consistir en la “finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias”; por lo tanto ha de versar sobre: las consecuencias relevantes o de importancia en la intervención, los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente; los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionadas con el tipo de intervención y las contraindicaciones. Referirse tanto al diagnóstico como al pronóstico e incluso los medios con los que cuenta el centro hospitalario donde se atiende. (17)

2.6 Riesgos y Daños a la Salud

El ámbito de la asistencia a la reproducción (embarazo, parto y puerperio) por parte de la llamada medicina occidental o biomedicina es relativamente reciente debido a que anteriormente el parto no era considerado un evento patológico y se relegaba a un plano “natural” y de mujeres. Era la “comadre” o “partera” la encargada de llevar el control del embarazo, asistir y ayudar a parir, así como proporcionar los cuidados al binomio los siguientes 40 días al nacimiento. (18)

Es una escena exclusiva de mujeres, dónde la protagonista es la mujer embarazada, puede estar acompañada de mamá, hermanas, suegra o quien ella desee o lo establezca su cultura; sin embargo, el hombre regularmente queda excluido hasta el momento donde es informado del nacimiento.

Y aunque lo anterior podría ser considerado un parto ideal para muchas mujeres en la actualidad, siendo una oportunidad para incluir a su pareja o personas más allegadas a ella; es cierto que también implica riesgos, pues se corre el riesgo de que en cualquier momento surja alguna complicación que comprometa la vida de algún integrante del binomio.

La mayoría de los aproximadamente 140 millones de nacimientos que ocurren a nivel mundial cada año se dan en mujeres que no presentan factores de riesgo de tener complicaciones para ellas ni para sus bebés, al comienzo y durante el trabajo de parto. Sin embargo, el momento del nacimiento es crítico para la sobrevivencia de las mujeres y los bebés, ya que el riesgo de morbilidad puede aumentar considerablemente si surgen complicaciones. (2)

Debido a lo anterior el parto se ha ido medicalizando con el objetivo de disminuir los riesgos al binomio durante el trabajo de parto, parto y puerperio, sin embargo, aunado a este objetivo se ha perdido el valor del contexto deseado por la mujer en ese momento tan importante en su vida; pues para el personal de salud es un proceso fisiológico hasta determinado momento pero para la mujer es un cambio trascendente, el cual no cambia ante sus ojos incluso en circunstancias de riesgo.

De acuerdo con las metas establecidas en el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3: garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, y la nueva Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016–2030), la agenda mundial está ampliando su enfoque con el fin de garantizar que las mujeres y los bebés no solo sobrevivan a las complicaciones del parto (si ocurrieran) sino también que se desarrollen y alcancen su potencial de salud y vida. (2)

Entonces, la atención a la mujer durante la jornada obstétrica, parto y puerperio son fundamentales para disminuir las tasas de morbilidad materna, quedando de lado el panorama planteado en un principio y convirtiéndose en una rutina dónde la mujer acude a un lugar desconocido, se le separa de sus seres queridos, se despoja de sus pertenencias que conforman su identidad e integridad otorgándole una bata incomoda, rodeándose de personas extrañas que le hacen la misma pregunta una y otra vez. Lo que puede llegar a generar un estado de tensión quedando como un recuerdo en aquella

mujer que será compartido con otras personas generando predisposiciones a futuros eventos.

Debido a lo ya mencionado la OMS nos da la definición de experiencia de parto positivo como la experiencia que cumple o supera las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de la mujer. Esto incluye dar a luz a un bebé sano en un ambiente seguro desde el punto de vista clínico y psicológico y contar con apoyo práctico y emocional continuo, es decir, estar acompañada en el momento del nacimiento y ser asistida por personal amable y con competencias y técnicas adecuadas. Se basa en la premisa de que la mayoría de las mujeres desean tener un trabajo de parto y nacimiento fisiológicos y alcanzar un sentido de logro y control personales a través de la participación en la toma de decisiones, inclusive cuando se requieren o desean intervenciones médicas. (2)

Lo que es posible lograr si se logra hacer un equipo conformado por el personal de salud y la mujer en trabajo de parto, lo cual requiere de una comunicación efectiva en un lenguaje que ambas partes logren comprender para poder realizar las intervenciones necesarias y de manera oportuna en común colaboración, es decir, todo el equipo contará con una mentalidad abierta a posibilidades que permitan el autocuidado de la mujer con valoraciones continuas que permitan identificar riesgos y se posibilite la toma de decisiones en conjunto para beneficio del binomio.

Para lograrlo es necesario entonces hacer mención del apoyo básico que otorga la psicoprofilaxis obstétrica (PPO) definiéndose como la preparación integral, teórica, física y psicoafectiva, que se brinda durante la gestación, parto y/o postparto para alcanzar una jornada obstétrica en las mejores condiciones saludables y positivas en la madre y su bebé(s), forjándoles una experiencia satisfactoria y feliz; también fortalece la participación y rol activo del padre. (19)

Es importante resaltar que de acuerdo con el momento de aplicación será su definición; en este caso se abordará psicoprofilaxis de emergencia (PPO-EM), el cual se define como la preparación brindada a la gestante faltando pocos días para la fecha probable de parto, o la que se ofrece a la parturienta durante su labor de parto. Busca esencialmente la colaboración y participación de la gestante/parturienta para un mejor control emocional. La principal herramienta de la psicoprofilaxis de emergencia proviene de la escuela soviética (mapa mental 1) ya que busca el “automatismo de la respuesta condicionada” para facilitar una mejor actitud, rol activo y experiencia obstétrica en la madre. (19)

Sumado a lo anterior y abordado por la escuela soviética, se encuentra la asociación dolor y parto, señalando que el dolor puede ser registrado por estímulos de elevada intensidad, pero también estímulos interoceptivos (cuadro 4) indoloros que pueden tornarse dolorosos si el estado de la corteza se encuentra fatigada e incapaz de producir inhibición. Por lo que se consideran factores predisponentes el temor, el cansancio y el desconocimiento del proceso, siendo imposible inhibir los estímulos interoceptivos del útero; además del vínculo condicionado entre el dolor y parto por lecturas o relatos previos; así como la pasividad de la corteza, ligada a la inactividad de la mujer en trabajo de parto. (20)

De tal forma, los beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica serán múltiples al abarcar una educación general o psicológica que suprimirá temores y supersticiones, además de permitirnos conocer el contexto en el que se desarrolla la mujer embarazada; también se aborda el área cognitiva que les permitirá conocer el proceso fisiológico del parto y la no inevitabilidad del dolor; finalmente se trabajara el aspecto físico donde se hace uso de los medios a poner en práctica para acelerar el parto de manera natural y suprimir obstáculos en el trabajo del útero, conocidos como recursos psicoprofilácticos, a fin de desterrar el vínculo dolor-parto aprendiendo la mujer que el éxito depende de su participación activa, logrando ejercer su autocuidado.

Cuando la mujer se encuentra activa durante su jornada obstétrica se mantiene atenta, por lo que activan numerosos focos de actividad cortical, rodeadas de zonas de inhibición bloqueando las sensaciones internas provenientes del útero haciéndolas perder el carácter doloroso.(20)

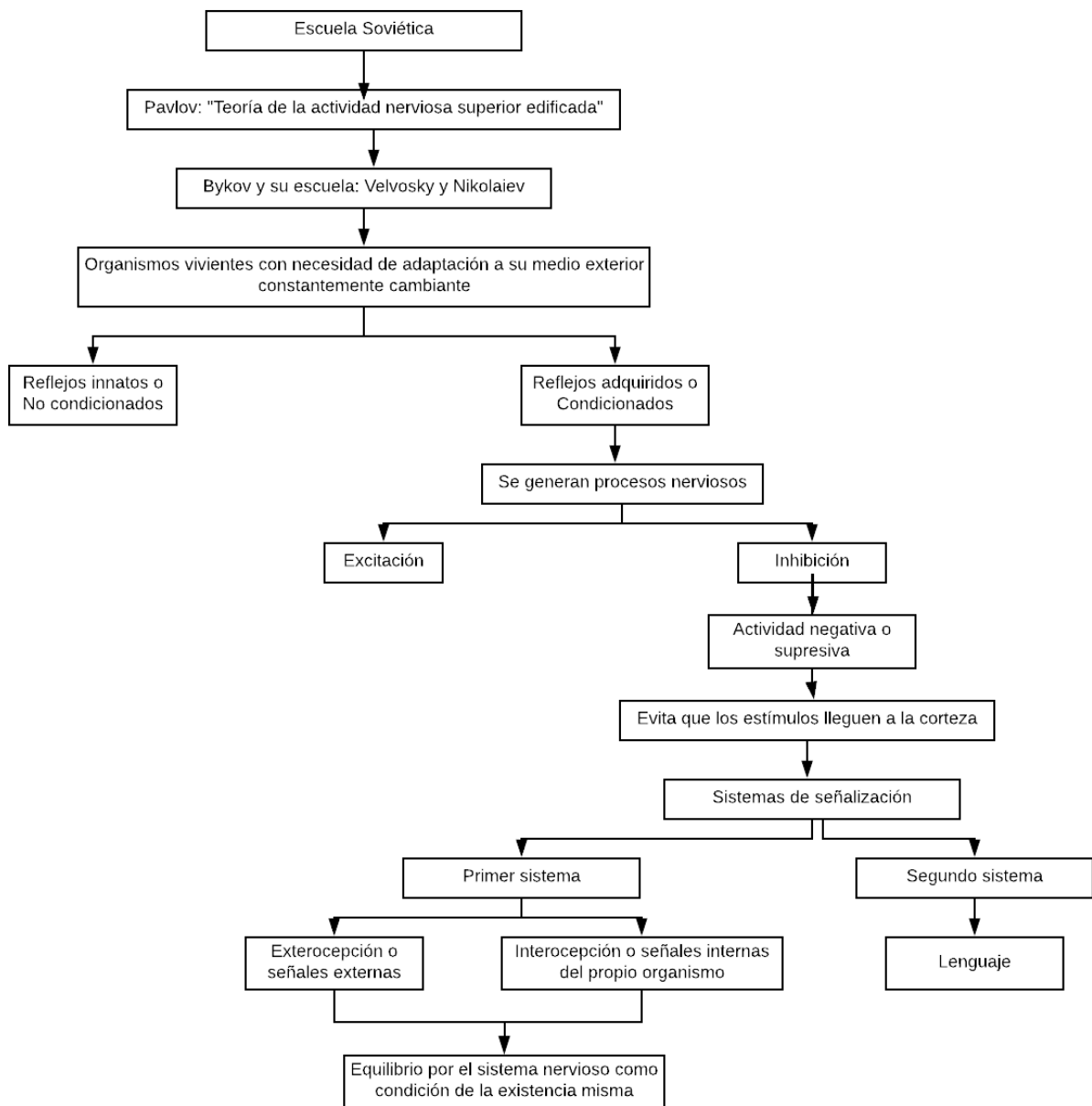
Entonces, en el período de dilatación la respiración se vuelve un reflejo condicionado, vinculado a la contracción uterina, por lo que se considera un momento adecuado para intervenir con técnicas de respiración. La respiración es un proceso autorregulatorio que permite la actividad metabólica del organismo. Mediante el intercambio de gases se produce tanto el aporte de oxígeno necesario para las funciones celulares, como la expulsión de los que se generan en dicha combustión. (21)

El ritmo en la actividad respiratoria y el volumen de esta dependen de la actividad del organismo, pero, al mismo tiempo, los distintos patrones de respiración pueden modificarla sustancialmente. (22) La respiración es una función vital semivoluntaria; se pueden modificar el número de respiraciones por minuto y la duración de la inspiración y de la espiración, para conseguir una buena oxigenación y, a la vez, una buena relajación. Los ritmos de inspiración y de espiración se relacionan con estados de ansiedad-agresividad o de calma-reposo. La sensación de calma reposo se fomenta prolongando la espiración. (23)

La gestante al tomar conciencia de su respiración, y ésta sea dentro de un ritmo natural, más lenta, profunda y de forma rítmica, ayuda a que el bebé adquiera una buena oxigenación, al mismo tiempo que la mujer se relaja. (21)

El embarazo y el parto son procesos que requieren una actitud activa y relajada. Como contribución al mantenimiento del equilibrio del sistema nervioso se enseña la relajación muscular la cual se puede llevar a cabo con distintos métodos; por ejemplo, técnicas o métodos con origen del Occidente, como es el caso del entrenamiento autógeno de Schultz, la relajación progresiva de Jacobson y la sofrología que surgió por el psiquiatra Alfonso Caycedo alrededor de 1960. (21)

A demás, la OMS recomienda técnicas manuales, como masajes o aplicación de compresas tibias, para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer. (2)



Mapa mental 1. Escuela soviética. Elaboró: L.E.O. Cindy Frausto
Fuente: Gavensky, R. Parto sin temor y parto sin dolor. 1984.

Características de los reflejos	
Reflejos innatos o no condicionados	Reflejos adquiridos o condicionados
<ul style="list-style-type: none"> • Reflejos organizados • Transmitidos por herencia • Permiten la continuidad de la especie 	<ul style="list-style-type: none"> • Temporarios • No hereditarios • Peculiares de cada individuo • Razón fisiológica de la educación y aprendizaje • Debe existir una situación que desarrolle el reflejo

Cuadro 4. Características de los reflejos condicionados y no condicionados. Elaboró: L.E.O Cindy Frausto. Fuente: Gavensky, R. Parto sin temor y parto sin dolor. 1984.

La termoterapia se define como todos los agentes físicos que son capaces de transferir energía en forma de calor para aumentar la temperatura de los tejidos con efecto terapéutico. En la termoterapia superficial se emplean agentes fisioterapéuticos que buscan un calentamiento intenso de los tejidos superficiales y un calentamiento de leve a moderado de los tejidos de mayor profundidad. (24)

Según su profundidad de acción se clasifican en:

Superficiales: Cuerpos sólidos, líquidos, semilíquidos y radiación infrarroja.

Profundos: Corriente de alta frecuencia y ultrasonidos.

Cuando se hace uso de envolturas o compresas secas, se clasifica de acuerdo con la modalidad de termoterapia como superficial y por agente termoterápico es por conducción. Es importante recordar que la conducción es un mecanismo de intercambio de energía térmica entre dos superficies de contacto, basado en el traslado de energía por medio del movimiento y la cohesión entre átomos en un medio material sin movimiento. Cuando se hace uso de agentes termoterápicos conductivos, deben estar en contacto con la piel, procurando usar medios envolventes materiales de buena conductividad térmica. (25)

De los efectos terapéuticos obtenidos se encuentran efectos analgésicos, efecto relajante muscular, efectos antiespasmódicos, aumento de la extensibilidad del tejido conectivo y disminución de la rigidez articular.

No se debe hacer uso de la termoterapia en personas con trastorno de la sensibilidad por riesgo de quemadura, trastornos circulatorios severos por aumento de demandas metabólicas sin adaptación vascular con riesgo de necrosis isquémica, trastornos hemorrágicos, estados febriles y en región abdominal y pélvica en mujeres embarazadas ya que si el calor aplicado es profundo puede haber riesgo de desprendimiento de placenta. (25-26)

Antes de efectuar cualquier aplicación de calor, se debe examinar la sensibilidad térmica y dolorosa de la zona, dado que la percepción del paciente es la que determina el nivel de seguridad de la intensidad de calor aplicado, teniendo especial cuidado con personas con algún tipo de anestesia.

Las compresas se envolverán en toallas normales que reducen la transferencia térmica a la superficie cutánea, cubriendo la totalidad de la zona a tratar durante 15 a 20 minutos para un efecto antiespasmódico y analgésico. (25)

Otro recurso, al alcance de todos es la masoterapia; actualmente se sabe que el masaje es el arte de tocar como técnica de intervención fisioterapéutica en el manejo del dolor. Aunque se utiliza con diferentes finalidades como la relajación, comodidad a finales de la vida, manejo del dolor o funcionamiento atlético; la meta general es ayudar al cuerpo a alcanzar o aumentar la salud y el bienestar. (27)

Con el masaje, las masas musculares son extendidas longitudinalmente y movidas transversalmente mejorando por tanto la circulación intramuscular y rompiendo las posibles adherencias entre las masas musculares, así es como por medio del masaje

terapéutico, las fibras musculares pueden ser extendidas en todas las direcciones. El masaje ofrece la ventaja que puede usarse para elongar los músculos independientemente del límite de extensión de la articulación.

Fisiológicamente, los beneficios que produce el masaje en el organismo son, entre otros: aumento de la temperatura, activación de la circulación, estimulación en la nutrición de los tejidos, disminución de edemas, sedación, relajación muscular, liberador de adherencias y mejora el metabolismo muscular. La acción que ejerce el masaje sobre el organismo depende del carácter de la manipulación y del estímulo del campo receptor; está relacionada fundamentalmente con la fuerza de la presión de las manos del masajista, la duración, el ritmo y tipo de manipulación.

El papel del masaje en la nutrición de los músculos es de suma importancia para la recuperación en la capacidad de trabajo neuromuscular. Este proceso se debe al mejoramiento del metabolismo en los músculos, así como a la acetilcolina que eleva la velocidad de transmisión de la excitación nerviosa a las fibras musculares. Los vasos musculares se dilatan por la liberación de histamina, aumentando la temperatura de los tejidos sometidos al masaje, lo cual activa los procesos de glucogenólisis y gluconeogénesis elevando así la velocidad de contracción de los músculos. (28)

El masaje hecho adecuadamente logra relajar los músculos tensionados que ejercen presión sobre los vasos linfáticos, ayudando a la expulsión de histamina y adrenalina, elementos químicos causantes del cansancio muscular. El masaje tiene un efecto calmante selectivo, ya que, al eliminar los desechos de las células, hace que los sistemas venoso y capilar se abran, entrando simultáneamente gran cantidad de oxígeno y nutrientes, que mejorarán ampliamente el estado funcional de los músculos. Con cinco minutos de aplicación de masaje en un grupo muscular, el oxígeno contenido en estos tejidos habrá aumentado de un 10 a un 15 por ciento, y la saturación de los tejidos con sangre rica en oxígeno produce una especie de analgesia natural. (28)

Es importante saber que hay mayor concentración de terminaciones nerviosas en rostro, pies, manos y espalda; además, podemos considerar la piel como un sistema nervioso externo, encargado de asegurar nuestra interacción con el mundo exterior. Por lo tanto, al relajar y tonificar los nervios, el masaje mejora el estado de todos los órganos del cuerpo. (29)

Está contraindicado en la amenaza de parto pretérmino, en situaciones de preeclampsia o eclampsia y en caso de hemorragia vaginal, contracciones o desprendimiento de placenta. No deberá darse masaje en el abdomen por riesgo de desprendimiento de placenta.

En general el masaje está contraindicado en todos los procesos en los que la sensibilidad tisular esté aumentada y que, por su fragilidad, estén expuestos a que el efecto mecánico de las manipulaciones pueda dar lugar a alteraciones o accidentes graves. (30)

En el período de expulsión se detalla a la mujer en jornada obstétrica la forma correcta de pujar, que de acuerdo con la OMS el método para pujar consiste en alentar y asistir a las mujeres en el período expulsivo para que sigan su propia necesidad de pujar. (21,31)

A demás, se pueden realizar ejercicios pasivos que mantendrán activa a la mujer durante el período de expulsión sin favorecer el cansancio, tal es el caso de la esferodinamia o también conocidos como uso de las pelotas de parto definiéndose como un método de trabajo corporal que busca la tonificación muscular, la flexibilidad del cuerpo, la relajación y la conciencia corporal con pelotas gigantes a través del movimiento y la respiración. (32)

Dentro de las ventajas, aunque no todas completamente estudiadas se encuentra facilitar el balanceo, movilidad y relajación de las articulaciones de la región pélvica, ayuda a que las contracciones sean menos dolorosas y más productivas, se puede utilizar a pesar de tener colocado el monitor electrónico, aprovecha la ventaja de la gravedad durante y entre contracciones, puede hacer que el trabajo de parto sea más rápido, es adecuada para las técnicas a utilizar cuando se detiene el progreso, provee apoyo a los músculos pélvicos sin presión innecesaria. (33)

A demás se pueden adoptar posiciones antálgicas que promueven la rotación de la persona no nacida cuando se encuentra en posición posterior, así como su descenso, ayuda a aliviar el dolor en la región lumbar, disminuye el esfuerzo que requieren las muñecas y palmas de las manos que resulta de adoptar la posición en cuatro puntos, la cual está recomendada en caso de mujeres con hemorroides. (33)

Aunque estudios no han encontrado diferencia significativa entre grupos control y experimentales, se cree que la esferodinamia tiene beneficios a favor de la protección del periné para no presentar desgarros de tercer o cuarto grado. (33)

A demás de los recursos psicoprofilácticos mencionados, existen otros métodos que se pueden considerar y combinar de acuerdo con la demanda de cada mujer, entre los que se encuentran la musicoterapia, aromaterapia, hidroterapia, visualización, control de sonido y luz del ambiente, así como la ingesta de líquidos y alimentos en mujeres de bajo riesgo. (34)

El enfoque proporcionado por la OMS para experiencia de parto positivo también menciona la evaluación materna de rutina tras el parto, especificando que, durante el puerperio, a todas las mujeres se les debe hacer un examen de rutina de hemorragia vaginal, contracción uterina, altura del fondo uterino, temperatura y frecuencia cardíaca (pulso) durante las primeras 24 horas a partir de la primera hora posterior al parto. La presión arterial debe tomarse poco después del nacimiento. Si la presión es normal, deberá tomarse nuevamente en el plazo de seis horas. La orina se debe documentar en el lapso de seis horas. (2)

Una vez que la valoración durante el puerperio se considera normal, es común proporcionar el alta por mejoría, sin embargo, en el puerperio se pueden presentar complicaciones en la lactancia materna, la cual debe durar preferentemente hasta 2 años o más si madre y bebé lo desean, así como la posibilidad de presentar depresión postparto. Por lo que es importante seguir las indicaciones de la norma 007 y valorar a la mujer a los 15 días del parto y al finalizar el puerperio. (15)

Psicoprofilaxis obstétrico postnatal (PPO-PTN): Es la preparación integral, teórica, física y psicoafectiva, que se brinda después del parto. Por lo general se da durante el período

de puerperio mediato, pudiendo ampliarse hasta los primeros meses del período de lactancia exclusiva. Su finalidad es lograr la recuperación y reincorporación óptima de la madre promoviendo cuidados en su salud sexual y reproductiva. (19)

Aunque es deber de todo el equipo de salud fomentar una experiencia de parto positiva, es la enfermera perinatal quién tiene el perfil para ejecutar los recursos psicoprofilácticos, cuidar de la salud y bienestar del binomio o trinomio en caso de presencia de algún familiar durante la jornada obstétrica y el puerperio bajo valoraciones con enfoque de riesgo , así como fomentar el autocuidado basado en la toma de decisiones de la mujer previa información con uso de palabras que puedan ser comprendidas.

Capítulo III. Metodología

3.1 Estrategia de investigación

El estudio de caso es la investigación empírica de un fenómeno del cual se desea aprender dentro de su contexto real cotidiano. El estudio de caso es especialmente útil cuando los límites o bordes entre fenómenos y contexto no son del todo evidentes, por lo cual se requieren múltiples fuentes de evidencia.

En un estudio de caso, un investigador conoce una realidad, un caso, acercándose a esa realidad según conveniencia o siendo informado off-line desde ella, independientemente de si se sigue una postura positivista o interpretativa. Al final emite un informe conocido coloquialmente como “el caso”. Los estudios de casos presentan diversas variaciones dependiendo de las siguientes variables:

- Cantidad de casos (simple o múltiple).
- Unidades de análisis (holístico o detallado).
- Objetivo de la investigación (descriptiva, demostrativa, generativa).
- Temporalidad (diacrónica, sincrónica). (35)

Su mayor fortaleza radica, en que a través de este se puede registrar y describir la conducta de las personas involucradas en el fenómeno estudiado, mientras que los métodos cuantitativos sólo se centran en información verbal obtenida a través de cuestionarios. En un estudio de caso los datos pueden ser obtenidos desde una variedad de fuentes, tanto cualitativas como cuantitativas esto es, documentos, registros de archivos, entrevistas directas, observación directa, observación de los participantes e instalaciones u objetos físicos, aunque los resultados dependerán del paradigma en que se ubique la investigación.

Al hacer la selección se deben considerar criterios tales como:

- Acceso a las instituciones.
- Relaciones personales con los miembros de las instituciones que faciliten de alguna manera el desarrollo del estudio.
- Obtención de la información, a través de documentos y entrevistas con los participantes o informantes. (35)

Actualmente el sistema sanitario permanece anclado en el paradigma biomédico; una forma de contribuir en la transición de la práctica enfermera hacia un paradigma holístico cuyo objetivo sea situar al paciente en el centro de la atención y que promueva cuidados individualizados que atiendan las necesidades particulares de cada persona, es considerar y promover al mismo nivel los cuidados dirigidos al plano físico, emocional, social y espiritual de la persona, incluyendo los “cuidados invisibles”. (36)

Cuando hablamos de cuidado invisible, nos referimos a aquellas acciones profesionales y autónomas de cuidado enfermero que en su mayoría resultan intangibles pero que contribuyen al bienestar y mejoría de las personas tanto o más que las acciones técnicas y delegadas dirigidas al plano únicamente físico de la persona. Está compuesto por el

fomento del autocuidado, relación de confianza - seguridad, apoyo emocional, tacto - escucha, confort, ética, respeto y presencia cuidadora.

La enfermera debe desarrollar autocuidados a nivel personal para después cuidar a otros y promocionar en ellos la salud y la conciencia personal. La reflexión sobre las propias experiencias, la práctica realizada, la observación de las personas atendidas y la confrontación con vivencias de otras personas favorecen el crecimiento personal y el descubrimiento de los recursos ocultos del individuo en conflicto. De esta forma, la integración de los autocuidados, la responsabilidad y la reflexión ayudan a la enfermera a comprender al paciente como una persona compleja que está en relación con su red social y familiar.

El estudio de caso consiste básicamente en referir una situación real tomada en su contexto y en analizarla para ver cómo se manifiestan y evolucionan los fenómenos por los que está interesado el investigador. El caso es relevante en función de su potencial para explicar un fenómeno más general, donde el peso del contexto es determinante. Esta es la razón por la que tiene un especial interés en el campo de la enfermería, ya que uno de los elementos que integran el metaparadigma enfermero es el entorno y sus afectaciones en el proceso salud-enfermedad.(36)

El estudio de caso es un método útil para comunicar experiencias de la práctica asistencial, analizar diferentes situaciones clínicas, identificar puntos fuertes y débiles de la relación de cuidado establecida por la enfermera y plantear soluciones y estrategias para mejorarla; además facilita la instrucción de estudiantes de grado y posgrado. (36)

3.2 Selección del caso y fuentes de información

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

La selección de la persona se realizó en el área de cuartos combinados del Hospital Militar de Especialidades de la Mujer y Neonatología, solicitando a través del consentimiento informado la autorización para su participación, haciendo de su conocimiento el retiro voluntario en el momento deseado sin repercusiones en la atención durante su estancia hospitalaria.

Se realizo la primera valoración exhaustiva, que consto de interrogatorio y exploración física, la obtención de datos fue a través de fuente directa, la persona e indirecta, el expediente clínico; se realizó la jerarquización de los requisitos universales de autocuidado alterados, se diseñaron cuadros de diagnósticos basados en el formato PES, se realizaron prescripciones de cuidados, se procede a la ejecución de tratamiento regulador y se realizó el control de casos; durante la rotación se efectuaron 4 valoraciones focalizadas y un plan de alta.

Durante el desarrollo de la relación enfermera-persona, se le proporcionó el número telefónico abierto las 24 horas del día para resolución de dudas que se pudieran presentar durante la etapa de puerperio en cuanto al cuidado del binomio y la interacción familiar por los nuevos roles y actividades a desarrollar.

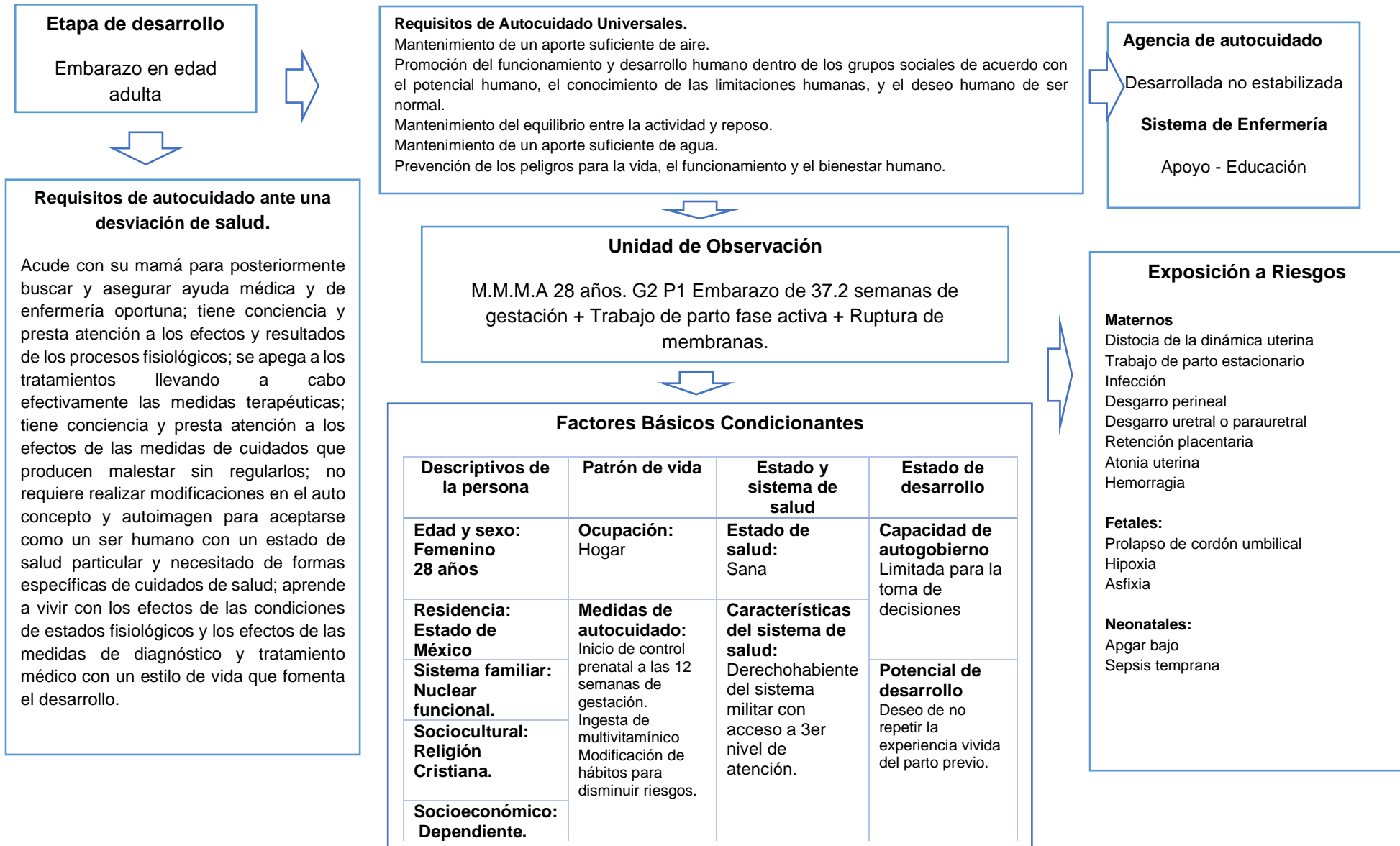
Capítulo IV. Descripción genérica y presentación del caso

4.1 Descripción del caso

	11/10/2017	12/10/2017	13/10/2017	17/11/2017
Elección de paciente	HMEMN			
Autorización mediante consentimiento informado	HMEMN			
Aplicación del instrumento de valoración perinatal	HMEMN			
Análisis del instrumento de valoración perinatal	HMEMN			
Elaboración de esquema metodológico	HMEMN			
Elaboración de cuadros de diagnóstico	HMEMN			
1er valoración focalizada. Período expulsivo	HMEMN			
2da valoración focalizada. Puerperio inmediato		HMEMN		
3era valoración focalizada. Puerperio mediato			HMEMN	
4ta valoración focalizada. Puerperio tardío				HMEMN
Solicitud de comentario al usuario				HMEMN

HMEMN – Hospital Militar de Especialidades de la Mujer y Neonatología

4.2 Esquema metodológico



Requisitos de autocuidado ante una desviación de salud.

Acude con su mamá para posteriormente buscar y asegurar ayuda médica y de enfermería oportuna; tiene conciencia y presta atención a los efectos y resultados de los procesos fisiológicos; se apega a los tratamientos llevando a cabo efectivamente las medidas terapéuticas; tiene conciencia y presta atención a los efectos de las medidas de cuidados que producen malestar sin regularlos; no requiere realizar modificaciones en 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 a vivir con los efectos de las condiciones de estados fisiológicos y los efectos de las medidas de diagnóstico y tratamiento médico con un estilo de vida que fomenta el desarrollo.

Requisitos de Autocuidado Universales.
 Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
 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.
 Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo.
 Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
 Prevención de los peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

Unidad de Observación

M.M.M.A 28 años. G2 P1 Embarazo de 37.2 semanas de gestación + Trabajo de parto fase activa + Ruptura de membranas.

Factores Básicos Condicionantes

Descriptivos de la persona	Patrón de vida	Estado y sistema de salud	Estado de desarrollo
Edad y sexo: Femenino 28 años	Ocupación: Hogar	Estado de salud: Sana	Capacidad de autogobierno Limitada para la toma de decisiones
Residencia: Estado de México	Medidas de autocuidado: Inicio de control prenatal a las 12 semanas de gestación. Ingesta de multivitamínico Modificación de hábitos para disminuir riesgos.	Características del sistema de salud: Derechohabiente del sistema militar con acceso a 3er nivel de atención.	
Sistema familiar: Nuclear funcional.			Potencial de desarrollo Deseo de no repetir la experiencia vivida del parto previo.
Sociocultural: Religión Cristiana.			
Socioeconómico: Dependiente.			

Exposición a Riesgos

Maternos
 Distocia de la dinámica uterina
 Trabajo de parto estacionario
 Infección
 Desgarro perineal
 Desgarro uretral o parauretral
 Retención placentaria
 Atonia uterina
 Hemorragia

Fetales:
 Prolapso de cordón umbilical
 Hipoxia
 Asfixia

Neonatales:
 Apgar bajo
 Sepsis temprana

Capítulo V. Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería

Análisis de valoración perinatal

Fecha: 11-10-2017 Hora: 20:00 horas Lugar: Servicio de Cuartos Combinados del Hospital Militar de Especialidades de la Mujer y Neonatología por LEO Frausto Reyes Cindy.

1. Factores Básicos Condicionantes Descriptivos

Maya Martínez María de los Ángeles con fecha de nacimiento 02-08-1989, 28 años de edad, grupo y Rh o(+), casada. Desconoce peso al inicio del embarazo, el peso actual es de 67.500 kg. y talla de 1.63m. Diagnóstico de ingreso: Embarazo de 37.2 semanas de gestación * Trabajo de parto fase activa + Ruptura de membranas. Ingresada para libre evolución.

1.1 Factores Ambientales

Refiere habitar casa propia en área geográfica suburbana, vivienda con las siguientes características: cuenta con servicios intra y extra domiciliarios excepto línea telefónica local. Ventilada, piso de cemento, losa. Flora: 1 bugambilia, 1 jeranio y 2 enredaderas. Segundo piso lo rentan, inquilinos con 1 gato, se desconoce si está vacunado. Zona a la periferia de la casa alumbrada y poco recurrida.

1.2 Factores del Sistema Familiar

Familia Nuclear por 3 integrantes, ocupa el segundo lugar por edad, desempeña el rol madre-esposa, realizan diferentes actividades recreativas fuera de casa por lo menos 2 veces al mes, el sustento familiar es su esposo de 30 años con Licenciatura en ciencias militares con grado de subteniente.

1.3 Factores Socioculturales y Socioeconómicos

Nación en el Estado de México, reside en el Municipio de Acolma, escolaridad secundaria, actualmente se dedica al hogar y profesa religión Cristiana, el ingreso familiar es suficiente.

1.4 Factores del Patrón de vida

Se dedica al hogar, al enterarse de su embarazo decide dejar de laborar en local propio por traslado inseguro a su hogar, se mantiene en lugares seguros. El embarazo no es planeado, sí es deseado.

1.5 Factores del Estado de Salud y del Sistema de Salud

Estado de salud sano, derechohabiente del instituto de seguridad social de las fuerzas armadas mexicanas, asiste a la unidad de manera subsecuente, acude a control prenatal, cuenta con estudios de laboratorio y ultrasonidos proporcionados por el hospital militar de especialidades de la mujer y neonatología; se percibe sana.

1.6 Factores Básicos Condicionantes del Estado de Desarrollo

Capacidad de autogobierno limitada por factores negativos como distancia prolongada a escalón sanitario y Hospital Militar de Especialidades de la Mujer y Neonatología, económicamente dependiente de su esposo y escolaridad nivel secundaria. Posee capacidad de identificar y responder a problemas mediante la red de apoyo familiar lo que favorece el potencial de desarrollo.

2. Requisito de Autocuidado según la Etapa de Desarrollo

Etapa de Desarrollo: Embarazo en la Edad Adulta.

2.1 Antecedentes Gineco-Obstétricos

Menarca, pubarca y telarca a los 13 años, Ritmo catamenial 31x8, MPF ninguno IVSA 19 años, NPS 1, PAP nunca realizado.

Embarazo anterior

06-01-2011 Masculino de 38.6 SDG 3000g 49cm vive, sano. Parto inducido sin complicaciones y lactancia materna mixta hasta los 8 meses de edad, presentó pezones agrietados.

Embarazo actual

Inicia control prenatal a las 12 semanas de gestación, acudiendo a 8 consultas. Cuenta con 4 ultrasonidos donde el primero esta fuera del rango para indicación del primer y segundo ultrasonido. El resto corresponde a la indicación del 3er ultrasonido (posterior a 28 semanas de gestación). Durante el embarazo cursa con dolor tipo cólico, se descarta amenaza de aborto, la sintomatología revierte con reposo relativo. A las 30 semanas cursa con anemia de 9.3 g/dl que revierte con fumarato ferroso.

3. Requisitos de Autocuidado ante una Desviación de la Salud

3.1 Acude al servicio de Urgencias acompañada de su mamá por dolor en zona lumbar que se irradia hacia abdomen; es valorada y se decide su ingreso a cuartos combinados con el diagnóstico de trabajo de parto fase activa con plan de libre evolución.

3.2 Mecanismos de adaptación

Uso previo de mecanismos de adaptación: Regresión, identificación, introyección, proyección y sobrecompensación.

Repertorio actual de mecanismos de adaptación principalmente de identificación y regresión.

Factores concomitantes de estrés psicológico debido a continuo distanciamiento con su esposo por cuestiones laborales de él.

3.3 Cumplimiento de los Requisitos de Autocuidado

Acude con su mamá al identificar contracciones uterinas dolorosas para posteriormente buscar y asegurar ayuda médica y de enfermería oportuna; tiene conciencia y presta atención a los efectos y resultados de los procesos fisiológicos; se apega a los tratamientos llevando a cabo efectivamente las medidas terapéuticas; tiene conciencia y presta atención a los efectos de las medidas de cuidados que producen malestar sin regularlos; no requiere realizar modificaciones en 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 a vivir con los efectos de las condiciones de estados fisiológicos y los efectos de las medidas de diagnóstico y tratamiento médico con un estilo de vida que fomenta el desarrollo.

3.4 Historias Previas de Desviación a la Salud

Hermana viva con cáncer en la piel, resto de enfermedades crónico degenerativo negadas. Cirugías, transfusiones, alergias, fracturas y toxicomanías interrogadas y negadas.

4. Requisitos Universales de Autocuidado.

Mantenimiento de un aporte suficiente de aire

Aspectos relacionados con la calidad y la cantidad.

Niega enfermedades respiratorias, dificultad para respirar, uso de técnicas para mejorar su respiración y ser fumadora activa o pasiva. Desconoce técnicas de respiración para el primer y segundo período del trabajo de parto.

Aspectos relacionados con la estructura y función

A la exploración se observa paciente hiperventilando, movimientos toraco-abdominales sincronizados, ausencia de aleteo nasal, retracción xifoidea y tiraje intercostal; piel de cara anterior y posterior del tórax integra, mamas flácidas sin lactopoyesis presente, ambos pezones formados sin abscesos ni dolor a la palpación. Se auscultan campos pulmonares ventilados, sin ruidos respiratorios agregados. Se observa ligera palidez de tegumentos y se palpan pulsos periféricos rítmicos con adecuada intensidad. TA 100/70mmHg Frecuencia cardíaca 86x' Frecuencia respiratoria 19x' Temperatura 36.7°C.

Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.

Aspectos relacionados con la calidad y cantidad.

Refiere consumir 2 litros aproximadamente de agua natural diario. Desconoce la importancia de la calidad y cantidad de los líquidos que debe ingerir durante el embarazo y puerperio, así como las complicaciones por no consumirlos. Actualmente se mantiene con restricción de líquidos vía oral por ruptura de membranas: manifiesta sensación de sed moderada.

Aspectos relacionados con la estructura y función

Durante la exploración se observan mucosas orales semi-hidratadas y piel hidratada.

Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos

Aspectos relacionados con la calidad y cantidad

Dieta normal, niega alergias a alimentos, le agradan las verduras y desagrada el pollo. Toma ácido fólico y fumarato ferroso. Sensación de reflujo gastroesofágico. Durante la semana refiere consumir las siguientes raciones: Res:1 Pollo: 1 Huevo: 3 Verduras:7 Frutas:7 Bolillo: 1 Tortilla: 7 Pasta: 2 Leguminosas: 6 Lácteos: 7 Azúcar: 7 Yogurt: 1 Semillas: 7 Embutidos: 0 Galletas: 0 Grasas:7

Desayuno: 1 vaso de leche (250ml), 1 huevo con frijoles, 2 tortillas y 1 gelatina. Comida: 1 ración de arroz, 1 filete empanizado con frijoles y verduras hervidas, 1 vaso de agua de Jamaica (250ml), ½ bolillo, 1 manzana y 1 vaso de agua natural (250ml). Cena: 1 vaso de leche (250ml) y ½ bolillo con una cucharada cafetera de mermelada de fresa. Actualmente la ingesta del último alimento fue a las 11:00 horas, se mantiene en ayuno.

Aspectos relacionados con la estructura y función

A la exploración se observa dentadura completa, caries en primer molar, halitosis y deglute sin dificultad.

Provisión de Cuidados Asociados con los Procesos de Eliminación y Excrementos

Aspectos relacionados con la calidad y cantidad

Niega enfermedad renal, refiere miccionar aproximadamente 5 veces al día, orina clara y disuria ocasional. Última micción 10:00 horas. Desconoce padecer enfermedad crónica intestinal, refiere evacuar 2 veces al día, heces formadas sin alguna característica adicional. Última evacuación 10-10-2017.

Aspectos relacionados con la estructura y función

A la exploración Giordano no valorable, ruidos peristálticos presentes, apariencia de la piel abdominal hidratada con estrías blancas. Durante su estancia en cuartos combinados presenta 1 micción y 1 evacuación.

Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

Aspectos relacionados con la calidad y cantidad

No práctica deporte para dedicar tiempo a su hijo, desconoce los ejercicios que se pueden realizar durante el embarazo, el trabajo de parto y el parto. Las actividades que realiza en 24 horas demandan esfuerzo intelectual. Duerme 6 horas, al despertar se siente relajada, sin dificultades para conciliar el sueño. Toma 3 períodos de descanso con duración de 30 minutos cada uno al día. Refiere dolor en los pies por la tarde hasta el final del día. Actualmente no deambula por realización de registro cardiocardiográfico.

Aspectos relacionados con la estructura y función

A la exploración se observa paciente en posición semifowler con expresión facial de dolor, diaforesis, verbaliza dolor lumbar intenso e incomodidad en la posición establecida.

Mantenimiento del equilibrio entre la soledad e interacción social

Aspectos relacionados con la calidad y cantidad

Pertenece a grupo cultural religioso, refiere que la relación con su familia, pareja e hijo es muy buena y con amigos es buena. Se siente tranquila, cuando se siente inmersa en situaciones de estrés reza. Vive cerca de familiares, se siente apoyada y querida por ellos. Actualmente no cuenta con visita familiar ni acompañante pues no acudió al curso de psicoprofilaxis.

Aspectos relacionados con la estructura y función

A la exploración se observa ansiosa, receptiva, comprende indicaciones y coopera para ejecutar las acciones planeadas.

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

Aspectos relacionados con la calidad y cantidad

Inicia control prenatal a las 12 SDG acompañada de su mamá en el escalón sanitario de Santa Lucía y posterior en Hospital Militar de Especialidades de la Mujer y Neonatología, cada cuatro semanas y a partir de la semana 36 cada semana.

A las 15.3 SDG presenta dolor tipo cólico, acude al servicio de urgencias y se descarta amenaza de aborto, revierte con reposo relativo. A las 30.2 sdg presenta anemia asintomática de 9.3g/dl que revierte con fumarato ferroso. Durante el embarazo presenta 3 cuadros de Infección de vías urinarias, no recuerda tratamiento y 2 cuadros de infecciones vaginales tratados con metronidazol óvulos, no cuenta con cultivos vaginales de control. Se aplica primera dosis de Td a las 24 sdg y segunda dosis a las 30 sdg.

Niega realizarse citología vaginal, exploración mamaria, acudir con el dentista y nutriólogo.

Cuenta con los siguientes estudios de laboratorio y gabinete: Ultrasonidos

11/05/2017 Embarazo de 16 sdg, frecuencia cardiaca fetal de 50 latidos por minuto, banda amniótica longitudinal.

07/08/2017 Embarazo de 28.5 sdg, placenta corporal anterior, sin malformaciones estructurales visibles, hueso nasal presente, no reporta translucencia nucal, peso estimado de 262g.

05/09/2017 Embarazo de 34 sdg, placenta fundica corporal posterior, peso estimado de 2289g.

02/10/2017 Embarazo de 37.5 sdg frecuencia cardiaca fetal de 144 latidos por minuto, crecimiento fetal del 83%, ILA de 12.5cm, presentación cefálica, dorso a la derecha, placenta fundica.

Laboratorios del 23/08/2017 BH: hemoglobina 9.30 g/dl, hematocrito 29%, plaquetas 139,000. QS: Glucosa 85mg/dl, Urea 6mg/dl, Creatinina 0.76mg/dl. Urocultivo sin desarrollo bacteriano. VDRL negativo. VIH negativo

Trombosis venosa profunda, amenaza de parto pretérmino, diabetes, hipertensión negados. Automedicación y toxicomanías negadas.

Actualmente se encuentra en cuartos combinados con trabajo de parto fase activa e ingresa para trabajo de parto a libre evolución.

Aspectos relacionados con la estructura y función

Paciente consciente, cooperadora y orientada en sus tres esferas, FUM 23-01-2017 Confiable. FPP 30-10-2017 a la exploración física FU 32cm, peso fetal estimado por regla de Jhonson 3100g +- 200g. Se realizan maniobras de Leopold identificando situación longitudinal, posición derecha, presentación cefálica, altura de la presentación abocado, FCF 156 x'.

Al tacto: cérvix central, reblandecido, borramiento 70% y dilatación 4cm. Puntuación Bishop de 8, pelvis útil, membranas integras abombadas. 21:10 ruptura de membranas, líquido con meconio (++) . Acceso venoso periférico en miembro torácico izquierdo con solución Hartmann 500ml que inicia 18:30 horas. Expresa sentir temor por no saber lo que sucede en su cuerpo durante la jornada obstétrica

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.

Aspectos relacionados con la calidad y cantidad

La limpieza es importante para ella, se lava las manos después de ir al baño y antes de comer, se baña y realiza cambio de ropa diario. Refiere cepillado dental 2 veces al día, con técnica de arriba – abajo y movimientos circulares, así como complemento con hilo dental. Se interroga técnica de aseo perianal la cual se realiza en dirección de atrás hacia adelante. Su religión es de gran importancia, acude al lugar donde profesa su espiritualidad todos los domingos. La intimidad con su pareja durante el embarazo es importante y no debe cambiar.

Refiere temor por experiencia previa de trabajo de parto en diferente unidad de salud, refiere haberse sentido abandonada en una cama y verbaliza haber gritado al personal para llamar su atención y brindaran atención de su parto. Menciona no tomar curso de educación perinatal y lactancia materna.

Aspectos relacionados con la estructura y función

Solicita le realicen oclusión tubaria bilateral por lo que se mantiene en ayuno.

Jerarquización

Requisitos de autocuidado universales alterados	Datos objetivos
Prevención de los peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.	Verbalización de temor. Ansiedad. Hiperventilación (19xmin)
	Conducción del trabajo de parto
Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.	Expresión facial de dolor. Diaforesis. Verbalización de estar incomoda en posición semifowler. Referir dolor lumbar intenso.
Mantenimiento del aporte suficiente de agua.	Sensación de sed moderada. Mucosas orales semi-hidratadas.

Requisito de Autocuidado Universal		Prevención de los peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.	
Operaciones de Diagnóstico		Alteración del bienestar materno r/c desconocimiento sobre el desarrollo de la jornada obstétrica m/p verbalización de temor, ansiedad e hiperventilación (19xmin)	
Objetivo	Enseñar a la usuaria las técnicas de relajación y disociación que puede utilizar durante la jornada obstétrica.		
Sistema de Enfermería	Apoyo - Educación	Método de ayuda	Enseñar a otro / Guiar a otro
Prescripción del cuidado	Tratamiento regulador		Fundamentación Científica.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mantener comunicación efectiva Enfermera – Paciente. ➤ Informar sobre el desarrollo de la jornada obstétrica. ➤ Explicar beneficios de las técnicas de respiración. ➤ Enseñar las técnicas de respiración. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Contar con el consentimiento de la paciente previa información y resolución de dudas para llevar a cabo acciones de acuerdo con la valoración, favoreciendo el vínculo y disminuyendo riesgos. ➤ Se evitará mencionar la palabra “dolor” y se buscaran alternativas como “molestia”, “incomodidad” o “contracción intensa”. ➤ Mencionar las modificaciones del cérvix: en dónde la dilatación es la apertura y debe ser de 10cm y el borramiento es el adelgazamiento y deberá ser del 100%. ➤ Explicar los mecanismos del trabajo de parto realizados por el feto para descender y nacer provocando presión sobre el recto y la sensación de necesidad de evacuar. ➤ Hacer referencia a la actividad uterina la cual alcanzará una frecuencia de 5 contracciones en 10 minutos, duración de 60 segundos y una intensidad de 80mmHg hasta 120mmHg en el período expulsivo, provocando dolor intenso en región lumbar y abdominal. ➤ Informar que la persona no nacida, cordón umbilical y líquido amniótico se encuentran dentro de una bolsa denominada membranas, las cuales al romperse permiten la liberación constante del líquido amniótico y esto se denomina “ruptura de membranas”. Se hará 		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Una comunicación de calidad entre las pacientes y los profesionales responsables de su cuidado influye de manera positiva sobre la percepción del parto. (37) ➤ Al crear vínculo condicionado entre el dolor y el parto imposibilitan la creación de una zona de inhibición capaz de bloquear los estímulos que fluyen desde el útero. ➤ La triple educación; psicológica, pedagógica y física crea un clima de confianza: disipa miedos y dudas, infunde seguridad, proporciona una información amplia y detallada, atiende el bienestar físico y emocional, se esta disponible, muestra comprensión, apoyo y respeto, procura intimidad así como 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.(37) ➤ La respiración es el proceso fisiológico involuntario y automático, mediante el que se extrae oxígeno (O2) del aire inspirado y se elimina dióxido de carbono (CO2) a través del aire espirado. A demás elimina H2O, controla la temperatura y mantiene el equilibrio del ph. (23) ➤ La hiperventilación no solamente es uno de los síntomas de ansiedad más característicos, sino que se trata, al mismo tiempo, de la causa principal en la etiogénesis de los ataques de pánico, debido en gran medida a la hipocapnia y alcalosis

<p>➤ Realizar técnicas de respiración coordinadas con la actividad uterina y revisiones vaginales.</p>	<p>referencia que coloquialmente se conoce como “ruptura de la fuente”.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Comunicar que al alumbramiento de la placenta los niveles hormonales cambian esperando el inicio de la eyección láctea, la cual es fundamental que el neonato ingiera para recibir anticuerpos, comience a evacuar y miccionar para que a su vez disminuyan los factores de riesgo para ictericia neonatal. ➤ Se le explica a M.M.M.A. la duración, frecuencia e intensidad esperada de las contracciones y la posibilidad de controlar la incomodidad sentida mediante la respiración intencionada; además de evitar náuseas, mareo, parestesias, disnea y alcalosis respiratoria por hiperventilación. ➤ Explicar y ejemplificar las siguientes respiraciones: ➤ De limpieza que consiste en una inhalación profunda por la nariz, mantener el aire por 3 segundos y exhalar lentamente por la boca. ➤ Rítmica: Inhalar por la nariz y exhalar lentamente por la boca. ➤ Rítmica modificada: Inhalar por la nariz y exhalar por la boca de forma rápida y continua. ➤ Se menciona a la mujer en trabajo de parto la siguiente secuencia: Realizar respiración de limpieza antes de cada contracción seguida de respiraciones rítmicas al inicio de la contracción continuando con respiración rítmica modifica durante el acmé en caso de que la sensación del dolor sea mayor, regresar a respiración rítmica durante el descenso de la intensidad de la 	<p>producida por el aumento de ventilación y la disminución del nivel de pCO₂. (21)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se asume que la respiración completa, esto es, la que implica la musculatura diafragmática, provoca la activación parasimpática o, lo que es equivalente, favorece la relajación, de manera que el entrenamiento en ciertas pautas respiratorias puede ser un adecuado procedimiento para la reducción de los efectos del estrés y, en general, los trastornos debidos a un exceso de activación. (21) ➤ La reducción de la ansiedad producida por la respiración diafragmática puede entenderse por un incremento en la actividad parasimpática debido a la estimulación del nervio vago, la somnolencia originada por la ejecución de determinados ejercicios de retención respiratoria es una consecuencia de la modificación de los niveles de presión parcial de oxígeno y CO₂, o los beneficios en las propias técnicas de meditación o control mental debidos a la focalización de la atención en las fases del ciclo inspiración-pausa-espирación. (21)
--	---	--

	<p>contracción y terminar con 2 o 3 respiraciones de limpieza de acuerdo con el nivel de estrés observado.</p>	
<p>Control de casos</p>	<p>La paciente realizó respiraciones de limpieza antes y después de las contracciones; respiraciones rítmicas durante las contracciones observándose control del dolor y ausencia de hiperventilación, la usuaria manifestó sensación de mejora. Se muestra atenta ante las explicaciones, es capaz de identificar lo que sucede durante su jornada obstétrica, el temor y la ansiedad se remiten y la comunicación Enfermera – Paciente es efectiva durante su estancia en el servicio.</p>	

Requisito de Autocuidado Universal		Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.	
Operaciones de Diagnóstico		Alteración del confort materno r/c trabajo de parto fase activa m/p expresión facial de dolor, diaforesis, verbalización de estar incomoda en posición semifowler y referir dolor lumbar intenso.	
Objetivo	Favorecer el confort durante la jornada obstétrica a través de métodos no farmacológicos.		
Sistema de Enfermería	Apoyo – Educación / Parcialmente compensatorio	Método de ayuda	Enseñar a otro / Guiar a otro / Actuar por otro
Prescripción del cuidado	Tratamiento regulador	Fundamentación Científica.	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Proporcionar información sobre los recursos psicoprofilácticos y sus beneficios. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Deambulación: Se realiza en la unidad en la que se encuentra, siempre acompañada de la enfermera perinatal. ➤ Esferodinamia: Realizará movimientos con su pelvis para favorecer el borramiento, dilatación y descenso de la presentación. ➤ Hidroterapia: Consta de meterse a la regadera con agua caliente tolerable al tacto, haciendo énfasis en el golpeteo del agua en la región lumbar. ➤ Ejecución de las técnicas de respiración. ➤ Aromaterapia: Elegir un aroma que le agrade durante el primer período del trabajo de parto. ➤ Intensidad de la luz: Manejar la intensidad de la luz del ambiente para disminuir factores externos estresantes y favorecer el confort. ➤ Masoterapia: Realizar masaje con presión superficial o profunda en círculos para región de hombros; y de arriba – abajo y de un lado a otro en zona lumbar. ➤ Termoterapia: Uso de cojines de semillas en región lumbar. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se recomienda que las embarazadas en trabajo de parto sean tratadas con el máximo respeto y calidez, dispongan de toda la información acerca de sus opciones y estén implicadas en la toma de decisiones.(37) ➤ Las mujeres que reciben apoyo continuo profesional durante el trabajo de parto tienen mayor probabilidad de parto vaginal espontáneo y menor probabilidad de: <ol style="list-style-type: none"> 1. Recibir analgesia regional 2. Tener un parto vaginal instrumental 3. Tener un parto por cesárea 4. Informar insatisfacción con la experiencia de parto (34) <p>La relajación tiene tres objetivos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prevención, para proteger a los órganos del cuerpo de un desgaste innecesario. 2. Tratamiento, para facilitar el alivio del estrés. 3. Técnica para poder hacer frente a las dificultades, para calmar la mente y permitir que el pensamiento sea más claro y eficaz.(21) 	

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hacer uso de sandalias previamente procesadas para reducir el riesgo de infección, que favorezca la deambulaci3n segura de la paciente. ➤ Realizar manejo de tripie acompa1ando a la paciente durante la deambulaci3n para favorecer un desplazamiento con la menor limitaci3n posible. 	<p>tanto, es necesario cuidar el entorno en que se encuentra la parturienta, as3 como sus necesidades individuales, esto puede contribuir a que el parto se desarrolle de un modo m3s satisfactorio para la mujer.(39)</p>
<p>Control de casos</p>	<p>La paciente fue capaz de tomar decisiones de autocuidado durante el trabajo de parto logrando per3odos de descanso entre contracciones, se observaron gestos faciales de relajaci3n, manifest3 disminuci3n del dolor en regi3n lumbar con el masaje y la termoterapia, durante la deambulaci3n y posici3n en dec3bito lateral izquierdo y derecho desapareci3 la incomodidad referida en posici3n semifowler. Refiri3 sentirse c3moda y segura.</p>	

Requisito de Autocuidado Universal		Mantenimiento del aporte suficiente de agua.	
Operaciones de Diagnóstico		Déficit de la ingesta de líquidos secundario a ayuno prolongado m/p sensación de sed moderada y mucosas orales semi-hidratadas.	
Objetivo	Proporcionar alternativas que equilibren la ministración de líquidos bajo el deseo y consentimiento de la paciente.		
Sistema de Enfermería	Parcialmente compensatorio	Método de ayuda	Actuar por otro
Prescripción del cuidado	Tratamiento regulador		Fundamentación Científica.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Valorar el estado de hidratación constantemente. ➤ Disminuir sensación de sed. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Interrogar a la paciente sobre sensación de sed. ➤ Observar hidratación de mucosas orales. ➤ Analizar valores de tensión arterial. ➤ Cuantificar el número de micciones durante su estancia en el servicio. ➤ Humedecer toda la superficie de los labios con una torunda y agua simple a demanda de la paciente. ➤ Ministran 500ml de solución Hartmann y posteriormente Solución Glucosada al 5% según requerimientos para mantener hidratada a la paciente por plan médico. 		<ul style="list-style-type: none"> ➤ La restricción de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto sigue siendo un tema controvertido en diferentes centros sanitarios. Las mujeres durante el trabajo de parto se encuentran en una situación de estrés físico y ayuno prolongado que en ocasiones suele derivar en cetosis. La enfermera tiene un papel fundamental en éste tipo de intervenciones. (40) ➤ La autorregulación de la ingesta disminuye en la mujer el nivel de estrés y provee un sentimiento de autocontrol. ➤ Durante el trabajo de parto se incrementa el consumo de O₂ y glucosa. La glucosa se convierte en la principal fuente de energía para el feto y la madre. (40)
Control de casos	Continúa paciente con restricción de líquidos. Al humedecer los labios la sensación de sed disminuye por un momento. Continúan mucosas orales semi-hidratadas; se mantiene tensión arterial dentro de parámetros de 100/70 y 110/70 mmHg; presenta 1 micción en cantidad moderada durante el primer período del trabajo de parto.		

Requisito de Autocuidado Universal		Prevención de los peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.	
Operaciones de Diagnóstico		Riesgo de alteración de la dinámica uterina secundario a conducción del trabajo de parto.	
Objetivo	Identificar la presencia de distocias de la dinámica uterina.		
Sistema de Enfermería	Parcialmente compensatorio	Método de ayuda	Actuar por otro
Prescripción del cuidado	Tratamiento regulador	Fundamentación Científica.	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Valorar la dinámica uterina constantemente. ➤ Valorar bienestar fetal. ➤ Identificar datos de sangrado. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mediante el uso de registro cardiotocográfico identificar el número de contracciones en diez minutos, la duración de cada contracción y la intensidad máxima alcanzada. ➤ Auscultar frecuencia cardíaca fetal de manera intermitente después de las contracciones identificando frecuencia por arriba de 160 o debajo de 110 por minuto como anormales. ➤ Durante las exploraciones vaginales descartar sangrado que arroje datos de ruptura uterina o desprendimiento de prematuro de placenta normoinsera. ➤ Valorar cifras de tensión arterial descartando elevación o descenso brusco de la misma. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La oxitocina a dosis bajas (1.5mU/m inicialmente, aumentando 1.5mU/m cada 30 minutos) y dosis altas (4.5mU/m inicialmente, aumentando 4.5mU/m cada 30 minutos) son utilizadas para la conducción del trabajo de parto. (41) ➤ Se observó que la oxitocina fue disminuida o discontinuada más comúnmente en el grupo de dosis alta, por hiperestimulación uterina y por anomalías en la frecuencia cardíaca fetal. (41) ➤ A pesar de menores tasas de partos por cesárea con dosis altas, Cahill y su grupo realizaron un estudio para estimar el efecto de las dosis máximas de oxitocina en el riesgo de ruptura uterina en pacientes atendidas por parto vaginal después de cesárea en donde encontraron mayor riesgo de ruptura uterina con la dosis alta de oxitocina (41) 	
Control de casos	Continúa paciente con conducción del trabajo de parto a dosis bajas sin datos de distocia de la dinámica uterina; se mantiene tensión arterial dentro de parámetros de 100/70 y 110/70 mmHg; no presenta datos de sangrado, se obtiene registros cardiotocográficos categoría I.		

5.1 Valoraciones Focalizadas

Primera valoración: Período expulsivo

Fecha: 11/10/2017 23:30 horas		Servicio: Cuartos combinados		Elaboro: LEO Frausto Reyes Cindy		
Nombre: M.M.M.A		Edad: 28 años	GRUPO Y RH: o (+)	F.U.M 23/01/2017	FPP 30/10/2017	SDG 37.2
Motivo de la consulta Segundo período del trabajo de parto			Diagnóstico Medico Embarazo de 37.2 semanas de gestación + Ruptura de membranas + Periodo expulsivo			
Requisitos de Autocuidado según la etapa de desarrollo: G2 P1 06-01-2011 Masculino 38.6 semanas de gestación, 3000g, 49cm, sano; parto inducido sin complicaciones.			Sistema de Enfermería Parcialmente compensatorio.	Método de ayuda Guiar a otro / Actuar por otro.	Signos vitales TA 110/70mmHg Temperatura 36.8°C FC 90x' FCF 153 FR 19x'	
Requisito Universal de Autocuidado. Prevención de peligros para la vida y el funcionamiento humano						
Aspectos relacionados con la estructura y función Paciente con dilatación y borramiento completo, altura de la presentación en estación 0, actividad uterina regular con conducción de 6mU de oxitocina, frecuencia cardiaca fetal de 153 latidos por minuto, líquido amniótico con meconio (++) A las 23:56 horas nace producto único vivo, que respira y llora al nacer, se realizo pinzamiento tardío, apego inmediato, lactancia precoz. Masculino 38 semanas de gestación, 3510g, 47cm, frecuencia cardiaca 180 lpm, frecuencia respiratoria de 74 por minuto, temperatura 36.5°C, apgar 8/9, y Silverman de 0.			Aspectos relacionados con la calidad y cantidad Refiere cansancio, dolor a nivel de coxis, se observa falta de voluntad para realizar las técnicas de respiración para el período expulsivo, verbaliza deseo constante de pujar y de finalizar la jornada obstétrica.			
Diagnóstico de Enfermería Afrontamiento ineficaz del funcionamiento humano r/c período expulsivo m/p cansancio, pujos no efectivos, verbalizar dolor a nivel del coxis y deseo de finalizar la jornada obstétrica.						
Objetivo Promover un estado de relajación que permita a la mujer controlar la disociación.						
Prescripción del Cuidado		Tratamiento Regulator			Fundamentación Científica	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mantener comunicación efectiva Enfermera-Paciente. 		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Proporcionar apoyo psico-afectivo continuamente a la paciente a través de la motivación. ➤ Favorecer la libre elección de actividades a realizar recordando las opciones y haciendo recomendaciones. ➤ Se mantendrá el contacto visual entre contracciones para asegurar la atención de la paciente. ➤ Se coloca a la paciente en posición sedente en la cama previa autorización para el nacimiento de la persona no nacida. ➤ Se motiva el descanso entre contracciones y el pujo cuando la mujer sienta la necesidad de hacerlo. 			<ul style="list-style-type: none"> ➤ En general, las posiciones alternativas a las supinas presentan una serie de ventajas evidentes: ➤ Acortamiento del segundo periodo del parto. En estas posiciones la mecánica del parto se ve favorecida por la ampliación de los diámetros de la pelvis y por la utilización de la gravedad, y ello sucede tanto en mujeres primíparas como múltiparas. ➤ Las posiciones verticales, sentadas y de rodillas, parecen reducir el dolor lumbar de las contracciones y disminuyen la necesidad de analgesia. La posibilidad de que la mujer pueda elegir la posición en que le resulta más cómoda estar disminuye la sensación dolorosa. (39) ➤ Mejora de la dinámica uterina. Con las posturas verticales aumentan la frecuencia y la eficacia de las contracciones 	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Motivar a la mujer en jornada obstétrica a realizar las técnicas de respiración. 		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Explicar y ejemplificar las siguientes respiraciones: 				

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Asesorar durante las posiciones y ejercicios realizados. ➤ Establecer una movilización segura de la paciente en cualquier posición adoptada. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizar respiración de limpieza al inicio de la contracción, la cual consiste en una inhalación profunda por la nariz, mantener el aire por 3 segundos y exhalar lentamente por la boca. ➤ Realizar pujos espontáneos, en dónde la mujer puja libremente cuando ella sienta el impulso en cada contracción, realizando la fuerza en la región del periné. ➤ De no ser efectivas se realizará pujos con maniobra de Vasalva: La mujer se coloca sujetando las rodillas y llevándolas en dirección al pecho, con los codos extendidos. Se instruye a la mujer para que coja gran cantidad de aire, lo mantenga con la boca cerrada y empuje (pujos con la glotis cerrada). ➤ Finalizar los pujos con el número de respiraciones de limpieza necesarias. ➤ Realizar esferodinamia previa aprobación de la paciente, realizando movimientos circulares, de adelante a atrás, de un lado a otro con la pelvis y suaves brincos para favorecer el descenso de la presentación y acortar el segundo período de la jornada obstétrica, previa valoración para confirmar que la altura de la presentación sea encajada. ➤ Hacer uso de barandales, encontrar y mantener los puntos de apoyo de la paciente, limitar el espacio de movimiento de la pelota y hacer uso de una sábana para asegurar la movilización de la gestante durante la esferodinamia. 	<p>uterinas. La oxitocina se segrega en forma de pulsos por el mecanismo reflejo relacionado con la estimulación del cuello uterino durante el parto (efecto Ferguson- Harris). Cuando la mujer adopta cualquier posición vertical, se produce una mejor presión de la presentación fetal sobre el cuello del útero.(39)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ En el expulsivo el feto está siendo expulsado de la cavidad uterina, lo que produce una retracción del útero y una disminución de la circulación placentaria, por lo que la oxigenación al feto se reduce de forma gradual. Las contracciones fuertes y el pujo activo de la mujer pueden reducir incluso más la circulación útero-placentaria. Este descenso de la oxigenación fetal se acompaña de acidosis.(39) ➤ Existen dos actitudes en cuanto al momento en que la mujer debe iniciar los pujos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pedir a la mujer que comience los pujos a los 10cm de dilatación cervical. Este método carece de base científica. ➤ Esperar a que la presentación fetal descienda pasivamente hasta que la mujer sienta el fuerte impulso de empujar y entonces se alienta a la mujer a seguir sus instintos.(39) <p>Este impulso involuntario se produce cuando la contracción alcanza 30 mm/Hg de amplitud y la presentación fetal distiende los músculos del suelo pélvico provocando el reflejo de Ferguson. (39)</p>
---	---	---

Control de casos

La paciente refirió confianza, facilidad para concentrarse en su bebé y en los movimientos durante la esferodinamia, es capaz de realizar el pujo espontáneo, se le apoya verbalmente para realizar respiraciones de limpieza y pueda prepararse para los siguientes pujos. Se observó una relajación corporal general. Después de 15 minutos realizando ejercicios en la pelota verbalizo molestia intensa a nivel de la pelvis, a la revisión vaginal se detecta altura de la presentación en +3. La paciente refirió sentirse amada con el apoyo percibido por la enfermera perinatal.

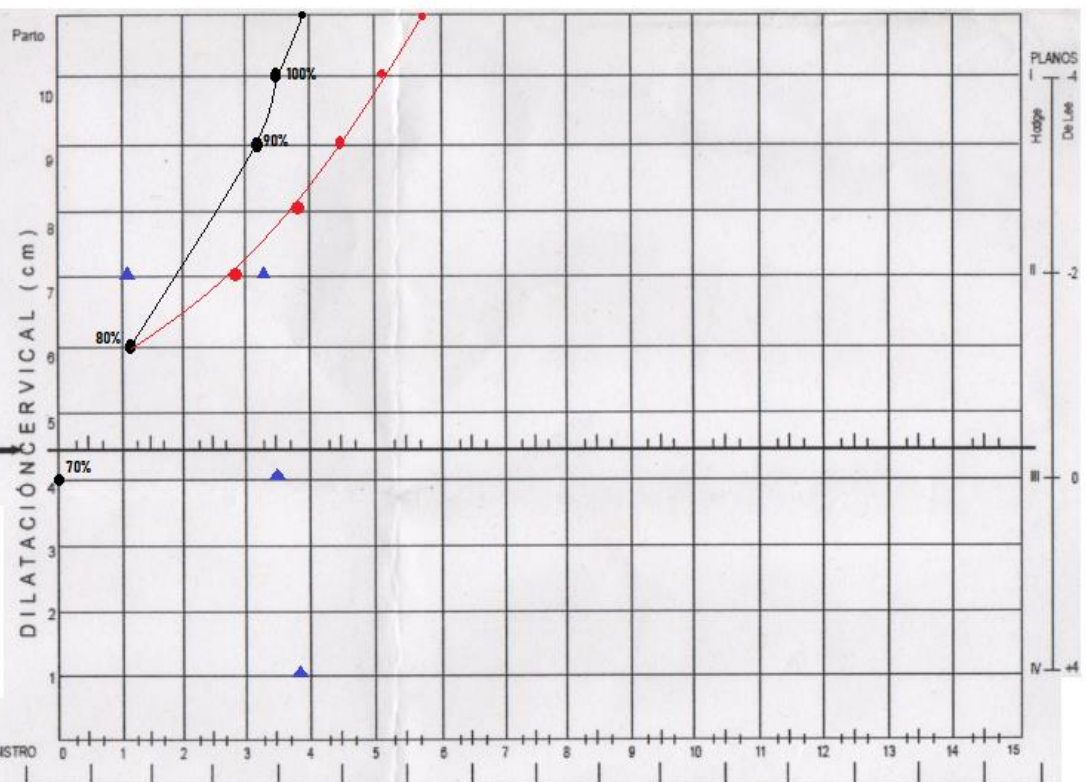
NOMBRE: M.M.M.A.

FECHA: 11 - 10 - 2017

MEMBRANAS	CARACTERÍSTICAS			
	MULTIPARAS		NULLIPARAS	
	INTE-GRAS	ROTAS	INTE-GRAS	ROTAS
	0.15	0.05	0.30	0.20
	0.25	0.10	0.35	0.35
	0.40	0.25	0.40	0.50
	0.55	0.35	1.00	1.05
	1.25	1.05	1.30	1.25
	2.30	2.30	3.15	2.30

VALORES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LAS CURVAS DE ALERTA (en horas) p10

Fecha de última menstruación	23/01/2017 confiable
Semanas de gestación	37.2
Presentación	Cefálica
Situación	Longitudinal
Posición	Derecha
Fondo Uterino	33cm
Peso Estimado	3255g



Hora real	20:00	21:00	22:00	23:00														
TA (mmHg)	100/70	110/70	100/70	100/70														
FC (lpm)	86	90	92	90														
FR (x')	21	20	19	19														
FCF	155	135	140	153														
Musicoterapia																		
Termoterapia	X	X	X															
Hidroterapia																		
Masoterapia	X	X	X	X														
Esferodinamia				X														
Aromaterapia																		
Posición Materna	DLI	DLD	DLI	PS														
Conducción (mU)	1	2	3	3														
Pérdidas transvaginales			RM meconio (++)															
Vía Oral	Ayuno																	
Micción		X																
Evacuación		X																
Vómito																		
Percepción del dolor	8	7	7	7														
Consistencia del cervix	Dura	Media	Media	Blan														
Posición del cervix	Pos	Med	Med	Ant														
Episiotomía: No	Episiorrafia: No	Desgarro: No		Laceración: Sí	Reparación: No													
MPF: NINGUNO				Sangrado estimado: 300ml														

Segunda valoración: Primera hora del puerperio inmediato

Fecha: 12/10/2017 00:35 horas		Servicio: Cuartos combinados		Elaboro: LEO Frausto Reyes Cindy			
Nombre: M.M.M.A		Edad: 28 años	GRUPO Y RH: o (+)	F.U.M -----	FPP -----	SDG -----	
Motivo de la consulta Puerperio inmediato + Lactancia Materna			Diagnóstico Medico Puerperio fisiológico inmediato				
Requisitos de Autocuidado según la etapa de desarrollo: G2 P2 Antecedente de lactancia materna mixta hasta los 8 meses de edad, presentó pezones agrietados.			Sistema de Enfermería Apoyo – Educación / Parcialmente compensatorio	Método de ayuda Enseñar a otro Guiar a otro Actuar por otro	Signos vitales TA 100/70mmHg FC 92 lpm FR 18x' T° 36.8°C		
Requisito Universal de Autocuidado. La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.							
Aspectos Relacionados con la estructura y función A la exploración se encuentra orientada. Se observa con ligera palidez de tegumentos. Abdomen blando depresible, útero a nivel de cicatriz umbilical con adecuado tono; loquios hemáticos en moderada cantidad, periné con laceraciones que provocan dolor al tacto. Miembros pélvicos con edema de (+), se mantiene en reposo absoluto. Durante la primera hora de vida neonatal inicia el contacto piel con piel y la lactancia materna observándose posición cómoda de la madre, mamas flácidas con lactopoyesis inicial, pezón protractil. Alineación del neonato en relación oreja – hombro - cadera con ayuda para posicionar; agarre correcto con labios evertidos, mentón y nariz en contacto con el seno materno después de repetidos intentos; succión pausada, visible con adecuada intensidad, mejillas redondas que realiza de manera discontinua por agarre repetido. Obteniendo un puntaje de escala de Latch de 7.				Aspectos Relacionados con la calidad y cantidad Expresa sentimiento de felicidad, receptiva e insegura. Refiere no haber recibido información sobre lactancia materna durante el embarazo. Se manifiesta cansada y se observa dificultad para amamantar.			
Diagnóstico de Enfermería Dificultad en el desarrollo humano r/c el proceso de lactancia materna m/p dudas, inseguridad y dificultad durante la lactancia.							
Objetivo Controlar las limitaciones humanas durante el puerperio inmediato para favorecer el desarrollo humano en el proceso de la lactancia materna							
Prescripción del Cuidado		Tratamiento Regulador			Fundamentación Científica		
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Informar a la mujer el proceso del puerperio inmediato ➤ Valorar tono uterino y sangrado 		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se explicará a MMMA la presencia de loquios hemáticos moderados. ➤ Previa autorización de la paciente, se coloca su mano a nivel del ombligo para que perciba el tono uterino, se le explica la importancia de que se mantenga así para evitar la hemorragia postparto. ➤ Se le pide avisar de inmediato en caso de que identifique alguna anormalidad. ➤ En un ambiente de privacidad, se coloca a la mujer en posición decúbito dorsal previo aviso y autorización de la paciente. ➤ Se descubrirá región abdominal y genital, cuidando mantener cubierto el resto del cuerpo. 			<p>Algunas mujeres pueden sentir cierto desamparo después del parto, dado que ahora la atención se concentra en el lactante. En consecuencia, el puerperio puede ser un momento de intensa ansiedad para muchas mujeres.</p> <p>Las mujeres deberán recibir información relevante y oportuna que las ayude a tomar un rol protagónico en sus propios cuidados en salud y los de su bebé y reconocer y responder ante un problema. (37)</p> <p>Después del alumbramiento, el útero se encuentra a 2 dedos por encima del ombligo, y con consistencia firme por las contracciones de las ligaduras vivientes de Pinard, que forman un globo de seguridad que impide, en condiciones normales, la pérdida de sangre.</p>		

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Apoyo inicial en la lactancia materna a través de mantener la alineación adecuada del binomio durante la lactancia materna. ➤ Identificar el agarre correcto. ➤ Informar sobre la preparación para la toma. ➤ Mencionar la duración de la Lactancia Materna. ➤ Explicar las señales de hambre. ➤ Conocer la capacidad gástrica de un recién nacido. 	<p>Se palpará el útero vía abdominal, el cual debe percibirse contraído; al mismo tiempo se valora la cantidad, color y consistencia de las pérdidas transvaginales.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Mencionar que el neonato se encontrará en una adecuada posición cuando la oreja, el hombro y la cadera estén alineados, con la cara de frente y a la altura del seno materno; por parte de la madre deberá buscar una postura cómoda que le permita recargar la espalda y los pies, así como mantenerse relajada. ➤ Recordar que la boca del neonato debe cubrir pezón y areola, los labios deben mantenerse evertidos, la punta de la nariz y el mentón deberán estar en contacto con el seno materno y las mejillas deben mantenerse redondeadas durante la toma. ➤ Lavarse las manos con agua y con jabón antes de tocar los pechos. ➤ Mencionar la realización de masaje en los pechos de forma circular en dirección de las manecillas del reloj de 5 a 10 minutos previos a la toma. ➤ Recordar la duración de la lactancia de forma exclusiva durante los primeros seis meses de edad y de forma complementaria después de los seis meses hasta los 2 años o más. ➤ Identificar las señales de hambre tempranas, en dónde el neonato comienza con el reflejo de búsqueda; la señal de hambre intermedia se caracteriza por llevarse la mano a la boca y la tardía cuando se presenta el llanto. El momento adecuado para ofrecer el seno materno es durante las señales tempranas. En caso de presentarse el llanto, se deberá consolar al neonato y una vez tranquilo se le ofrecerá el seno. ➤ Mencionar a la paciente que el tamaño aproximado del estómago del neonato es como una cereza e ira creciendo con el paso de los días, así como la producción de leche; por lo tanto, la leche producida es la necesaria y suficiente para su bebé. ➤ Recordar a la puerpera que la estimulación de la succión de manera continua es la única acción que provocará el aumento de la producción de leche. 	<p>Los loquios (se llama así a los exudados del útero durante el puerperio), duran aproximadamente 14 días y no deben tener olor fétido. El primer y segundo días son rojos y sin coágulos. (42)</p> <p>La estrategia de UNICEF, con respecto a la alimentación de lactantes, se basa en las estipulaciones de la Declaración de Innocenti sobre la protección, el fomento y el apoyo a la lactancia materna.(43)</p> <p>La base de una alimentación sana, correcta y equilibrada tiene su fundamento en la lactancia materna, exclusiva hasta los 6 primeros meses de vida, con otros alimentos hasta los dos años de edad y, después, hasta que la criatura y la madre lo deseen, tal y como recomienda la Organización Mundial de la Salud.</p> <p>La respuesta temprana, a las primeras señales del bebé dispuesto a mamar, facilita el agarre correcto y la succión efectiva.</p> <p>Se aconsejará el amamantamiento frecuente (8-12 veces al día) al menos las 6 primeras semanas.</p> <p>Los masajes del pecho antes de la succión aumentan la cantidad de leche extraída sin alterar la composición de la misma.</p> <p>Es importante que las madres sepan que el volumen de leche aumenta con el incremento del número y duración de las tomas. (43)</p>
<p>Control de casos La paciente se muestra receptiva a la información, logra identificar su útero vía abdominal, se mantiene con loquios hemáticos moderados sin datos de hemorragia postparto. Refiere deseo de lactar a su bebé, se observa dificultad para posicionar al neonato y la prensión de este al seno materno. Continúa puntaje de escala Latch de 7.</p>		

Fecha: 12/10/2017 00:35 horas		Servicio: Cuartos combinados		Elaboro: LEO Frausto Reyes Cindy			
Nombre: M.M.M.A		Edad: 28 años		GRUPO Y RH: o (+)	F.U.M -----	FPP -----	SDG -----
Motivo de la consulta Puerperio inmediato + Período prolongado de ayuno				Diagnóstico Medico Puerperio fisiológico			
Requisitos de Autocuidado según la etapa de desarrollo: Puerperio inmediato				Sistema de Enfermería Parcialmente compensatorio	Método de ayuda Actuar por otro Proporcionar un entorno que fomente el desarrollo.		Signos vitales TA 100/70mmHg FC 92 lpm FR 18x' T° 36.8°C
Requisito Universal de Autocuidado. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos							
Aspectos Relacionados con la estructura y función Se observan mucosas orales hidratadas, abdomen blando depresible, peristalsis presente.				Aspectos Relacionados con la calidad y cantidad Se percibe cansada, refiere sensación de sed, decide cancelar procedimiento quirúrgico (salpingectomía), cuenta con 13 horas de ayuno.			
Diagnóstico de Enfermería Riesgo de intolerancia a la vía oral r/c ayuno de 13 horas por programación de otb							
Objetivo Identificar datos de intolerancia a la vía oral .							
Prescripción del Cuidado		Tratamiento Regulator			Fundamentación Científica		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Iniciar ingesta de alimentos. ✓ Valorar tolerancia de la vía oral. 		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se iniciará la vía oral con dieta líquida. ✓ Observar tolerancia a la vía oral, identificar presencia de náuseas y vómito. ✓ La puerpera y la enfermera perinatal se mantendrán alerta de respuestas no deseadas del sistema digestivo alto como náuseas, reflujo gastroesofágico y vómito. 			<p>En las primeras ocho horas, favorecer la deambulaci3n, alimentaci3n normal e hidrataci3n. (15)</p> <p>La alimentaci3n desempeña un papel preponderante en la preservaci3n de la salud y en la prevenci3n de enfermedades.</p> <p>Las mujeres durante el trabajo de parto se encuentran en una situaci3n de estr3s f3sico y ayuno prolongado que en ocasiones suele derivar en cetosis.(40)</p>		
Control de casos Durante la ingesta de alimentos no presenta datos de intolerancia a la vía oral, consume los líquidos en su totalidad, disminuye la sensaci3n de sed.							

Tercera valoración: Puerperio mediato

Fecha: 13/10/2017 14:00 horas		Servicio: Alojamiento Conjunto		Elaboro: LEO Frausto Reyes Cindy		
Nombre: M.M.M.A		Edad: 28 años	GRUPO Y RH: o (+)	F.U.M -----	FPP -----	SDG -----
Motivo de la consulta Puerperio fisiológico mediato + Lactancia materna			Diagnóstico Medico Puerperio fisiológico			
Requisitos de Autocuidado según la etapa de desarrollo: G2 P2 Antecedente de lactancia materna mixta hasta los 8 meses de edad, presentó pezones agrietados.			Sistema de Enfermería Apoyo – Educación	Método de ayuda Guiar a otro	Signos vitales TA 110/70mmHg FC 85 lpm FR 18x' T° 36.8°C	
Requisito Universal de Autocuidado. La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.						
Aspectos Relacionados con la estructura y función Después de 37 horas de vida neonatal continua la lactancia materna obteniendo escala Latch de 7.			Aspectos Relacionados con la calidad y cantidad Refiere haber recibido información de lactancia materna únicamente en el puerperio inmediato.			
Diagnóstico de Enfermería Déficit del desarrollo humano r/c información del proceso de lactancia materna m/p dudas, inseguridad y dificultades durante la lactancia.						
Objetivo Desarrollar la confianza y habilidad para llevar acabo la lactancia materna para evitar complicaciones.						
Prescripción del Cuidado		Tratamiento Regulador		Fundamentación Científica		
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Proporcionar información sobre la Lactancia Materna ➤ Conocer las señales de hambre 		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Recordar la duración de la lactancia de forma exclusiva durante los primeros seis meses de edad y de forma complementaria después de los seis hasta los 2 años o más. ➤ Recordar a la puerpera que la estimulación de la succión de manera continua es la única acción que provocará el aumento de la producción de leche. ➤ Conocer las señales de hambre tempranas, en dónde el neonato comienza con el reflejo de búsqueda; intermedias caracterizado por llevarse la mano a la boca y tardías cuando se presenta el llanto. El momento adecuado para alimentar es durante las señales tempranas. ➤ Mencionar la realización de masaje en los pechos de forma circular en dirección de las manecillas del reloj de 5 a 10 minutos previos a la toma. 		<p>La estrategia de UNICEF, con respecto a la alimentación de lactantes, se basa en las estipulaciones de la Declaración de Innocenti sobre la protección, el fomento y el apoyo a la lactancia materna. (43)</p> <p>La base de una alimentación sana, correcta y equilibrada tiene su fundamento en la lactancia materna, exclusiva hasta los 6 primeros meses de vida, con otros alimentos hasta los dos años de edad y, después, hasta que la criatura y la madre lo deseen, tal y como recomienda la Organización Mundial de la Salud.</p> <p>La respuesta temprana, a las primeras señales del bebé dispuesto a mamar, facilita el agarre correcto y la succión efectiva. Se aconsejará el amamantamiento frecuente (8-12 veces al día) al menos las 6 primeras semanas. (43)</p>		

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mantener la alineación adecuada del binomio durante la lactancia materna. ➤ Identificar el agarre correcto. ➤ Proporcionar apoyo emocional. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mencionar que el neonato se encuentra en una adecuada posición cuando la oreja, el hombro y la cadera estén alineados, con la cara de frente y a la altura del seno materno; por parte de la madre deberá buscar una postura cómoda que le permita recargar la espalda y los pies, así como mantenerse relajada. ➤ Recordar que la boca del neonato debe cubrir pezón y areola, los labios deben mantenerse evertidos, la punta de la nariz y el mentón deberán estar en contacto con el seno materno. ➤ Motivar a la paciente resaltando las actividades correctas que realiza. ➤ Animar a la puerpera a modificar los errores que se identifiquen durante la toma. 	<p>Los masajes del pecho antes de la succión aumentan la cantidad de leche extraída sin alterar la composición de la misma.</p> <p>Es importante que las madres sepan que el volumen de leche aumenta con el incremento del número y duración de las tomas. (43)</p>
<p>Control de casos La paciente se muestra receptiva a la información, continua con el deseo de lactar a su bebé, posición cómoda de la madre, mamas flácidas con lactopoyesis presente, pezón protráctil. Alineación del neonato en relación oreja – hombro - cadera con ayuda para posicionar; agarre correcto con labios evertidos, mentón y nariz en contacto con el seno materno; succión pausada, visible con adecuada intensidad, mejillas redondas. Obteniendo un puntaje en escala de Latch de 9.</p>		

Cuarta valoración: Puerperio tardío

Fecha: 17/11/2017 12:00 horas		Servicio: Consulta externa		Elabora: LEO Frausto Reyes Cindy			
Nombre: M.M.M.A		Edad: 28 años		GRUPO Y RH: o (+)	F.U.M -----	FPP -----	SDG -----
Motivo de la consulta Lactancia materna				Diagnóstico Medico Puerperio tardío 37 días			
Requisitos de Autocuidado según la etapa de desarrollo: Adulto joven en etapa de puerperio Antecedente de lactancia materna mixta hasta los 8 meses de edad, presentó pezones agrietados.				Sistema de Enfermería Apoyo – Educación	Método de ayuda Enseñar a otro Guiar a otro	Signos vitales TA 110/80mmHg FC 80 lpm FR 18x' T° 36.5°C	
Requisito Universal de Autocuidado. La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.							
Aspectos Relacionados con la estructura y función Después de 37 días postparto M.M.M.A. continua con lactancia materna exclusiva. La persona recién nacida se observa con adecuada coloración de tegumentos, tranquilo e hidratado.				Aspectos Relacionados con la calidad y cantidad Menciona tener dolor ocasional durante las tomas y comenzar con datos de grietas en el pezón. Refiere no recurrir a alimentación complementaria para su bebé.			
Diagnóstico de Enfermería Riesgo de abandono de la lactancia materna r/c grietas en el pezón							
Objetivo Evitar el abandono de la lactancia materna, a través de la corrección de la técnica para amamantar.							
Prescripción del Cuidado ➤ Evaluar escala de lact ➤ Proporcionar información sobre la Lactancia Materna ➤ Enseñar las señales de hambre ➤ Mantener la alineación adecuada y el confort del binomio durante la lactancia materna. ➤ Favorecer el agarre correcto.		Tratamiento Regulador ➤ Se identificará los cinco parámetros para evaluar la eficacia de la lactancia materna considerando el agarre del lactante, la deglución audible, el tipo de pezón, la comodidad y confort del pecho y pezón, y la habilidad para mantener al lactante colocado al pecho. ➤ Recordar la duración de la lactancia de forma exclusiva durante los primeros seis meses de edad y de forma complementaria después de los seis hasta los 2 años o más. ➤ Recordar a la puerpera que la estimulación de la succión de manera continua es la única acción que provocará el aumento de la producción de leche. ➤ Conocer las señales de hambre tempranas, en dónde el neonato comienza con el reflejo de búsqueda; intermedias caracterizado por llevarse la mano a la boca y tardías cuando se presenta el llanto. El momento adecuado para alimentar es durante las señales tempranas.			Fundamentación Científica La base de una alimentación sana, correcta y equilibrada tiene su fundamento en la lactancia materna, exclusiva hasta los 6 primeros meses de vida, con otros alimentos hasta los dos años de edad y, después, hasta que la criatura y la madre lo deseen, tal y como recomienda la Organización Mundial de la Salud. La respuesta temprana, a las primeras señales del bebé dispuesto a mamar, facilita el agarre correcto y la succión efectiva. Se aconsejará el amamantamiento frecuente (8-12 veces al día) al menos las 6 primeras semanas. Los masajes del pecho antes de la succión aumentan la cantidad de leche extraída sin alterar la composición de la misma. (43)		

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Proporcionar apoyo emocional. ➤ Favorecer la cicatrización de los pezones ➤ Resolución de dudas 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mencionar que el neonato se encontrada en una adecuada posición cuando la oreja, el hombro y la cadera estén alineados, con la cara de frente y a la altura del seno materno; por parte de la madre deberá buscar una postura cómoda que le permita recargar la espalda y los pies, así como mantenerse relajada. ➤ Recordar que la boca del neonato debe cubrir pezón y areola, los labios deben mantenerse evertidos, la punta de la nariz y el mentón deberán estar en contacto con el seno materno. ➤ Si el agarre no es deseado, deberá romperse el vacío con el dedo meñique en la comisura del labio del bebé y reposicionar. ➤ Motivar a la paciente resaltando las actividades correctas que realiza. ➤ Animar a la puerpera a modificar los errores que identifique durante la toma. ➤ Continuará con su baño diario como único método de lavado. ➤ Mantener los pechos al aire libre el mayor tiempo posible dentro de un ambiente de comodidad. ➤ Colocar compresas calientes 15 minutos antes de la toma, posteriormente realizar el masaje en los pechos de forma circular en dirección de las manecillas del reloj de 5 a 10 minutos. ➤ Comenzar la toma con el seno menos lastimado y finalizar con el que haya mayor molestia. ➤ No se recomiendan cremas, pomadas o aceites; únicamente colocar un par de gotas de la propia leche en los pezones al finalizar las tomas. En caso necesario, recurrir a lanolina hipoalergénica. ➤ Queda número telefónico abierto para dudas y seguimiento. 	<p>Para el manejo del dolor del pezón y/o las lesiones asociadas a la lactancia materna, se recomienda la formación prenatal sobre las técnicas para coger y posicionar al niño para prevenir o reducir el dolor del pezón causado por la lactancia. (44)</p> <p>Artículos señalan que las intervenciones más efectivas para el tratamiento de las grietas del pezón fueron lanolina anhidra altamente purificada (HPA), la propia leche materna asociada con el uso de protectores de pezón y la esencia de menta. (44)</p>
<p>Control de casos La paciente se muestra receptiva a la información, continua con el deseo de lactar a su bebé, las molestias disminuyeron,, el contacto vía telefónico se mantuvo, se logró lactancia materna y complementaria hasta los 11 meses de vida.</p>		

Capítulo VI. Plan de alta

Mantener aporte de aire suficiente	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar respiraciones de limpieza cuando se sienta estresada o haya presencia de incomodidad.
Mantenimiento de un aporte de agua suficiente	<ul style="list-style-type: none"> • Mantenerse hidratada. • Tomar alrededor de 2 litros de agua natural al día.
Mantenimiento de un aporte de alimentos suficientes	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar 3 comidas y 2 colaciones. • Consumir verduras y frutas. • Ingerir fibra de alimentos como manzana, pera, plátano, lechuga, zanahoria cruda, lentejas, semillas de girasol, almendra, avena. • Se sugiere la ingesta de multivitamínicos durante el período de lactancia exclusiva.
Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y evacuación.	<ul style="list-style-type: none"> • Miccionar y evacuar en cuanto sienta la necesidad de hacerlo. • Acudir a escalón sanitario en caso de dificultad para evacuar o presencia de datos de urosepsis (disuria, tenesmo vesical, hematuria).
Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo	<ul style="list-style-type: none"> • Deambular distancias cortas a velocidad lenta . • Tener como mínimo 3 períodos de descanso al día de 20 a 30 minutos.
Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana	<ul style="list-style-type: none"> • Se proporciona número telefónico para resolución de dudas las 24 horas de día. • Expresar sensaciones, dudas, sentimientos.
Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y el bienestar humano	<ul style="list-style-type: none"> • Acudir a urgencias en caso de fiebre; sangrado mayor a una menstruación; cefalea, acúfenos y fosfenos; TA mayor a 130/90mmHg; epigastralgia. • Llevar a neonato a urgencias en caso de fiebre, presentar menos de 6 micciones en 24 horas, identificar datos de dificultad respiratoria, sangrado, pus o mal olor del muñón umbilical.
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	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar baño diario. • Hacer lavado de manos antes de comer, después de ir al baño, antes de tocar los senos para lactar. • Realizar aseo perineal en dirección de adelante hacia atrás. • Realizar aseo bucal 3 veces al día. • Acudir a su escalón sanitario para colocación de implante. • Se recomienda acudir a citología vaginal después del puerperio. • Se proporciona infografía de lactancia materna.

Elaboró: L.E.O Cindy Frausto Reyes

Capítulo VII. Conclusiones

Al poder analizar el estudio de caso, es posible identificar que los cuidados especializados proporcionados permiten cambiar la percepción que tienen la mujer embarazada sobre la jornada obstétrica, incluso cuando se haya tenido una experiencia previa desagradable; aunque lo ideal es la preparación a lo largo del embarazo, la psicoprofilaxis de emergencia muestra ser útil para lograr el objetivo de un parto con experiencia positiva.

Una vez que se logra identificar el nivel de conocimiento, habilidades y motivación que precede al juicio y toma de decisiones se debe intervenir de manera oportuna para desarrollar la agencia de autocuidado logrando que la mujer en jornada obstétrica decida las actividades a realizar que favorecerán su confort de una manera libre e informada.

Por lo tanto, a través del sistema de enfermería parcialmente compensatorio y de apoyo educación, se logró establecer una comunicación efectiva con la mujer en jornada obstétrica identificando factores negativos del ambiente y disminuyendo el nivel de tensión a través del acompañamiento continuo y escucha activa.

Indudablemente es el eslabón que fomenta la participación activa de las mujeres en trabajo de parto y en el puerperio, es capaz de identificar riesgos, innova con la ciencia que ya existen, pero muchos desconocen, incluso la misma mujer embarazada, el nivel de relajación alcanzado por las mujeres en jornada obstétrica llega a ser suficiente para neutralizar o eliminar estímulos condicionados dolorosos.

Capítulo VIII. Sugerencias

Las actividades realizadas por la Enfermera Perinatal son múltiples en cada etapa de la mujer en edad reproductiva, sin embargo, a la búsqueda es difícil encontrar sus funciones. Debido a esto:

- Es importante medir el impacto que tiene el cuidado y el acompañamiento a la mujer durante el trabajo de parto,
- Se debe describir cuales son las intervenciones y desde que elementos teóricos, científicos y metodológicos se implementa el modelo de atención de enfermería perinatal.
- Debe considerarse que la educación psicoprofiláctica es un elemento esencial para que la mujer adquiera conocimientos y habilidades que le permitan afrontar la jornada obstétrica.
- Las instituciones de salud deben favorecer el acompañamiento de la mujer, la deambulación, la ingesta de líquidos, cambios de posición, modificación del ambiente, manejo no farmacológico del dolor, dentro de las áreas de labor como punto de buena práctica, para incrementar la calidad y seguridad en la atención de la mujer, evitando el uso de prácticas y rutinas innecesarias.
- La formación de recursos humanos especializados es un elemento esencial para contribuir a mejorar la experiencia del parto y el nacimiento. La enfermera perinatal puede impactar en las tasas de morbilidad y mortalidad materna al poseer competencias para ejercer la atención basada en evidencia, ética y desde su perspectiva disciplinar.

Bibliografía

- (1) Observatorio de Mortalidad Materna en México. Informe Semanal Epidemiológica 52 de 2018, México: OMM. 2019.
- (2) Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva: transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar: resumen de orientación. Organización Mundial de la Salud. 2018. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272435>. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- (3) Fernández Fernández ML, Santo Tomás Pérez M. Fundamentos históricos, teóricos y metodológicos de la Enfermería. 2016.
- (4) Raile Alligood M., Marriner Tomey A. Modelos y teorías. 2010;1-777. Disponible en: <https://bit.ly/2aTOQM2>
- (5) Pavez Ulloa F. Fundamentos de enfermería. Manual de enfermería. 2da ed. 2011.
- (6) Vega. O, Gonzalez. D. Teorías del Déficit de Autocuidado. España; 2008. p. 10.
- (7) Berman A, Shirlee S. Fundamentos de enfermería. Conceptos, procesos y práctica. 9a ed. Romo M, editor. Madrid; 2013. 999 p.
- (8) Reyes Gómez E. Fundamentos de enfermería. Ciencia, metodología y tecnología. 1a ed. México; 2009. 627 p.
- (9) INEPEO. Proceso de Atención de Enfermería (PAE) Nursing care process. Salud Pública Paraguay [Internet]. 2013;3:41-8. Disponible en: <http://www.ins.gov.py/revistas/index.php/rspp/article/viewFile/24/10>
- (10) Gleadle J. Historia clínica y exploración física en una mirada. 2da ed. Mc Graw H, editor. Oxford; 2007. 214 p.
- (11) EIR. Manual proceso de atención de enfermería, España: Academias Ágora. 2015
- (12) Santamaría García JM, Arribas Cachá AA, Amezcua Sánchez A, Robledo Martín J, Blasco Hernández T, Gómez González JL. Diagnósticos Estandarizados de Enfermería. Clasificación de los Valores Determinantes. 2011. 868 p.
- (13) Molina Restrepo M. La ética en el arte de cuidar. Investigación y educación en Enfermería. 2002; 2(2): 118-30. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105217997011>
- (14) Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 4º, México: Osorio Solache O. 2012. Disponible en: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgpps/interior1/art_4to.html
- (15) Secretaria de salud. 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. México; 2016. p. 1-67.
- (16) Secretaria de salud. NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. México; 2013. P. 1-10.
- (17) Alonso Que H, Aja Canales J, Castillo Uribe L, Rodríguez Delgado N. El consentimiento informado en la actualidad, su evolución y el punto de vista del

- experto jurídico. *Anales de radiología México*. 2015;14:172-77. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/anaradmex/arm-2015/arm152f.pdf>
- (18) Argüello-Avendaño HE, Mateo González A. Parteras tradicionales y Parto medicalizado, ¿un conflicto del Pasado? evolución del discurso de los organismos internacionales en los últimos veinte años. *redalyc* [Internet]. 2014;XII:13–29. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74531037002>
- (19) Morales Alvarado S, Guibovich Mesinas A, Yábar Peña M. Psicoprofilaxis obstétrica: Actualizaciones, definiciones y conceptos. 2014;1–6.
- (20) Gavensky R V. Bases de la escuela soviética. En: Parto sin temor y parto sin dolor. 3ra ed. Argentina; 1984. p. 184.
- (21) Chóliz Montañés M. Técnicas para el control de la activación: Relajación y respiración. España: desconocido; 2009. P. 27
- (22) Arjona López M. Proceso de parto y estrategias para afrontarlo. Trabajo fin de grado. Jaen: Universidad de Jaen; 2015.
- (23) Catalunya G de. Educación maternal: Preparación para el nacimiento. 1a ed. España; 2009. 286 p.
- (24) Coro Tapia C. Masaje. Efectos del masaje: bases anatómico-fisiológicas. España: IES Avempace. 2007. p. 1–5.
- (25) Tania Bravo Acosta, Yamilé Margarita López Pérez ACC. Agentes físicos. *Ciencias Medicas*. 2009. 324 p.
- (26) Aparici J. Termoterapia. Vol. 24. España; 2010. p. 9.
- (27) Vernaza Pinzón P. El masaje como técnica de intervención en el manejo del dolor. *Revista de la Facultad de las ciencias de la Salud*. 2007;9(2):1-12. Disponible en: <https://n9.cl/hgrm>
- (28) Doldan C, Díaz AP, SouterasNoel M, Panasiuk A. Masoterapia. En: Manual de apoyo a Kinesiterapia I. Colombia; 2008. p. 153–78.
- (29) Ulloa FJP. Agentes físicos superficiales y dolor . Análisis de su eficacia a la luz de la evidencia científica. 2008;16(3):182–9.
- (30) Masaje CM del. Beneficios del masaje. En: Manual de curso Masaje Holístico. 1a ed. México; 2006. p. 1–74.
- (31) Boldt Veloso PA. Evaluación de los efectos de técnicas aplicadas en el modelo de atención humanizada del parto, a usuarias atendidas en la maternidad del hospital de paillaco. octubre y noviembre del año 2009. Chile: Universidad Austral de Chile; 2009.
- (32) Delgado B, Orts I, Poveda A, Caballero P. Ensayo clínico controlado y aleatorizado para determinar los efectos del uso de Pelotas de Parto durante el trabajo de parto : Estudio piloto . 2008. p. 14.
- (33) Gynea. Esferodinamia en el embarazo. Barcelona; 2009. p. 9.
- (34) Valdivieso Gonzalez E. Técnicas de relajación: Aplicación a lo largo de la educación maternal en mujeres embarazadas y sus beneficios durante el trabajo de parto. España: Universidad de Valladolid; 2015.
- (35) López González W. El estudio de casos : una vertiente para la investigación educativa. *Educere*. 2013; 17(56): 139-144. ISSN: 1316-4910.
- (36) Orkaizagirre Gómara A, Amezcua M, Huércanos Esparza I, Arroyo Rodríguez A. El estudio de casos, un instrumento de aprendizaje en la relación de

- cuidado. Index Enferm. 2014;23(4): 244-249. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000300011>
- (37) CENETEC. Guía de práctica clínica. Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. México: CENETEC. 2014. Disponible en: <https://n9.cl/xmp2>
- (38) Sánchez Pabón Z. Fisiología de la contractilidad uterina: Períodos del parto. Revista clínica UCR-HSJD. 2010;10(4):01-11. Disponible en: <https://n9.cl/io5q>
- (39) Federación de asociaciones de matronas españolas. Iniciativa parto normal. 1ra edición. España: dirección general de calidad del Sistema Nacional de Salud; 2006.
- (40) Albillos Alonso L. La ingesta oral durante el trabajo de parto. Nure Inv. 2014;11(68):p. 8. Disponible en: <https://n9.cl/w9ej>
- (41) López Ramírez C, Arámbula Almanza J, Camarena Pulido E. Oxitocina , la hormona que todos utilizan y que pocos conocen. Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2014;82(7):472–82. Disponible en: <http://cort.as/-Jmpr>
- (42) Bezares B, Sanz O, Jiménez I. Patología puerperal. An Sis Sanit Navar [Internet]. 2009;32(1):169–75. Disponible en: <http://cort.as/-Jmrk>
- (43) UNICEF. Lactancia Materna [Internet], Ecuador: UNICEF Ecuador. 2012. Disponible en: <http://cort.as/-FJ9B>
- (44) Jarauta Ugalde M. Tratamiento para las grietas en el pezón en la lactancia materna: Revisión Bibliográfica. [Internet]. España: Universidad de Lleida; 2018. Disponible en: <http://cort.as/-JmvL>

Higiene



Baño Diario con jabón neutro y agua.
Lubricar pezón con gotitas de leche después del baño y de alimentar.
Lavarse las manos antes de tocar los pechos para iniciar la alimentación.

Señales de Hambre

Tempranas



Mueve la cabeza de un lado a otro.
Abre la boca.
Ideal para ofrecer el seno materno

Intermedias



Se Estira.
Movimiento físico.
Mano a la boca.

Tardías



Llanto.
Primero Consolar y después ofrecer el seno materno

Recomendado

Primeros seis meses de vida
Leche Humana Exclusiva

Después de los 6 meses hasta los 3 años de vida
Leche Humana e integrar a la dieta del lactante nuevos alimentos.

Masaje antes de lactar al bebé



Movimientos circulares con la yema de los dedos sobre toda la superficie de ambos senos.
Inclinar su cuerpo hacia adelante y mover los hombros durante 10 segundos

Lactancia Materna

Sin tiempo y horario entre cada tetada y cada toma

Agarre Correcto



- Labios evertidos
- Pezón y areola cubierta por la boca del lactante.
- Mejillas redondeadas.
- Sonido audible de la deglución.

Posiciones

Mantener alineado



Oreja
Hombro
Cadera

Posiciones acunado y de balón sostener cabeza y cadera del bebé; colocar un cojín debajo del bebé que lo mantenga a la altura del seno materno.
Posición acostado, todo el cuerpo del bebé incluyendo la cabeza deberá estar sobre la cama



Acunado



Acunado Cruzado



De Balón



Acostados

Beneficios

Maternos

- Favorece la involución uterina y disminuye el riesgo de hemorragia en el puerperio.
- Disminuye el riesgo de cáncer de mama, ovario y endometrio
- Favorece un peso aproximado al pregestacional

Neonatales

- Disminuye el riesgo de muerte en el primer año de vida.
- Disminuye el riesgo de infecciones gastrointestinales y respiratorias.
- Disminuye el riesgo de presentar alergias.
- Disminuye el riesgo de presentar obesidad y diabetes en la adolescencia.

Favorece el desarrollo intelectual y social durante toda su vida.

No tiene costo, no requiere preparación especial y no contamina el medio ambiente.



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 _____ doy mi consentimiento para que el Licenciado en Enfermería _____ 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: _____

FIRMA: _____

RESPONSABLE DEL ESTUDIO DE CASO

ALUMNO DE POSGRADO: _____

FIRMA: _____

México, Ciudad de México, a ____ del mes de _____ del año _____.

Fecha: _____ Servicio: _____ Elaboro: _____

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: _____

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:

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

Requisitos Universales de Autocuidado

4.

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

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?

Cuántas 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 () Poliaquiuria ()
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 ()	
Papanicolaou	SI () NO ()	
Exploración de mama	SI () NO ()	
Dentista	SI () NO ()	
Nutrióloga	SI () NO ()	
Vacunas	SI () NO ()	
Educación prenatal	SI () NO ()	
Lactancia materna	SI () NO ()	

Infecciones de Vías Urinarias	SI ()	NO ()
Infecciones vaginales	SI ()	NO ()
Enfermedades de transmisión sexual	SI ()	NO ()
Amenaza de Parto Prematuro	SI ()	NO ()
Trombosis venosa de miembros pélvicos	SI ()	NO ()
Diabetes	SI ()	NO ()
Hipertensión	SI ()	NO ()

Como realiza su aseo perianal: _____ ¿Usted se auto médica? _____

¿Consumes drogas? SI () NO ()

Alcohol () Tabaco () Marihuana () Cocaína () Otra: _____

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

Amamantó hijos anteriores: si () no () Tiempo: _____ Lactancia Exclusiva:

Urgencia Obstétrica

Signos Vitales	T/A:	FC:	FR:	T:	FCF:
-----------------------	-------------	------------	------------	-----------	-------------

Acufenos	Fosfenos	Cefalea	Dolor en epigastrio	Hiperreflexia
Oliguria	Poliaquiuria	Poliuria	Tenesmo	Disuria
Sangrado transvaginal (+) (++) (+++)		Hipertonía	Polisitolía	Compromiso
Actividad uterina:				Histerorrafia
Ruptura de membranas:	Hora:	Características:		Criterios de Gibbs:
Movimientos fetales :		Convulsiones:		Dificultada 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: Sitio _____	Periférico ()	Central ()	Yugular ()
---	-----------------------	--------------------	--------------------

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: Espontanea () Sondaje vesical ()	Evacuación intestinal:
Involución uterina (localización y consistencia):	Loquios (cantidad, consistencia, coloración, olor):
Periné (coloración, edema, equimosis, hematoma, aproximación de los bordes, dol desgarros):	Herida quirúrgica (tipo y características):
Miembros Pélvicos (coloración, edema, dolor, temperatura):	Aspectos emocionales (vínculo, rol, contacto piel con piel)
Descanso y sueño:	Deambulación (activa, pasiva)
Educación para la salud:	

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA

Valoración de lactancia materna:

Alimentación actual: Lactancia Materna Exclusiva () Lactancia Mixta () Lactancia artificial () Características de la tetada:

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"/>

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"/>

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 Waisman, Mónica. (1998). Formulario de Valoración. Organización de un Consultorio de Lactancia Materna. Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sarda. Volumen 17, 97-192

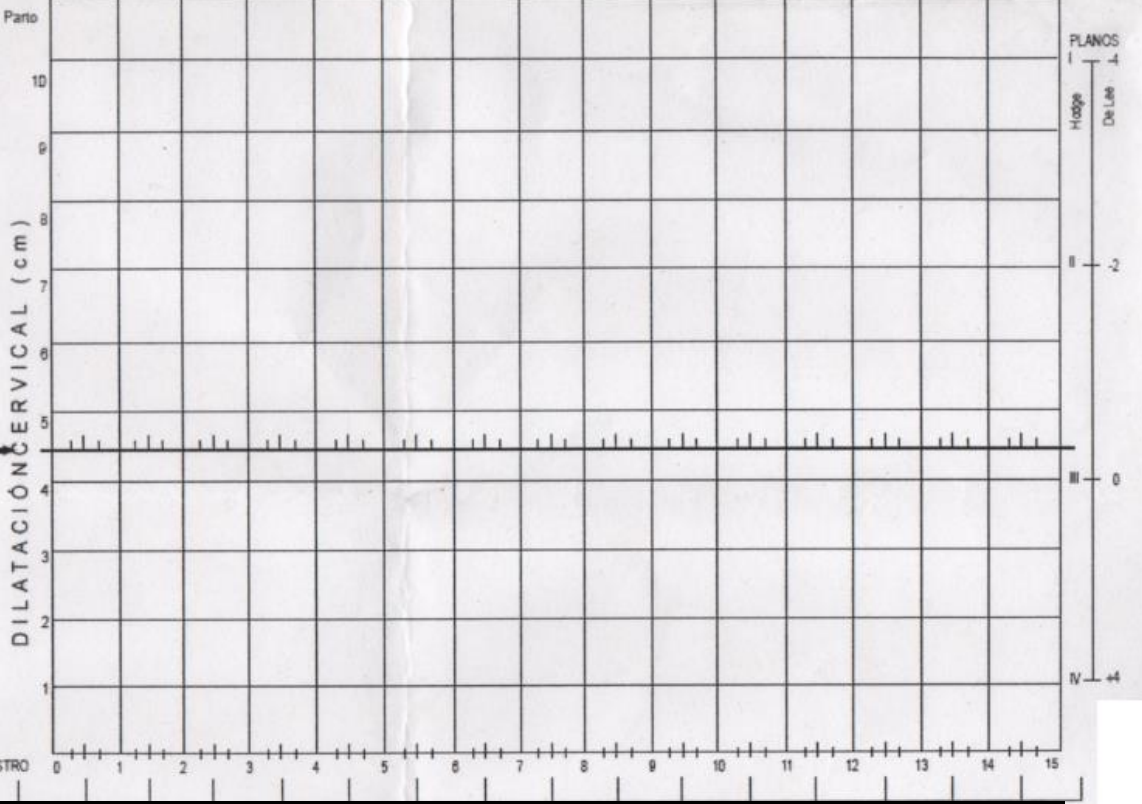
Basado en la hoja de valoración de Instituto Politécnico Nacional, Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia. Guía de Evaluación del Autocuidado (s/f) Recuperado Junio 2015
Universidad Nacional Autónoma de México. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Posgrado en Enfermería Perinatal. Instrumento 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 perinatales con sede en el INPer en agosto de 2016, P.L.E.O. Campos Vasquez Magali, L.E.O Galicia Hernández Victoria, L.E.O. López Castillo Magali Herminia, L.E.O. Pacheco Cadenas Elizabeth, L.E.N. Rolon Balcazar Consuelo Isabel y L.E Rueda Cano Marisela.

NOMBRE:

FECHA:

VALORES PARA LA CONSTRUCCION DE LAS CURVAS DE ALERTA (en horas) p10

PARIDAD	CARACTERÍSTICAS			
	MULTÍPARAS		NULLÍPARAS	
MEMBRANAS	INTE-GRAS	ROTAS	INTE-GRAS	ROTAS
	0.15	0.05	0.30	0.20
	0.25	0.10	0.35	0.35
	0.40	0.25	0.40	0.50
	0.55	0.35	1.00	1.05
	1.25	1.05	1.30	1.25
	2.30	2.30	3.15	2.30



Fecha de última menstruación	
Semanas de gestación	
Presentación	
Situación	
Posición	
Fondo Uterino	
Peso Estimado	

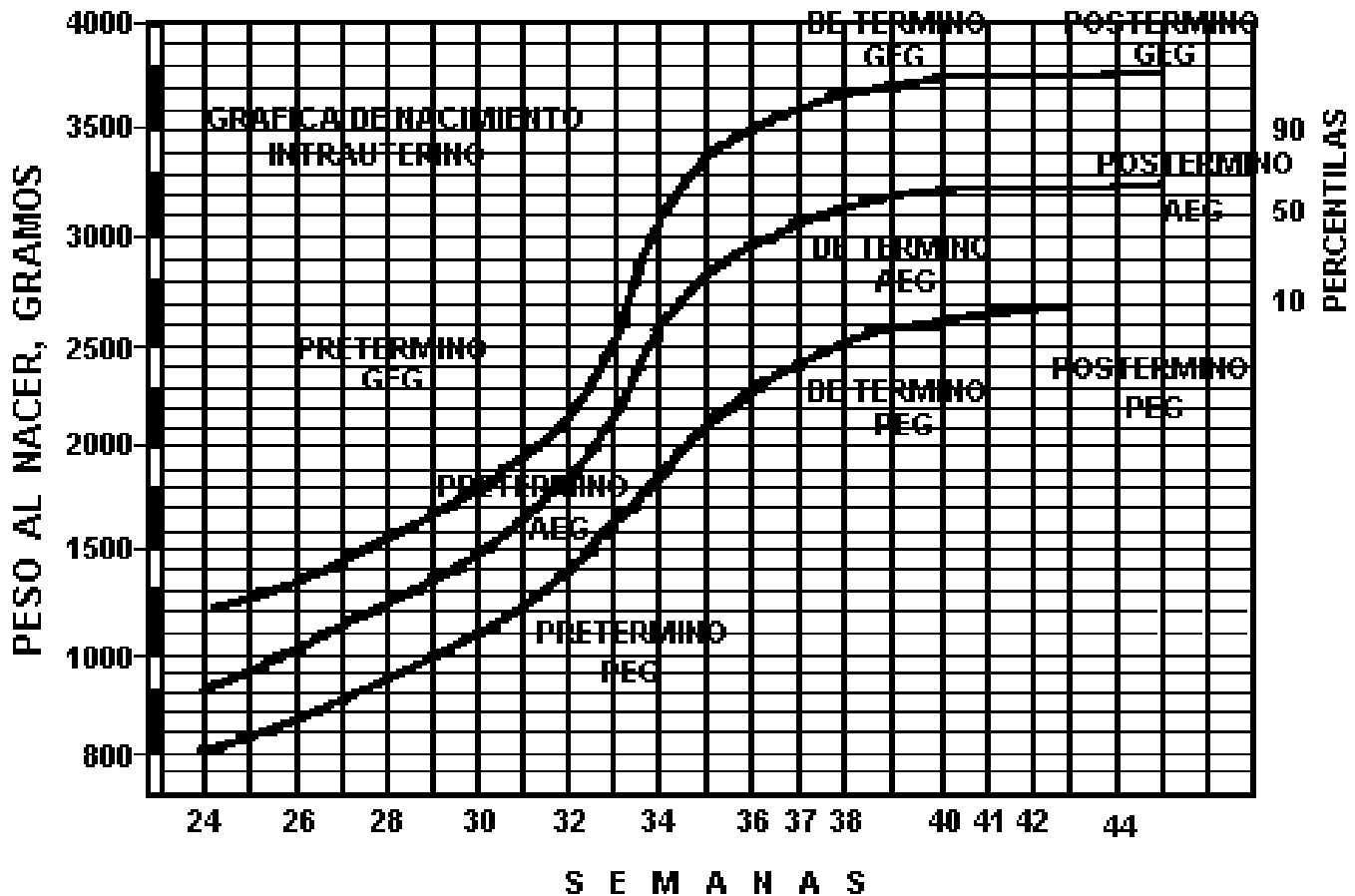
Hora real																				
TA (mmHg)																				
FC (lpm)																				
FR (x')																				
FCF																				
Musicoterapia																				
Termoterapia																				
Hidroterapia																				
Masoterapia																				
Esferodinamia																				
Aromaterapia																				
Posición Materna																				
Conducción (mU)																				
Pérdidas transvaginales																				
Vía Oral																				
Micción																				
Evacuación																				
Vómito																				
Percepción del dolor																				
Consistencia del cérvix																				
Posición del cérvix																				

Episiotomía:	Tipo:	Desgarro:	Grado:	Laceración:	Reparación / Episiorrafia:
MPF:				Sangrado estimado:	

Registro Cardiotocográfico									
Hora		Contracciones			Línea de base	Variabilidad	Asceleraciones	Desaceleraciones	Categoría
Inicio	Termino	Intensidad	Frecuencia	Duración					
Datos de la persona Recién Nacida									
Nacimiento		Sexo	Somatometría		Perímetro			Pequeño para edad gestacional	
Fecha	Hora		Peso	Talla	Cefálico	Torácico	Abdominal		
FC	FR	Temperatura	Silverman	Apgar	Capurro			Adecuado para edad gestacional	
Pretérmino	Término	Postérmino			Hipotrófico	Eutrófico	Hipertrófico	Grande para edad gestacional	

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

Escala Latch							
	0	1	2				
Coger	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Demasiado dormido ➤ No se coge al pecho 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Repetidos intentos de cogerse. ➤ Mantiene pezón en la boca. ➤ Llega a succionar 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Agarra el pecho ➤ Lengua debajo ➤ Labios que se ajustan ➤ Succión rítmica 				
Deglución Audible	Ninguna	Un poco si se le estimula	Espontaneo e intermitente (menos de 24 horas)				
Tipo de pezón	Invertidos	Planos	Evertidos tras estimulación				
Comodidad	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ingurgitadas ➤ Grietas ➤ Dolor severo 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mamas llenas ➤ Pezón lesionado ➤ Dolor: Medio/Moderado 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mamas blandas ➤ No dolor 				
Mantener colocado al pecho	Ayuda total (el personal mantiene al neonato colocado al pecho)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mínima ayuda ➤ Si se le enseña de un lado, la madre lo coloca al otro ➤ El personal lo coloca y luego la madre sigue 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No es necesario ayuda ➤ La madre es capaz de mantener al neonato colocado al pecho. 				
Puntaje total							

Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburg

[EPDS, por sus siglas en inglés]

Obtenido de la British Journal of Psychiatry [Revista Británica de Psiquiatría] Junio de 1987, Volumen 150 por J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky

La Escala de Depresión de Post -Parto de Edinburg se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión de post-parto; una afección alarmante más prolongada que la “Melancolía de la Maternidad” [“Blues” en inglés] (lo cual ocurre durante la primera semana después del parto) pero que es menos grave que la psicosis del puerperio. Estudios previos demostraron que la depresión de post-parto afecta por lo menos a un 10% de las mujeres y que muchas de las madres deprimidas se quedan sin tratamiento. Estas madres logran sobrellevar la carga de su bebé y las tareas de la casa, pero su placer por la vida se ve gravemente afectado y puede que toda la familia sufra consecuencias a largo plazo. La EPDS se creó en centros de salud en Livingston y Edinburg. Consiste de diez cortas declaraciones. La madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos. El estudio de validación demostró que las madres que obtienen resultados por encima del umbral del 92.3% es más probable que padezcan de alguna enfermedad depresiva de diferentes niveles de gravedad. No obstante, no se le debe dar más importancia a los resultados de la EPDS que al juicio clínico. Se debe realizar una evaluación clínica prudente para confirmar el diagnóstico. La escala indica la manera en que la madre se sintió durante la semana anterior y en casos dudosos, podría ser útil repetirla después de 2 semanas. La escala no detecta las madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad.

Instrucciones de uso:

1. Se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores.
2. Tienen que responder las diez preguntas.
3. Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas.
4. La madre debe responder la escala ella misma, a no ser que sus conocimientos del inglés sean limitados o que tenga problemas para leer.
5. La EPDS se puede usar entre las 6 y 8 semanas para evaluar a las mujeres en la etapa de post-parto. La clínica de pediatría, la cita de control de post-parto o una visita al hogar pueden ser oportunidades convenientes para realizarla.

Pautas para la evaluación:

A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0)

Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el “0” para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Se les harán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento.

Los usuarios pueden reproducir esta escala sin necesidad de obtener permisos adicionales siempre y cuando respeten los derechos de autor y citen los nombres de los autores, el título y la fuente del artículo en todas las copias que reproduzcan.

Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

Nombre: _____

Dirección: _____

Su fecha de Nacimiento: _____

Fecha de Nacimiento del Bebé: _____ Teléfono: _____

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy.

Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana.

Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas
Tanto como siempre
No tanto ahora
Mucho menos
No, no he podido
2. He mirado el futuro con placer
Tanto como siempre
Algo menos de lo que solía hacer
Definitivamente menos
No, nada
3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien
Sí, la mayoría de las veces
Sí, algunas veces
No muy a menudo
No, nunca
4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo
No, para nada
Casi nada
Sí, a veces
Sí, a menudo
5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno
Sí, bastante
Sí, a veces
No, no mucho
No, nada
6. Las cosas me oprimen o agobian
Sí, la mayor parte de las veces
Sí, a veces
No, casi nunca
No, nada
7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir
Sí, la mayoría de las veces
Sí, a veces
No muy a menudo
No, nada
8. Me he sentido triste y desgraciada
Sí, casi siempre
Sí, bastante a menudo
No muy a menudo
No, nada
9. He sido tan infeliz que he estado llorando
Sí, casi siempre
Sí, bastante a menudo
Sólo en ocasiones
No, nunca
10. He pensado en hacerme daño a mí misma
Sí, bastante a menudo
A veces
Casi nunca
No, nunca

Los usuarios pueden reproducir el cuestionario sin permiso adicional proveyendo que se respeten los derechos reservados y se mencionen los nombres de los autores, título y la fuente del documento en todas las reproducciones.

Taken from the British Journal of Psychiatry
June, 1987, Vol. 150 by J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
POSGRADO EN ENFERMERÍA PERINATAL
INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
COMENTARIO DEL USUARIO



FECHA: _____ HORA: _____

DE: _____ PARA: _____