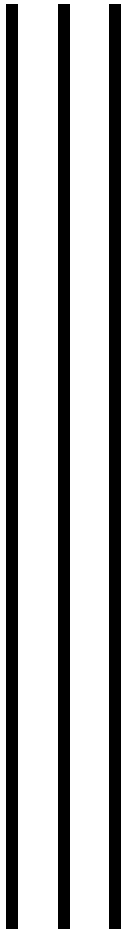




UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



ESTUDIO DE CASO: PRIMIGESTA CON RECHAZO AL
CAMBIO EN EL PLAN DE NACIMIENTO

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN
ENFERMERÍA PERINATAL
P R E S E N T A :

L. E. ORQUIDIA YARIM MARÍN AGUIRRE



ASESOR ACADÉMICO
E.E.P. ANA KAREN ARIAS CRUZ

CIUDAD DE MÉXICO, 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ESTUDIO DE CASO: PRIMIGESTA CON RECHAZO AL CAMBIO EN
EL PLAN DE NACIMIENTO

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN
ENFERMERÍA PERINATAL
P R E S E N T A :

L. E. ORQUIDIA YARIM MARÍN AGUIRRE



ASESOR ACADÉMICO
E. E. P. ANA KAREN ARIAS CRUZ

CIUDAD DE MÉXICO, 2021

RESUMEN

Estudio de caso: primigesta con rechazo al cambio en el plan de nacimiento.

Introducción: En el contexto de la atención del parto respetado, establecer un plan de nacimiento es imprescindible para que la gestante exprese necesidades, deseos, preferencias y expectativas, sin embargo; estos elementos deberían abordarse en conjunto con alternativas ante los posibles cambios. Objetivo: Establecer pautas para la implementación de cuidados especializados de enfermería a las gestantes ante el incumplimiento en su plan de nacimiento para prevenir alteraciones en la conversión a la maternidad. Método: Se elabora estudio de caso como método de investigación cualitativo de una situación real para analizar las intervenciones de enfermería que pueden mejorar el proceso de adaptación al enfrentar un cambio en la expectativa del plan de nacimiento. Descripción del caso: Primigesta con adecuado control prenatal, que, al enfrentarse a cambios en el plan de nacimiento, permea áreas de oportunidad en las intervenciones especializadas de enfermería que mejorarían el proceso de aceptación. Consideraciones éticas: El plan de nacimiento es una herramienta que al establecerse bajo un modelo principialista ofrece alternativas con base en los principios bioéticos de autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia. Conclusiones: Disponer de un plan de parto debe integrar intervenciones especializadas de enfermería que mejoren la aceptación de alternativas ante un cambio en dicho plan y así minimizar los factores que pudieran limitar la conversión a la maternidad y/o el desarrollar depresión posparto. Palabras clave: Plan de nacimiento, Control prenatal, Conversión a la maternidad, Intervención especializada, Indicación de cesárea, Depresión posparto.

ABSTRACT

Case study: primigravida with rejection of the change in the birth plan.

Introduction: In the context of respectful childbirth care, establishing a birth plan is essential for the pregnant woman to express needs, desires, preferences and expectations, however, these elements should be addressed together with alternatives to possible changes. Objective: To establish guidelines for the implementation of specialized nursing care for pregnant women in the event of non-compliance with their birth plan to prevent alterations in the conversion to motherhood. Method: A case study is developed as a qualitative research method of a real situation to analyze the nursing interventions that can improve the adaptation process when facing a change in the expectation of the birth plan. Case description: Primiparous with adequate prenatal care, which, when faced with changes in the birth plan, permeates areas of opportunity in specialized nursing interventions that would improve the acceptance process. Ethical considerations: The birth plan is a tool that, when established under a principled model, offers alternatives based on the bioethical principles of autonomy, justice, beneficence and non-maleficence. Conclusions: Having a birth plan should integrate specialized nursing interventions that improve the acceptance of alternatives in the face of a change in said plan and thus minimize the factors that could limit the conversion to motherhood and/or the development of postpartum depression. Keywords: Birth plan, Prenatal control, Conversion to motherhood, Specialized intervention, Indication for cesarean section, Postpartum depression.

AGRADECIMIENTOS

La elaboración de este estudio de caso ha sido posible gracias a las Instituciones sedes de práctica clínica, a saber, CIMIGen e INPer. Gracias por creer que quienes participamos en la práctica profesional de sus instituciones tenemos la capacidad de ser Enfermeras y Enfermeros Perinatales.

A mi asesora E.E.P. Ana Karen Arias Cruz, que motivó el desarrollo de este trabajo con la convicción de siempre hacer más no sólo por nuestras pacientes, sino por la profesión de enfermería al demostrarme que hacer pertrecho del trabajo que nuestras grandes precursoras han legado es posible y maximiza la calidad del Proceso Enfermero.

Gracias por toda la paciencia y por enseñarme que un numero puede parecer menor, pero verse mejor frente al disfraz de la excelencia... ¡Lo hicimos maestra!

A mi hermosa familia que me veía de lejos y siempre me animaba. A ti amore mío Omar Menchaca Ramírez que siempre me apoyas en todo lo que emprendo, gracias por estar y no dejarme soltar este hermoso proyecto. ¡Los amo!

DEDICATORIA

Al derecho de las mujeres de vivir una etapa de su vida dentro de un marco de libertad y seguridad. Una etapa que no lo es todo en el desarrollo humano femenino, pero sí lo es como una puerta de oportunidades al futuro para el nacimiento de una sociedad menos humana y más sensible a las necesidades del ser.

Índice

Introducción	1
Objetivos	3
Capítulo 1 Fundamentación	4
1.1 Relevancia	4
Capítulo 2 Marco teórico	7
2.1 Marco conceptual	7
2.2 Marco empírico	8
2.3 Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea E. Orem	10
2.4 Teoría de Ramona T. Mercer	18
2.5 Teoría de Cheryl Tatano Beck	22
2.6 Teorías y modelos aplicados al estudio de caso	30
2.7 Daños a la salud	31
Capítulo 3 Metodología	36
3.1 Búsqueda de información	36
3.2 Sujeto	37
3.3 Material y Procedimiento	38
Capítulo 4 Aplicación del proceso de atención de enfermería	46
4.1 Factores condicionantes	46
4.2 Antecedentes	47
4.3 Requisitos universales de autocuidado	48
4.4 Esquema metodológico	53
Capítulo 5 Conclusiones y recomendaciones	69
5.1 Conclusiones	69
5.2 Recomendaciones	70
5.3 Propuesta de formato para plan de parto	79
5.4 Recomendaciones para la mejora de la calidad	79
Referencias	82
Anexos	92
Apéndices	100

Tablas y diagramas

Diagrama 1 Teoría del Autocuidado

14

Elaborado por L.E. Marín Aguirre O. Y. Con referencia: Francisco del Rey C, Benavent Garcés M A, Ferrer Ferrandis E. Fundamentos de enfermería: El modelo teórico de Dorothea E. Orem. 2º Ed. España: Difusión y avances de enfermería; 2003.

Diagrama 2 Teoría del Déficit de Autocuidado

16

Elaborado por L.E. Marín Aguirre O. Y. Con referencia: Francisco del Rey C, Benavent Garcés M A, Ferrer Ferrandis E. Fundamentos de enfermería: El modelo teórico de Dorothea E. Orem. 2º Ed. España: Difusión y avances de enfermería; 2003

Diagrama 3 Teoría de Los sistemas de Enfermería

17

Elaborado por L.E. Marín Aguirre O. Y. Con referencia: Francisco del Rey C, Benavent Garcés M A, Ferrer Ferrandis E. Fundamentos de enfermería: El modelo teórico de Dorothea E. Orem. 2º Ed. España: Difusión y avances de enfermería; 2003

Diagrama 4 Sistemas que integran la Teoría del rol maternal

20

Elaborado por L.E. Marín Aguirre O. Y. Con referencia: Marriner Tomey A y Alligood M. Adopción del rol materno: Convertirse en madre de Ramona T. Mercer. Modelos y teorías en enfermería. 7ºed. España: Elsevier 2011

Diagrama 5 Estadios de adquisición del rol maternal

21

Elaborado por L.E. Marín Aguirre O. Y. Con referencia: Marriner Tomey A y Alligood M. Adopción del rol materno: Convertirse en madre de Ramona T. Mercer. Modelos y teorías en enfermería. 7ºed. España: Elsevier 2011

Diagrama 6 Teoría de Depresión Posparto	25
Elaborado por L.E. Marín Aguirre O. Y. Con referencia: Alligood M. Modelos y teorías en enfermería: Teoría de Cheryl Tatano Beck, Depresión posparto, 8° ed. España: Elsevier; 2014	
Diagrama 7 Etapas de Depresión Posparto	27
Elaborado por L.E. Marín Aguirre O. Y. Con referencia: Alligood M. Modelos y teorías en enfermería: Teoría de Cheryl Tatano Beck, Depresión posparto, 8° ed. España: Elsevier; 2014	
Diagrama 8 Teoría de Depresión Posparto: Propositiones	28
Elaborado por L.E. Marín Aguirre O. Y. Con referencia: Alligood M. Modelos y teorías en enfermería: Teoría de Cheryl Tatano Beck, Depresión posparto, 8° ed. España: Elsevier; 2014	
Diagrama 9 Teorías y Modelos aplicados al estudio de caso	30
Elaborado por L.E. Marín Aguirre O. Y. Con referencia: Francisco del Rey C, Benavent Garcés M A, Ferrer Ferrandis E. Fundamentos de enfermería: El modelo teórico de Dorothea E. Orem. 2° Ed. España: Difusión y avances de enfermería; 2003	
Tabla 1 Elementos que conforman el Plan de Parto y Nacimiento	34
Elaborado por L.E. Marín Aguirre O. Y. Con referencia: Comités Institucional y Técnico de la Estrategia de Atención al Parto Normal y de Salud Reproductiva, Política social e igualdad. Plan de Parto y Nacimiento. España, 2002 pp.3-26 Disponible en: https://cutt.ly/Jn2SOEO	
Diagrama 10 Sujeto	37
Elaborado por L.E. Marín Aguirre O. Y. Con referencia: Francisco del Rey C, Benavent Garcés M A, Ferrer Ferrandis E. Fundamentos de enfermería: El modelo teórico de Dorothea E. Orem. 2° Ed. España: Difusión y avances de enfermería; 2003	

Tabla 2 Recomendaciones para el primer contacto con la paciente	73
Elaborado por L.E. Marín Aguirre O.Y. Con referencia: Comités Institucional y Técnico de la Estrategia de Atención al Parto Normal y de Salud Reproductiva, Política social e igualdad. Plan de Parto y Nacimiento. España,2002 pp.3-26 Disponible en: https://cutt.ly/Jn2SOEO	
Tabla 3 Recomendaciones para el plan de parto y nacimiento	74
Elaborado por L.E. Marín Aguirre O.Y. Con referencia: Comités Institucional y Técnico de la Estrategia de Atención al Parto Normal y de Salud Reproductiva, Política social e igualdad. Plan de Parto y Nacimiento. España,2002 pp.3-26 Disponible en: https://cutt.ly/Jn2SOEO	
Tabla 4 Recomendaciones para el trabajo de parto	75
Elaborado por L.E. Marín Aguirre O. Y. Con referencia: Comités Institucional y Técnico de la Estrategia de Atención al Parto Normal y de Salud Reproductiva, Política social e igualdad. Plan de Parto y Nacimiento. España,2002 pp.3-26 Disponible en: https://cutt.ly/Jn2SOEO	
Tabla 5 Recomendaciones para parto: periodo expulsivo	76
Elaborado por L.E. Marín Aguirre O.Y. Con referencia: Comités Institucional y Técnico de la Estrategia de Atención al Parto Normal y de Salud Reproductiva, Política social e igualdad. Plan de Parto y Nacimiento. España,2002 pp.3-26 Disponible en: https://cutt.ly/Jn2SOEO	
Tabla 6 Recomendaciones para parto: alumbramiento	77
Elaborado por L.E. Marín Aguirre O.Y. Con referencia: Comités Institucional y Técnico de la Estrategia de Atención al Parto Normal y de Salud Reproductiva, Política social e igualdad. Plan de Parto y Nacimiento. España,2002 pp.3-26 Disponible en: https://cutt.ly/Jn2SOEO	
Tabla 7 Recomendaciones para el cuidado del recién nacido	78
Elaborado por L.E. Marín Aguirre O.Y. Con referencia: Comités Institucional y Técnico de la Estrategia de Atención al Parto Normal y de Salud	

Reproductiva, Política social e igualdad. Plan de Parto y Nacimiento. España,2002 pp.3-26 Disponible en: <https://cutt.ly/Jn2SOEO>

79

Tabla 8 Recomendaciones para el puerperio

Elaborado por L.E. Marín Aguirre O.Y. Con referencia: Comités Institucional y Técnico de la Estrategia de Atención al Parto Normal y de Salud Reproductiva, Política social e igualdad. Plan de Parto y Nacimiento. España,2002 pp.3-26 Disponible en: <https://cutt.ly/Jn2SOEO>

Tabla 9 Recomendaciones para establecer alternativas ante un cambio en el plan de parto y nacimiento

80

Elaborado por L.E. Marín Aguirre O.Y. Con referencia: Comités Institucional y Técnico de la Estrategia de Atención al Parto Normal y de Salud Reproductiva, Política social e igualdad. Plan de Parto y Nacimiento. España,2002 pp.3-26 Disponible en: <https://cutt.ly/Jn2SOEO>

Diagrama 10 Diagrama de Reason aplicado al estudio de caso: Primigesta con rechazo al cambio en el plan de parto y nacimiento

83

Elaborado por L.E. Marín Aguirre O.Y. Con referencia: Cometto M. C, Gómez P. F, Marcon Dal Sasso G. T, Zárate Grajales R. A, De Bortoli Cassiani S. H, Falconí Molaes C. Eventos adversos. Enfermería y seguridad de los pacientes. Washington, D.C.: OPS; 2011 Pp.43-54

Tabla Anexo 1 Escala de Bishop

93

Elaborado por: L.E. Marín Aguirre O.Y. Con referencia: Inducción del trabajo de parto en el segundo nivel de atención. México: Secretaría de Salud; 21. marzo.2013 Disponible en: <https://cutt.ly/fn8JvIK>

Tabla Anexo 2 Valoración de signo de Godet	94
Elaborado por: L.E. Marín Aguirre O.Y. Con referencia: Nieves Maybel. Signo de Godet: qué es, diagnóstico y enfermedades. Lifeder. Recuperado de https://www.lifeder.com/signo-de-godet/	
Tabla Anexo 3 Escala Bristol	95
Tabla 13 Escala Bristol. M. Mínguez Pérez and A. Benages Martínez. Escala de Bristol: ¿un sistema útil para valorar la forma de las heces? Rev. esp. enferm. dig. 2009; Vol.101 (5) Disponible en: https://cutt.ly/wBC1Xsf	
Tabla Anexo 4 Test APGAR	96
Tabla 14 Test de APGAR. Fernández Rodríguez B, Ureta Velasco N. Test de APGAR. Asociación Española de Pediatría. España. 2019; Pp 3. Disponible en: https://cutt.ly/81wO0TV	
Tabla Anexo 5 Silverman	97
Tabla 15 Escala Silverman & Anderson. López Maestro M, Melgar Bonis A, de la Cruz-Bertolo J, Perapoch López J, Mosqueda Pena R, Pallás Alonso C. Cuidados centrados en el desarrollo. Situación 24 en las unidades de neonatología de España. An. Pediatría	
Tabla Anexo 6 Escala LATCH	99
Elaborado por: L.E. Marín Aguirre O.Y. Con referencia: Báez León C, Blasco Contreras R, Martín Sequeros E, Del Pozo Ayuso M. L, Sánchez Conde A. I, Vargas Hormigos C. Validación al castellano de una escala de evaluación de la lactancia materna: el LATCH. Análisis de fiabilidad. Index Enferm. 2008; vol.17(3) Disponible en: https://cutt.ly/tn8ZV7o	
Tabla Anexo 7 Escala EVA	100
Tabla 17 M. T. Vicente Herrero, S. Delgado Bueno, F. Bandrés Moyá, M. V. Ramírez Iñiguez de la Torre y L. Capdevila García. Valoración del dolor.	

Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. Rev Soc Esp Dolor 2018;
25(4): pp 228-236 Disponible en: <https://cutt.ly/YBC2z1P>

Introducción

La evolución profesional en el ejercicio de enfermería exige que las intervenciones de cuidado a realizar estén relacionadas con los objetivos determinados por las necesidades de salud en las diferentes etapas de vida de la persona en su entorno. Para conseguirlo, es importante que el método científico se incorpore al proceso de atención mediante la guía teórica. En este estudio de caso, para identificar las intervenciones especializadas de enfermería a primigesta con rechazo al cambio en el plan de nacimiento, la guía que ofrece la teoría de autocuidado de Dorothea E. Orem, permite establecer las necesidades de autocuidado, las demandas de cuidado con base en capacidades y clasificar el tipo de intervención que se proveerán. Sin embargo, este modelo en conjunto con el modelo teórico propuestos por Ramona T. Mercer para la conversión a la maternidad y el modelo teórico de Cheryl Tatano Beck para identificar depresión posparto, permiten llegar más allá del cuidado general como intervención, permiten integrar una visión más amplia de las necesidades de salud de la mujer en esta etapa de vida, de manera que amplía la capacidad de desarrollar estrategias y herramientas plausibles basadas en evidencia científica para el cuidado.

Este estudio de caso tiene como objetivo establecer pautas para la implementación de intervenciones especializadas de enfermería que permitan a la mujer embarazada asimilar alternativas ante el cambio en el plan de nacimiento, y prevenir de esta manera alteraciones en la conversión a la maternidad, así como aportar evidencias que soporten que el establecimiento de dicho plan desde etapas tempranas de la gestación como parte del control prenatal redunde en beneficio para la mujer y su recién nacido.

Actualmente la información sobre la implementación, desarrollo y resultados a cerca del plan de nacimiento en las instituciones de salud a nivel nacional es muy limitada, sin embargo, las aportaciones de países como España al respecto, en conjunto con el análisis del evento con diagrama de Reason en este estudio de caso en comparación con las aportaciones relacionadas con la calidad y cantidad que provee la mujer al respecto de esta experiencia, serán de importante relevancia en el desarrollo de las intervenciones

especializadas de enfermería tanto preventivas como correctivas en el periodo de gestación, parto y puerperio que puedan establecerse en la práctica clínica y actividades de observancia obligatoria en un futuro no muy lejano.

Objetivos

General:

Establecer pautas para la implementación de cuidados especializados y personalizados de enfermería a las mujeres embarazadas ante el incumplimiento o cambios inesperados en su plan de nacimiento para prevenir alteraciones en la adopción del rol materno.

Específicos:

Aportar evidencias que refuercen el establecimiento del plan de nacimiento desde etapas tempranas de la gestación como parte del control prenatal.

Desarrollar intervenciones especializadas de enfermería preventivas y/o correctivas en el plan de nacimiento útiles en el periodo de gestación, parto y puerperio.

Identificar alternativas plausibles en paridad de las necesidades, deseos, preferencias y expectativas de la mujer embarazada en su plan de nacimiento.

Analizar el fenómeno de la conversión a la maternidad ante cambios inesperados en el plan de nacimiento, así como el efecto del establecimiento de cuidados específicos y personalizados y la prevención de alteraciones en dicho rol.

Aplicación de las teorías de enfermería: Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem, Teoría de la Conversión a la Maternidad de Maternal de Ramona T. Mercer y Teoría de la Depresión Posparto de Cheryl Tatano Beck para el desarrollo del PAE.

Capítulo 1

Fundamentación

1.1 Relevancia

El proceso de gestación implica cambios fisiológicos, anatómicos y psicológicos en la mujer embarazada que, bajo circunstancias carentes de control, puede poner en riesgo la vida no sólo de la madre, sino de su feto. Para minimizar riesgos y daños en la salud del binomio madre - hijo, en México se ha normado el establecimiento del control prenatal con el objetivo de mantener un enfoque preventivo e identificar factores de riesgo en etapas tempranas de la gestación¹, esto favorece la atención oportuna especializada a mujeres con embarazos de alto riesgo; sin embargo, un factor imprescindible para que la gestión de las consultas prenatales y su establecimiento subsecuente sean exitosos, es que estas cuenten con los siguientes atributos: ser provistas por personal calificado, deben ser oportunas, suficientes y apropiadas². Cada una de estas cualidades deberán ser dirigidas a un objetivo común: minimizar las tasas de morbimortalidad y brindar a la mujer una experiencia positiva del embarazo, parto, puerperio y su adecuada conversión a la maternidad.

La Organización Mundial de la Salud con el objetivo de orientar los programas internacionales de atención prenatal con enfoque de prevención, añade en sus recomendaciones para una experiencia positiva del embarazo, intervenciones para mejorar la utilización y la calidad de la atención prenatal; apela así al derecho de las mujeres de participar en las decisiones que afectan su sexualidad y salud reproductiva.³ De esta manera podemos equilibrar la importancia de mantener un enfoque de prevención con la expresión de necesidades, deseos, preferencias y expectativas de la mujer embarazada para brindar atención de calidad, para esto es importante planificar. La planificación no debe limitarse a la programación de consultas subsecuentes, sino que, al ser la aplicación racional de la mente humana en la toma de decisiones anticipatorias, con base en el conocimiento previo de la realidad, para controlar las acciones presentes y preveer sus consecuencias futuras, encausadas al logro de un objetivo plenamente deseado satisfactorio⁴, esta debería ser piedra angular en la construcción del rol materno. Por esta razón, trazar un plan de emergencia no es

suficiente y se vuelve igualmente importante la planeación del nacimiento para el establecimiento sin complicaciones del rol materno.

Si bien nuestro país busca alinearse a las recomendaciones internacionales que propone la Organización Mundial de la Salud para la atención en salud de las mujeres gestantes, la construcción de un plan de nacimiento es un ejercicio de práctica incipiente en México, en comparación con países como España, que ha legislado el desarrollo del plan de nacimiento como parte del ejercicio de las garantías de su población gestante.

En España, al concebir la estructura del plan de nacimiento con base en los derechos de las mujeres a acceder a la información, decidir, elegir, recibir protección de su intimidad y ejercicio de su dignidad⁵, se regula actualmente en su ley, el respeto a la autonomía de las pacientes, sus derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, lo que obliga en todo caso al profesional de salud que brinda atención prenatal a integrar la planificación como una herramienta que mejora la comunicación con la mujer embarazada. De esta manera se alinean las intervenciones profesionales con las metas internacionales de mantener un enfoque de prevención, y favorece la experiencia del embarazo y parto positivos, así como el desarrollo del rol materno sin complicaciones.

Actualmente uno de los conceptos que mejor definen el plan de nacimiento, se encuentra disponible en la guía Plan de parto y nacimiento, emitida por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salubridad de España, misma que describe el plan de nacimiento como un documento en el que la mujer puede expresar sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre este proceso, involucra a la familia de la mujer embarazada, se convierte en una guía para el profesional de salud, facilita la comprensión del proceso e identifica y minimiza interrupciones en el proceso de parto que pudieran vulnerar física y emocionalmente a la mujer⁶. Como consecuencia positiva, podemos añadir que esta planeación guía la adopción del rol materno, maximizando la posibilidad de asegurar el apego y lactancia materna exitosa.

El establecimiento claro y oportuno del plan de parto y nacimiento ofrece alternativas plausibles a la mujer embarazada para enfrentar de manera positiva situaciones imprevisibles, disminuyendo los riesgos que podrían amenazar el establecimiento del rol materno.

Este estudio de caso busca implementar cuidados específicos y personalizados de enfermería ante el incumplimiento o alteración del plan de nacimiento; destaca la importancia que el establecimiento del plan de nacimiento tiene en el proceso de gestación en etapas tempranas del embarazo, los beneficios que representa como un proceso de observancia obligatoria dentro del control prenatal y los beneficios que genera con el paso del tiempo, incluso para la sociedad, ya que al tener implícito entre sus metas la adopción del rol materno efectivo se establece un cambio en la forma de nacer y por ende en el comportamiento del tejido social en este mundo.

Capítulo 2

Marco teórico

2.1 Marco conceptual

Plan de nacimiento: Documento en el que la mujer que cursa un proceso de gestación puede expresar preferencias, necesidades, deseos, y expectativas sobre el proceso del nacimiento. Se puede elaborar en cualquier momento de la gestación, sin embargo, se recomienda su establecimiento entre las semanas 28 a 32, pudiendo ser modificado por la gestante o según el desarrollo de los acontecimientos durante el trabajo de parto o parto⁶.

Control prenatal: Conjunto de acciones que involucran una serie de visitas de parte de la mujer gestante a la institución de salud y la respectiva consulta médica, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo, detectar riesgos de forma temprana, prevenir complicaciones y preparar a la mujer para el parto, la maternidad y la crianza⁷.

Conversión a la maternidad: Proceso interactivo y evolutivo que se produce durante cierto periodo de tiempo, en el cual la mujer involucra una transformación dinámica y una evolución de la persona-mujer en comparación de lo que implica el rol maternal⁸.

Intervenciones de enfermería: Se define como cualquier tratamiento, basado en el criterio y el conocimiento clínico, que realiza un profesional de enfermería para mejorar los resultados del paciente⁹. Con base en la Teoría de los Sistemas de Enfermería de Dorothea Elizabeth Orem, estas intervenciones se clasifican según la demanda de autocuidado terapéutico del individuo en: Totalmente compensatorio, Parcialmente compensatorio y Apoyo - Educación. Estos sistemas se clasificarán en los siguientes modelos de enfermería: Actuar por otro, Guiar a otro, Apoyar a otro, Proporcionar entorno que fomente el desarrollo y Enseñar a otro.¹⁰

Indicación de cesárea: Se considera indicación de cesárea cuando la mujer gestante padece VIH, tiene antecedente de 2 cesáreas previas, situación transversa, presentación

pélvica, placenta previa total, antecedente de cirugía uterina, cardiopatía clase III y IV, estado fetal inestable, hidrocefalia fetal, malformaciones fetales, embarazo gemelar, primer gemelo pélvico, herpes genital activo, tumor que obstruya el canal de parto, cerclaje vía abdominal, desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, producto óbito mayor de 30 SDG en paciente sin trabajo de parto por más de 24 horas.⁴⁸

Depresión posparto: En el trabajo desarrollado por Cheryl Tatano Beck titulado: “Teetering on the Edge” en 2006, la autora define Depresión posparto como un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por la pérdida del control de las emociones y los procesos del pensamiento, cuyos síntomas pueden incluir: la pérdida de emociones positivas, incapacidad para concentrarse, inseguridad, soledad, ansiedad, dificultad para dormir o comer, culpa y/o vergüenza, pensamiento obsesivo, emociones de efecto montaña rusa y la contemplación de dañarse a sí misma o al bebé.⁵⁴

Otras definiciones la describen como: el resultado de la suma de factores estresantes biológicos (incluidos los genéticos), psicológicos, sociales, relacionales, económicos y situacionales que generalmente se presenta en las cuatro semanas posteriores al parto. El grado de depresión oscila desde leve a trastornos depresivos psicóticos o neuróticos^{12,45}.

2.2 Marco empírico

Los conceptos que mejor definen al plan de nacimiento, se encuentra disponible en la guía Plan de Parto y Nacimiento, emitida por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salubridad de España, misma que describe el plan de parto como un documento en el que la mujer puede expresar sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre este proceso, involucra a la familia de la mujer embarazada, se convierte en una guía para el profesional de salud, facilita la comprensión del proceso e identifica y minimiza interrupciones en el proceso de parto que pudieran vulnerar física y emocionalmente a la mujer⁶.

Se describe en el documento, que éste se compone de siete elementos en los que se debe informar a la paciente con veracidad en busca de preservar el respeto a sus deseos, pero con apertura igualitaria a los posibles cambios en el proceso de atención, esto

favorecería una ganancia bidireccional que impacta de forma positiva en la experiencia de la paciente.

Estos elementos se establecen con la llegada de la mujer embarazada a la unidad de atención o con la persona que guiará este proceso, continua con la descripción de los procesos de trabajo de parto, parto, alumbramiento, puerperio y cuidados del recién nacido, deja en último apartado las opciones del parto instrumentado y cesárea. En cada uno de estos elementos se permite a la mujer embarazada describir sus preferencias al respecto.

Actualmente, existe discrepancia al respecto de si es o no el Plan de Nacimiento una herramienta útil en el control prenatal, para mejorar no sólo la experiencia durante la gestación, el parto y el puerperio, sino también que permita mejorar la experiencia en la aceptación del rol parental materno y disminuir por lo tanto los factores de riesgo asociados al desarrollo de depresión post parto.

Por ejemplo, el trabajo “Efecto de los planes de parto en la experiencia del parto: una revisión sistemática” de la International Journal of Nursing Practice que se realizó mediante búsquedas en varias bases de datos obtuvo como resultados resultado de dos estudios que la puntuación media de la experiencia de nacimiento en el grupo que si desarrolló un plan de nacimiento fue significativamente mayor que en el grupo de control. Sin embargo, los resultados del segundo mostraron que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos con plan de nacimiento y el grupo control. Destacando además que la calidad de los estudios incluidos fue muy baja. Aun así, concluye que no hay suficiente evidencia para apoyar o refutar que el plan de nacimiento puede mejorar la experiencia del parto o la satisfacción con el parto.⁴⁷

Por otra parte, artículos de revisión como Repercussions of using the birth plan in the parturition process, emitido por la revista de enfermería brasileña Gaucha de Enfermagem, que busca analizar ¿Qué repercusiones puede tener la realización de un Plan de Parto durante el período prenatal en trabajo de parto, parto y posparto?

Describe tres importantes resultados ante la discrepancia emitida por otros reportes de estudio, que había concluido que aún no hay consenso sobre el uso del Plan de parto,

por no cumplir con los objetivos previstos, y asociarlos con mayores intervenciones obstétricas y resultados desfavorables para las mujeres. Los resultados se centraron en tres evidencias importantes:

- La construcción del Plan de Parto durante la atención prenatal influye positivamente en el proceso de parto y en los resultados materno-fetales.
- Las expectativas poco realistas pueden causar insatisfacción con la experiencia de parto.
- Los cuidadores juegan un papel clave en el apoyo y ejecución de los Planes de Parto.

Destaca además que la propuesta de humanización del parto se basa igualmente en tres aspectos fundamentales como: la restauración del protagonismo femenino durante el parto; la visión del parto como un evento cultural biopsicosocial humano; y la vinculación con la medicina basada en evidencias;⁴⁶ siendo congruente que el Plan Parto es una tecnología que potencia el cuidado humanizado de la mujer y del recién nacido.

Como consecuencia positiva, podemos añadir al respecto de los resultados de la evidencia encontrada, que esta planeación al favorecer la experiencia positiva del parto, guía la adopción del rol materno, maximiza la posibilidad de asegurar además una lactancia materna exitosa y disminuye la aparición de factores de riesgo asociados al desarrollo de depresión posparto.

2.3 Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea E. Orem

Dorothea E. Orem es una enfermera norteamericana que ha dedicado gran parte de su trabajo como enfermera a la docencia y la investigación. Desarrolló conceptos de enfermería y autocuidado desde 1965, progreso su modelo teórico hasta culminar en 1971, complemento en la década de los ochenta sus ideas respecto al ejercicio del autocuidado en el núcleo familiar, los grupos y comunidades. Actualmente la Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado es considerada una estructura conceptual de alto nivel de complejidad, integra tres subteorías que se complementan favoreciendo un

panorama de observación del individuo y facilita la estructura del Proceso de Atención de Enfermería.¹⁰

Metaparadigma: Conceptos que conforman la Teoría General del Déficit de Autocuidado

Cuidado: Necesidades de todas las personas a lo largo de la vida que favorecen el estado óptimo en salud, bienestar y desarrollo. Dentro de esta estructura teórica se desarrolla como una capacidad del individuo denominada autocuidado y representa el campo de estudio e intervenciones de enfermería.

Persona: Individuo con capacidad y habilidad para cubrir las necesidades a partir de cuidados con adecuado uso de recursos del entorno.

Entorno: Conjunto de elementos del medio en el que se desarrolla la persona, considerado un recurso que favorece a los cuidados.

Salud: Estado del individuo que condiciona sus necesidades de cuidados generales, capacidades y habilidades para satisfacerlas.¹⁰

Elementos que integran la Teoría General del Déficit de Autocuidado

Teoría del Autocuidado: Esta teoría se centra en la capacidad de los individuos maduros para llevar a cabo acciones de autocuidado o cuidado dependiente que satisfagan sus requerimientos universales con sus procesos de desarrollo humano asociados a los estados de salud y cuidados necesarios.

Destacar conceptos como el de autocuidado y cuidado dependiente permite visualizar el objetivo de las intervenciones de enfermería que se deberían ejecutar.

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

Cuidado dependiente: Práctica de actividades que personas responsables y maduras y en proceso de maduración inician y ejecutan en beneficio de personas socialmente dependientes, durante cierto tiempo o de manera continua para mantener la vida y contribuir a su salud y su bienestar.¹⁰

Los Requerimientos de Autocuidado se conforman de tres aspectos importantes: los llamados Requisitos Universales, los de Autocuidado del desarrollo y los de Desviación de la salud, estos constituyen las acciones o medidas que se utilizarán para proporcionar y favorecer el autocuidado, representan los objetivos que deben ser alcanzados mediante los tipos de acciones calificadas de autocuidado.

Requisitos Universales: reciben esta denominación por ser necesarios para el desarrollo en las diferentes etapas de la vida del individuo, estos son:

- Mantenimiento de un aporte suficiente de aire
- Mantenimiento de un aporte suficiente de agua
- Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento
- Provisión de cuidados asociados a los procesos de eliminación y los excrementos
- Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo
- Mantenimiento del equilibrio entre la soledad e interacción humana
- Prevención de peligros para la vida y el bienestar humanos
- Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo humano de ser normal.¹⁰

Requisitos de autocuidado del desarrollo: Estos requerimientos sobrevienen a un periodo concreto del ciclo vital de la persona, busca que la edad sea considerada como necesaria de identificar para atender las exigencias precisas de autocuidado de la persona. Esto se relaciona con las actividades a llevar a cabo para iniciar y promover el desarrollo en una edad y etapa particular del ciclo de vida. Orem describe dos tipos de requisitos de autocuidado del desarrollo:

- Crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales, y promueva los procesos de desarrollo, esto es, el progreso humano, hacia niveles más altos de organización de las estructuras humanas y hacia la madurez, durante las

siguientes etapas de la vida: Los estados intrauterinos de la vida y el proceso de nacimiento, La etapa de vida neonatal ya sea nacido a término o prematuramente, o nacido con bajo peso o peso normal, Infancia, Etapas de desarrollo de la infancia incluyendo la adolescencia y la entrada en la edad adulta, Etapas de desarrollo de la edad adulta y El embarazo ya sea en la adolescencia o en la edad adulta.

- Provisión de cuidados asociados a los efectos de las condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano: Provisión de cuidados para prevenir efectos negativos en tales condiciones y Provisión de cuidados para mitigar o superar los efectos negativos existentes en tales condiciones.¹⁰

Requisitos de autocuidado de desviación de la salud: Estos cuidados se precisan cuando la persona sufre una enfermedad o lesión y requiere cuidados específicos. Las alteraciones de salud provocan cambios en las estructuras, funcionamiento, conducta y hábitos de la persona pudiendo generar dependencia de otras personas. Para satisfacer estos requisitos, se necesitan conocimientos y tecnologías apropiadas que permitan identificar si la persona puede llegar a ser competente como agencia de autocuidado o como agencia de cuidado dependiente o bien, necesite ayuda enfermera. Se distinguen seis categorías de requisitos de autocuidado de desviación de la salud:

- Buscar y asegurar la ayuda médica adecuada en cada caso de exposición a agentes físicos y biológicos o a condiciones ambientales asociadas con acontecimientos y estados patológicos humanos, o condiciones patológicas que se sabe producen o están asociadas a patologías humanas.
- Tener conciencia y prestar atención a los efectos y los resultados de los procesos patológicos, incluyendo los efectos sobre el desarrollo.
- Llevar a cabo efectivamente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas, dirigidas a prevenir tipos específicos de patología o a la regulación del funcionamiento humano integrado, a la corrección de deformidades o anomalías o a la compensación de incapacidades.

- Tener conciencia y prestar atención o regular los efectos de las medidas de cuidados prescritos por el médico que producen malestar o deterioro, incluyendo los efectos sobre el desarrollo.
- 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 cuidado de la salud.
- Aprender a vivir con los efectos de las condiciones y estados patológicos y los efectos de las medidas de diagnóstico y tratamiento médico con un estilo de vida que fomente el desarrollo personal continuo.

Teoría del Autocuidado



Diagrama 1 Teoría del Autocuidado. Elaborado por L.E. Marín Aguirre O. Y. Con referencia: Francisco del Rey C, Benavent Garcés M A, Ferrer Ferrandis E. Fundamentos de enfermería: El modelo teórico de Dorothea E. Orem. 2º Ed. España: Difusión y avances de enfermería; 2003.

Teoría del Déficit de Autocuidado: Es el núcleo del modelo teórico. Establece que los individuos están sujetos a limitaciones relacionadas con su estado de salud que les capacita de forma directamente proporcional para el autocuidado. Determina cuándo es necesaria la intervención del profesional de enfermería. Este modelo teórico facilita la elaboración de los documentos que el profesional de enfermería utiliza en su práctica diaria, le permite desarrollar de forma eficiente el plan de cuidados y proporciona material de investigación que da pauta para profundizar en el conocimiento.

Uno de los conceptos más importantes que maneja esta teoría es el de agencia de autocuidado, misma que se describe como una habilidad adquirida por la persona madura o en proceso de maduración, de conocer y satisfacer sus requerimientos continuos mediante acciones deliberadas, con un propósito correcto, para desarrollar su propio funcionamiento y desarrollo humano.

Actuar como agencia de autocuidado supone identificar factores que deben ser controlados o tratados para regular el funcionamiento y desarrollo, decidir lo que puede y debería hacerse con relación a regularlos y finalmente realizar las actividades de cuidado destinadas a cubrir los requerimientos de autocuidado.

A medida que la persona se ocupa de su autocuidado desarrolla las habilidades para cuidar de sí misma.

Por otra parte, la agencia de autocuidado dependiente debe entenderse como la capacidad desarrollada o en proceso de desarrollo de la persona para conocer y cubrir las demandas de autocuidado terapéuticos de personas socialmente dependientes de ellas, regular el desarrollo o ejercicios de la agencia de autocuidado de la persona dependiente.¹⁰

Teoría del Déficit de Autocuidado



Diagrama 2 Teoría del Déficit de Autocuidado. Elaborado por EEEP Marín Aguirre O. Y. Con referencia: Francisco del Rey C, Benavent Garcés M A, Ferrer Ferrandis E. Fundamentos de enfermería: El modelo teórico de Dorothea E. Orem. 2º Ed. España: Difusión y avances de enfermería; 2003.

Teoría del Sistema de Cuidados de Enfermería: Los elementos para desarrollar el Proceso de Atención de Enfermería, se desarrollan en esta teoría. Es aquí donde se determina con base en las anteriores subteorías el grado de atención de cuidados que se proporcionarán al individuo y la forma de proporcionarlos¹⁰:

- Actuar por otro
- Guiar a otro
- Apoyar a otro
- Proporcionar entorno de desarrollo
- Enseñar a otro

Teoría de los Sistemas de Enfermería



Diagrama 3 7 Teoría de Los sistemas de Enfermería. Elaborado por EEEP Marín Aguirre O. Y. Con referencia: Francisco del Rey C, Benavent Garcés M A, Ferrer Ferrandis E. Fundamentos de enfermería: El modelo teórico de Dorothea E. Orem. 2° Ed. España: Difusión y avances

2.4 Teoría de Ramona T. Mercer

Ramona T. Mercer es una enfermera norteamericana que ha escrito diferentes libros con enfoque de cuidado para la integración del rol de los padres cuando inician esta etapa de vida con la llegada de una nueva persona. Fue en 1995 cuando publicó su sexto libro: Convertirse en madre donde describe su Teoría del Rol Materno y los factores que afectan la adopción de este rol.

Actualmente su trabajo es considerado como Subteoría y resulta de importante relevancia al permitir potenciar sus aportaciones en conjunto con otras teorías de enfermería.

Para desarrollar esta teoría, Mercer seleccionó variantes maternas como infantiles e integró factores maternos como la edad del primer nacimiento, la experiencia del nacimiento, el estrés social, la separación precoz del niño, las características de la personalidad, las actitudes de crianza-salud y el autoconcepto, incluyó además la importancia del rol paterno.⁸

Metaparadigma: Conceptos que conforman la Teoría de la conversión a la maternidad

Cuidado: Es la asistencia a través de la formación y el apoyo proporcionado al individuo incapaz de proporcionar para sí mismo atención específica y se interpone con entorno.

Persona: Bajo este concepto, Mercer expresa que se trata de la conciencia como núcleo que evoluciona a través de un contexto cultural y es determinado por las circunstancias.

Añade que los conceptos de autoestima y confianza en sí mismo son importantes para la adopción del rol maternal. La madre como persona se considera una entidad independiente, pero en interacción con el niño, el padre u otra persona significativa.

Entorno: Describe la cultura del individuo, pareja, familia o red de apoyo que se relaciona con la adopción del papel maternal. El amor, el apoyo y la contribución por parte del cónyuge, los familiares y los amigos son factores importantes para hacer a la mujer capaz de adoptar el papel de madre.

Salud: Mercer define el estado de salud como una percepción particular que la madre y el padre poseen de su salud anterior, actual y futura y el rechazo del rol enfermo. El estado de salud de la familia se ve perjudicado por el estrés preparto. La salud también

se considera como un objetivo deseable para el niño y está influida por variables tanto maternas como infantiles.⁸

Elementos que integran la Teoría de la conversión a la maternidad

La teoría de los sistemas se sitúa en círculos concéntricos que describen los factores involucrados en el establecimiento del rol maternal.

El microsistema es el entorno inmediato donde ocurre la adopción del rol materno, que influyen factores como el funcionamiento familiar, la familia, relaciones entre la madre y el padre, el apoyo social y el estrés. El niño está incluido en el sistema familiar. La familia se considera como un sistema semicerrado que mantienen los límites y el control sobre el intercambio del sistema familiar. El microsistema es la parte que más afecta la adopción del rol maternal, este rol se consigue por las interacciones con el padre, la madre y el niño.

El mesosistema incluye, interactúa y agrupa con las personas en el microsistema. Las interacciones del mesosistema influyen en lo que ocurre con el rol materno en desarrollo y el niño; en este se incluyen la escuela, guarderías, entorno laboral, lugares de culto y otras entidades de la comunidad.

El macrosistema se refiere a los prototipos que existen en la cultura en particular o en la coherencia cultural transmitida, también incluye influencias culturales, políticas y sociales. El macrosistema lo origina el entorno del cuidado de la salud sobre la adopción del rol maternal, las leyes nacionales respecto a las mujeres y niños y las prioridades del rol materno en la adopción del rol materno.⁸

Sistemas que integran la Teoría de la conversión a la maternidad

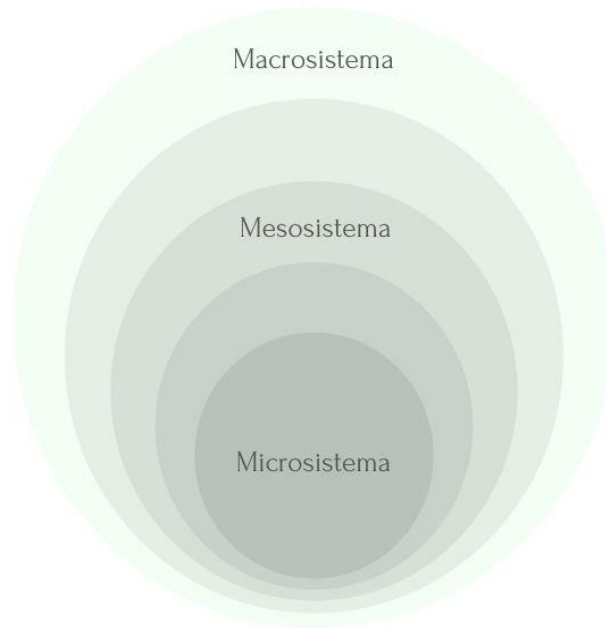


Diagrama 4 8 Sistemas que integran la Teoría del rol maternal. Elaborado por L.E. Marín Aguirre O. Y. Con referencia: Marriner Tomey A y Alligood M. Adopción del rol materno: Convertirse en madre de Ramona T. Mercer. Modelos y teorías en enfermería. 7ªed. España: Elsevier 2011

Estadios de adquisición del rol maternal describe los momentos de adquisición del rol maternal, se conforma de cuatro periodos: Anticipación, periodo formal, periodo informal y personal.

La anticipación comienza con la gestación e incluye los primeros ajustes sociales y psicológicos al embarazo. La madre aprende las expectativas del rol, fantasea con él, establece una relación con el feto y se inicia la adopción del rol.

El periodo formal da inicio cuando nace el niño e incluye el aprendizaje del rol y su activación.

El periodo informal se considera dentro del tiempo respectivo a cuando la madre desarrolla su propia forma de desarrollar el rol sin necesidad de haber recibido información por el sistema social, basándose en las experiencias pasadas y objetivos futuros la mujer hace que el nuevo rol encaje en su estilo de vida.

En el periodo personal la mujer interioriza el rol, experimenta un sentimiento de confianza armonía y competencia de modo que lleva a cabo y alcanza el rol maternal.⁸

Estadios de adquisición de la conversión a la maternidad



Diagrama 5 Estadios de adquisición del rol maternal. Elaborado por L.E. Marín Aguirre O. Y. Con referencia: Marriner Tomey A y Alligood M. Adopción del rol materno: Convertirse en madre de Ramona T. Mercer. Modelos y teorías en enfermería. 7ªed. España: Elsevier 2011

El modelo teórico propuesto por Mercer tiene su aplicación en el cuidado de enfermería, específicamente para promover la adopción del rol materno o mejor dicho, favorecer la adaptación dentro de la etapa de vida de una mujer adolescente o adulta de ser madre, desde la gestación hasta el primer año de vida del hijo, así mismo tiene utilidad en la investigación y en la formación de los profesionales de enfermería, proveyendo una guía teórica que enriquece la disciplina de enfermería, impulsando la identidad y autonomía profesional en el área materno infantil.

En este sentido, Mercer nos dice que quien ocupe el rol de madre, debe tener la capacidad de brindarle alimento, cuidados necesarios y el cariño al recién nacido. Por tal motivo se denomina “cuidador principal” o según la Teoría de Autocuidado de Dorothea E. Orem, se denominará Agencia de Cuidado Dependiente.

Es importante mencionar que algunos actos hospitalarios pueden afectar a la mujer en situación de embarazo o puerperio, dificultando posteriormente el correcto vínculo de apego con el recién nacido. El estrés o elevadas expectativas al respecto de la experiencia materna repercute significativamente en las mujeres gestantes y como consecuencia directa en sus recién nacidos, ya que el neonato, como menciona Mercer al respecto de la Respuesta del Desarrollo de éste, en el estado adaptativo que se encuentra necesita a su madre emocionalmente fuerte.⁵³

2.5 Teoría de Cheryl Tatano Beck

Cheryl Tatano Beck es enfermera norteamericana, cuenta con doctorado en ciencias de la enfermería en la Universidad de Boston también tiene un máster en enfermería materna y del recién nacido en la Universidad de Yale. Su trabajo se ha inclinado por la investigación en enfermería.

Como autora y divulgadora de sus investigaciones, Beck ha escrito más de 100 artículos en revistas y las ha presentado en foros locales, nacionales e internacionales, ha escrito diversos artículos sobre estrategias mediante análisis estadístico y sobre el abordaje de las estrategias a través de análisis cualitativos.

Ha dirigido siete estudios importantes en la formación y cuidados para estudiantes de enfermería, durante más de tres décadas ha contribuido al desarrollo de conocimiento en

enfermería obstétrica. El objetivo de sus estudios termino siendo el período postparto y estudios específicos de los trastornos de ánimo después del parto.

Todos estos trabajos han dado como resultado la teoría de la depresión postparto en 1993 y así desarrolló de la escala de valorización de la depresión posparto y de un listado de los predictores de la depresión postparto.¹²

Metaparadigma: Conceptos que conforman la Teoría de la Depresión Posparto

Cuidado: Beck describe el cuidado como una obligación del profesional de enfermería a quienes tienen una necesidad específica que afecte directamente su estado de salud. Pero también lo describe como un deber mutuo entre los profesionales de enfermería y los individuos en formación académica, es decir los estudiantes. Asegura que los cuidados son las principales vías para alcanzar los objetivos de salud y la sensación de formar parte de un todo

Persona: Según la teorista la persona se describe en términos de un todo, con componentes biológicos, sociológicos y psicológicos, también existe un fuerte compromiso con la idea de la persona, o con la personalidad, se comprende el contexto social.

Salud: Beck describe la salud como un producto de las respuestas de la mujer a las vidas y los ambientes que le rodean.

Entorno: Es el entorno exterior incluye acontecimientos, situaciones, cultura, aspectos físicos, ecosistemas y sistemas sociopolíticos. Además, hace mención de los patrones existentes del conocimiento de que las mujeres en el período fértil reciben cuidados dentro de un sistema de salud estructurado en el modelo médico e impregnado por una ideología patriarcal.¹²

Elementos que integran la Teoría de la Depresión Posparto

Culturalmente, se espera que las mujeres se sientan felices, parezcan felices y comprendan cómo ser madres de forma natural, y que experimente la maternidad con un sentimiento de estar completas. Estas expectativas hacen que sea difícil para las mujeres expresar sus sentimientos genuinos de malestar.

Sin embargo, la depresión posparto no es un trastorno homogéneo. Las mujeres pueden expresar una depresión posparto con un único síntoma, pero es más probable que tengan una importante cantidad de síntomas variables. Esto se debe a sus distintas historias vitales. Y a los factores estresantes.

La depresión posparto es el resultado de la suma de factores estresantes biológicos (incluidos los genéticos), psicológicos, sociales, relacionales, económicos y situacionales. Los acontecimientos estresantes internos o externos, especialmente a lo largo de períodos prolongados, dan lugar a una alteración de la regulación biológica en el cerebro. Cuando un cerebro ya alterado es sometido de nuevo a más circunstancias de estrés internas o externas, es probable que ocurra un trastorno grave del ánimo o un trastorno psiquiátrico.¹²

Es importante considerar que el cerebro normal y único de las mujeres, además de su química hormonal, dan lugar a una vulnerabilidad ante los trastornos del ánimo en los momentos delicados de sus vidas, incluido el posparto.

Dentro del marco de la prevención, la depresión posparto se puede identificar de forma precoz con una detección sistemática adecuada, y así, tratarse de forma eficaz. La prevención puede aliviar meses de sufrimiento y disminuir los efectos nocivos sobre las mujeres, sus hijos y sus familias.

Algunas consecuencias y desafíos biológicos, sociológicos y psicológicos son completamente normales en todos los embarazos. Pueden incluir cansancio, alteraciones del sueño y preguntas sobre sus propias capacidades y el placer. Los cuidados prenatales y posnatales pueden eliminar los síntomas patológicos de molestos y ayudar a las mujeres a normalizar los síntomas esperados, de forma que se reduzca el grado de estrés que experimentan.

Teoría de Depresión Posparto

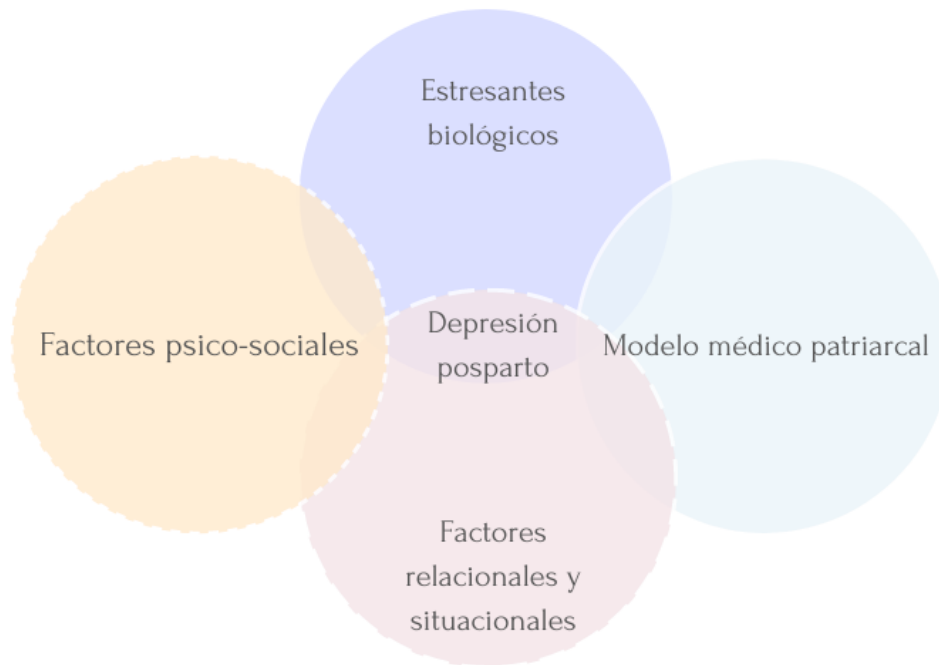


Diagrama 6 Teoría de Depresión Posparto. Elaborado por L.E. Marín Aguirre O. Y. Con referencia: Alligood M. Modelos y teorías en enfermería: Teoría de Cheryl Tatano Beck, Depresión posparto, 8° ed. España: Elsevier; 2014

Esta teoría se compone de cuatro constructos o etapas y 22 proposiciones que consisten en conceptos que incluyen factores de riesgo, síntomas y factores predictivos:

- Etapa 1: Consiste en el afrontamiento, puede ocurrir dentro de unas pocas semanas a seis meses posteriores al parto. En esta etapa, la mujer se siente de forma inesperada, como si estuviera atrapada sin ninguna posibilidad de escape, durante esta etapa pueden ocurrir ataques de ansiedad descritos como la pérdida de la propia mente, y en ocasiones sentirse peor que la depresión real. Esto se conjuga con pensamientos obsesivos que ocurren a menudo. Esta forma de pensar se presenta en las horas de vigilia e interfiere en los intentos de dormir. Estos síntomas son referidos por las mujeres como la incapacidad de “apagar su mente”. El resultado de esto es el agotamiento físico y mental que la lleva a la siguiente condición descrita como la etapa de la niebla envolvente donde puede incluir la pérdida de la capacidad de concentración y/o la pérdida de las habilidades motoras, lo que conduce a respuestas involuntarias
- Etapa 2: Esta es la muerte de mi misma, la mujer ya no se siente normal, siente que su identidad interior se encuentra ausente, como si fuera un ser automático que está vacío de emoción y de cariño. La mujer comienza a aislarse como efecto secundario a la pérdida del interés en las antiguas actividades placenteras, de amigos e incluso familia; en la última instancia conduce a la contemplación y al intento de autodestrucción a través de pensamientos acerca de hacerse daño a sí misma o al bebé, e incluso llegar a pensamientos de muerte.
- Etapa 3: En medio de esta etapa, las mujeres luchan por sobrevivir y muchas veces tienen dificultades para participar en las actividades de la vida diaria, mientras que, en medio de la lucha por sobrevivir, el deseo de la mujer es avanzar para la resolución de las condiciones formadas en la etapa anterior. Cuando intentan buscar tratamiento, las mujeres a menudo se enfrentan a la decepción, humillación, la ira y la frustración. La razón principal por la que ocurren estos nuevos sentimientos encontrados se debe a la falta de asistencia que reciben de los miembros de su familia, amigos e incluso sus proveedores de servicios de salud u obstetras mientras buscan ayuda en la atención primaria. Las mujeres a

menudo recurren a sus creencias religiosas para buscar consuelo en sus grupos de apoyo.

- Etapa 4: Esta es la etapa final experimentada en la DPP es aquella en la que recupera el control. Una persona no puede recuperar el control instantáneamente, este es un proceso que ocurre como una transición impredecible. Las mujeres experimentan días que ellas mismas describen como buenos, pero aún se encuentran con días malos. Durante este proceso, de luto por el tiempo perdido, se constata que los momentos perdidos con su bebé no pueden recuperarse. A menudo la recuperación puede ocurrir, pero está reservada debido a la sensación de una presencia persistente de la depresión como si se anticipara a presentarse de nuevo.

Etapas de la Depresión Posparto

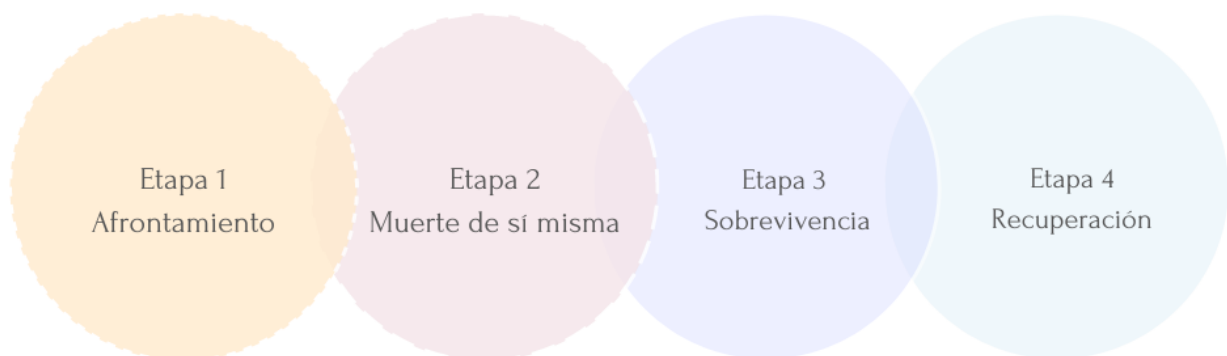


Diagrama 7 Teoría de Depresión Posparto. Elaborado por L.E. Marín Aguirre O. Y. Con referencia: Alligood M. Modelos y teorías en enfermería: Teoría de Cheryl Tatano Beck, Depresión posparto, 8° ed. España: Elsevier; 2014

A su vez Beck categoriza 22 proposiciones clave de la Teoría de la Depresión Posparto, estos consisten en conceptos que incluyen factores de riesgo, síntomas y factores predictivos:

22 Proposiciones clave de la Teoría de la Depresión Posparto

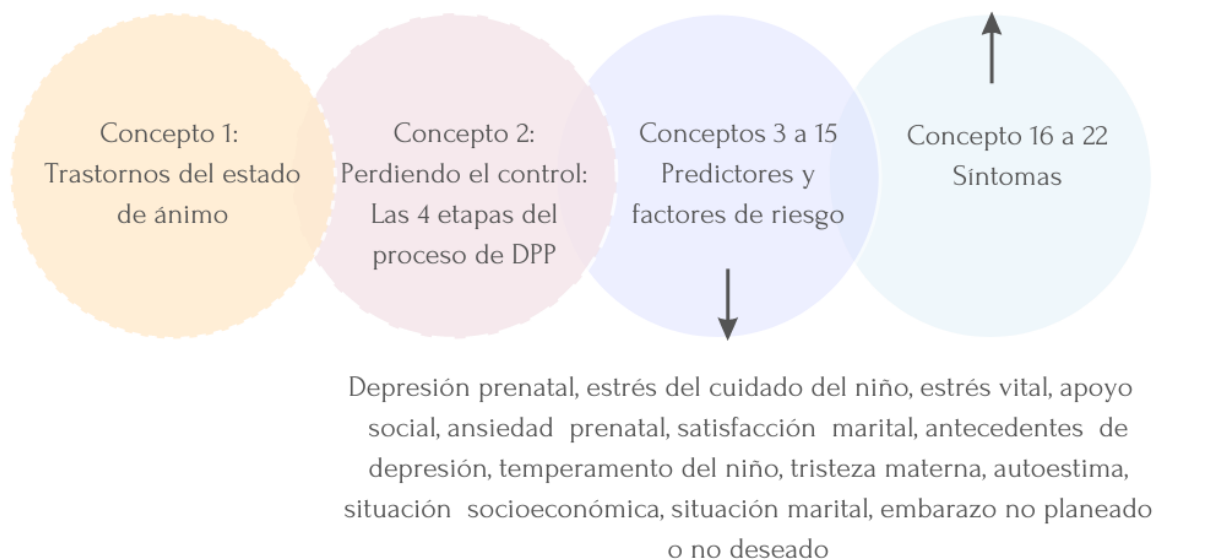


Diagrama 8 Teoría de Depresión Posparto: Proposiciones. Elaborado por L.E. Marín Aguirre O. Y. Con referencia: Alligood M. Modelos y teorías en enfermería: Teoría de Cheryl Tatano Beck, Depresión posparto, 8° ed. España: Elsevier; 2014

Este trastorno comienza a partir del nacimiento del recién nacido, y presentarse en cualquier momento durante el primer año después del evento obstétrico, siendo más frecuente la aparición de síntomas en las primeras 4 semanas del puerperio. Por lo que es importante valerse de tecnologías específicas que permitan su diagnóstico oportuno.⁵⁴

2.6 Teorías y modelos aplicados al estudio de caso

Dorothea E. Orem en su teoría del déficit de autocuidado permite hacer un análisis general de la persona y determinar las necesidades de autocuidado, sus demandas de cuidado con base en capacidades y clasificar el tipo de intervención que se proveerán, en este caso, a la primigesta con rechazo al cambio en el plan de parto y nacimiento¹⁰. Este modelo en conjunto con el modelo teórico propuesto por Ramona T. Mercer para la adopción del rol maternal que se aplica en el cuidado de enfermería desde el inicio del proceso de la gestación hasta el primer año de vida del hijo, permite llegar más allá del cuidado general como intervención, establece los fundamentos para brindar atención especializada y personalizada, ofrece además alternativas cuando las expectativas se aclaran y se mira el parto como un solo momento de todo el proceso de gestación vulnerable al cambio¹¹. Integrar en este proceso un enfoque de prevención de riesgos para la vida del que hace mención Dorothea E. Orem hace de la teoría de Cheryl Tatano Beck una herramienta que permite identificar la predisposición a padecer depresión posparto de forma oportuna, y medir su impacto en la adopción del rol materno dentro de los cuatro estadios que visualiza Ramona T. Mercer.

Teorías y modelos aplicados al estudio de caso

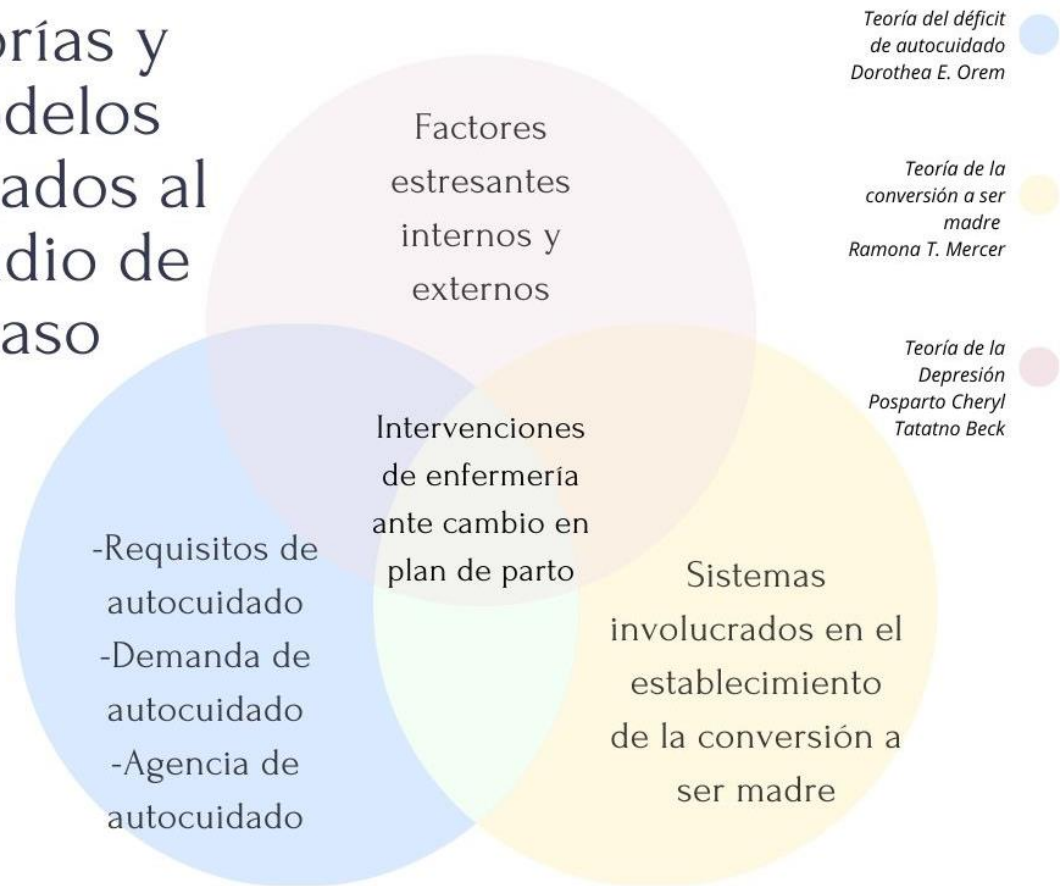


Diagrama 9 Teorías y Modelos aplicados al estudio de caso. Elaborado por L.E. Marín Aguirre O. Y. Con referencia: Francisco del Rey C, Benavent Garcés M A, Ferrer Ferrandis E. Fundamentos de enfermería: El modelo teórico de Dorothea E. Orem. 2º Ed. España: Difusión y avances de enfermería; 2003
Marriner Tomey A y Alligood M. Adopción del rol materno: Convertirse en madre de Ramona T. Mercer. Modelos y teorías en enfermería. 7ºed. España: Elsevier 2011.
Alligood M. Modelos y teorías en enfermería: Teoría de Cheryl Tatano Beck, Depresión posparto, 8º ed. España: Elsevier; 2014

2.7 Daños a la salud

Con base en los conceptos que definen las teorías anteriores, se debe establecer el riesgo de daños a la salud derivados de una atención deficiente.

Dorothea E. Orem define en su teoría del déficit de autocuidado, que los cuidados son actividades necesarias que contribuyen a la supervivencia y a la salud de las personas, hace de este concepto un abanico de oportunidades para proveer de cuidados según la valoración de requisitos de autocuidado universales, de desarrollo o desviación que se encuentre alterada. La falta de atención en materia de cuidados proporcionados en cualquier proceso de la vida que cualquier individuo se encuentre viviendo, impactará de manera negativa sobre su capacidad de autoconocimiento y autocuidado. Por otra parte, Ramona T. Mercer explica en su teoría del rol maternal que el proceso de gestación no necesariamente por sí sólo, genera el afrontamiento y establece el rol materno en las mujeres gestantes, si agregamos las experiencias desagradables e incluso traumáticas durante el embarazo y el parto, el impacto en el estado de salud de la mujer psicológico, físico y social, la predispone a padecer depresión posparto condición que profundiza Cheryl Tatano Beck y a su vez puede fracturar por completo su adaptación al rol maternal, lo que deriva en agencias de autocuidado disfuncionales y por lo tanto una sociedad totalmente vulnerable a repetir patrones de falta de cuidado.

La guía del profesional de enfermería perinatal en todo el proceso de gestación se vuelve piedra angular para limitar cualquier experiencia negativa del embarazo, trabajo de parto y puerperio y de ser posible evitarla.

En este estudio de caso: primigesta con rechazo al cambio en el plan de nacimiento, se podrán observar los aspectos detallados de un rechazo al cambio en el plan de parto derivado de una construcción de expectativas desviadas y la falta de apoyo educativo desde semanas previas al inicio del trabajo de parto, la toma de decisiones de la mujer embarazada y su familia como un factor de riesgo para la actuación oportuna y las complicaciones emocionales en el establecimiento del rol materno.

Se busca con esto demostrar la importancia de establecer el plan de nacimiento como una herramienta de observancia obligatoria dentro del control prenatal que no sólo permita que la mujer pueda expresar sus preferencias, necesidades, deseos y

expectativas sobre este proceso, sino que también pueda constituirse como una herramienta eficaz para favorecer un proceso de parto natural y fisiológico, mejorar la comunicación usuarios pacientes-profesionales de salud, y conservar un mayor control del propio proceso de parto, con mejores resultados obstétricos y neonatales y mayor de satisfacción⁶

Mejorar el grado de cumplimiento de los planes de parto resulta fundamental en la consecución de estos resultados. Se hacen necesarias políticas que favorezcan el uso de los planes de parto que mejoren la implementación y cumplimiento de los mismos.

A continuación, se tabula la estructura del contenido del plan de parto emitido por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salubridad de España. Este documento recomienda abordar este plan de nacimiento entre la semana 28 a 32 de gestación con el objetivo de favorecer la experiencia positiva del trabajo de parto y parto, con lo que además se favorecería la adopción del rol materno y la disminución de la probabilidad de desarrollar Depresión post parto.

Elementos que conforman el Plan de Nacimiento	Descripción
Llegada al hospital	<p>La paciente puede expresar sus preferencias respecto a quien o quienes le acompañaran en el proceso, especifica además quien no quiere que le acompañe en ese momento.</p> <p>Expresa sus necesidades específicas a considerar por el personal de salud si existe alguna capacidad, cultura e idioma diferente.</p> <p>Define el espacio físico donde prefiere parir y si prefiere el uso de su propia ropa o la ropa del servicio médico.</p>
Periodo de dilatación	<p>Aquí la paciente especifica quien o quienes conformaran al equipo que le proporciona atención de salud a ella como a su recién nacido. Elige los dispositivos que usará y define la posición que prefiere para parir.</p> <p>Explica que se puede atender el manejo del dolor, así como el uso de medicamentos para la inducción y conducción de su trabajo de parto si existen criterios que lo justifiquen, de igual manera para la colocación de catéter corto periférico sondaje vesical y rotura de membranas.</p>
Periodo expulsivo	<p>En este apartado la paciente puede expresar expectativas y se debe explicar la forma de pujar, la posibilidad de aplicar episiotomía, como se presentará el nacimiento de su bebé y la importancia del contacto piel con piel. La paciente define la participación de su familia al momento del corte del cordón umbilical, así como sus expectativas relacionadas con la lactancia materna.</p>
Alumbramiento	<p>La paciente expresa sus necesidades específicas si existe alguna costumbre cultural respecto a la placenta.</p>
Cuidados del recién nacido	<p>Los cuidados de reanimación básica para el recién nacido, el baño y somatometría también deberán expresarse con base en las necesidades de la paciente. Se ofrecen alternativas si existe un cambio en esta dinámica que demande el estado de salud de la persona recién nacida.</p>
Puerperio	<p>El manejo y cuidados proporcionados deben apegarse a los deseos de la paciente, y evitar al máximo la separación de binomio.</p>

<p style="text-align: center;">Parto instrumentado y cesárea</p>	<p>Este apartado sugiere la posibilidad de definir y empatar los deseos de la mujer con las necesidades ante el cambio en el plan de parto y nacimiento, ofrece alternativas plausibles y adapta los deseos de la mujer con las intervenciones de enfermería y médicas.</p>
---	---

Tabla 2 Elementos que conforman el Plan de Parto y Nacimiento Elaborado por L.E. Marín Aguirre O. Y. Con referencia: Comités Institucional y Técnico de la Estrategia de Atención al Parto Normal y de Salud Reproductiva, Política social e igualdad. Plan de Parto y Nacimiento. España, 2002 pp.3-26 Disponible en: <https://cutt.ly/Jn2SOEO>

Esto con la finalidad de anticipar las intervenciones especializadas y personalizadas de enfermería a las mujeres embarazadas ante el incumplimiento o cambios inesperados en su plan de nacimiento para prevenir alteraciones en el establecimiento en la etapa de vida de la mujer de ser madre y minimizar de forma directamente proporcional los factores asociados a desarrollar depresión posparto, que derivaría en detener el progreso de desarrollo personal de la mujer y su recién nacido.

Los comités Institucional y técnico de Estrategia de Atención al parto normal y Salud reproductiva que elaboraron el documento Plan de parto y nacimiento conceptualiza el plan de parto, como una herramienta que permite al personal de salud brindar atención respetada en apego a cualidades como la calidad y la calidez, asumiendo que este documento no deberá ser una instrucción del desarrollo del trabajo de parto y parto, favoreciendo la intervención más adecuada y oportuna ante circunstancias imprevisibles que pudieran poner en riesgo la vida de la mujer embarazada y su feto⁶.

Peter H. Pan describe en el capítulo 55 del libro Estado Clínico Visceral: Aspectos y Manejo del Dolor Obstétrico, aborda de forma muy precisa la construcción de las expectativas, destaca que es importante tener en cuenta que la educación sobre el parto a veces puede crear falsas expectativas e incluso causar una sensación de fracaso e inferioridad y reacciones psicológicas negativas posteriores si la parturienta no disfruta del parto natural o requiere otras formas de analgesia del parto¹³.

Con lo anterior es importante que se brinde apoyo educativo durante todo el control prenatal. Al permitir a la mujer embarazada expresar dentro del plan de parto sus

preferencias, necesidades, deseos, y expectativas, se deberá proporcionar información veraz, lenguaje sencillo y adecuado a la mujer y su familia o quien ella decida le brinde acompañamiento en el proceso.

La Guía de Práctica Clínica que emite el Instituto Mexicano de Seguridad Social expresa que la planificación del parto conforma una atención centrada en la paciente y la familia, de esta afirmación establece que el objetivo final de la atención centrada en la paciente y la familia es crear alianzas entre los profesionales de la salud, las pacientes y sus familias que conduzcan a resultados y mejoren la calidad y la seguridad de la atención de la salud⁷.

La información anterior es evidencia de lo importante que es establecer un plan de nacimiento que favorezca a todas las partes involucradas permitiendo el protagonismo de la mujer y su feto o recién nacido en todo el proceso de la gestación y en el parto, genera compromiso de parte del personal de salud para favorecer experiencias positivas y un adecuado establecimiento de la conversión a ser madre. Para adecuar el proceso de atención de enfermería es importante incorporar los modelos teóricos ya mencionados.

Capítulo 3

Metodología

3.1 Búsqueda de información

Para el desarrollo de este estudio de caso, se realizó una búsqueda bibliográfica entre marzo de 2021 y julio de 2022 en base de datos: Google Académico, Pubmed, Scielo, Biblioteca de la UNAM, Federación de Matronas, Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad de España; distintos artículos científicos, estudios, libros, noticias, revistas y algunos resúmenes incluyendo textos en español e inglés, estudiados y revisados en diferentes países, con palabras clave: Plan de nacimiento, Control prenatal. Rol materno, Intervención especializada, Indicación de cesárea, Depresión posparto. Se activo filtro de búsqueda para la información con fecha de los últimos 5 años, excepto aquella literatura aún vigente por última actualización con fechas previas a las del filtro de búsqueda como libros y algunas GPC. Se eliminaron artículos duplicados y que no tuvieron relación con el tema a estudio. La estrategia de búsqueda se detalla a continuación:

Base de datos	Material obtenido
Pubmed	Efecto de los planes de parto en la experiencia del parto: una revisión sistemática ⁴⁷
Scielo	Repercussions of using the birth plan in the parturition process ⁴⁶
ClinicalKey Studen Nursing	Modelos y teorías en enfermería: Cheryl Tatano Beck, Depresión posparto ¹²
Federación de Matronas Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad de España	Plan de Parto y Nacimiento ⁶
Google Académico	Adopción del rol maternal de la teorista Ramona Mercer al cuidado de enfermería binomio madre-hijo. Reporte de caso en la unidad materno infantil ⁵³

3.2 Sujeto

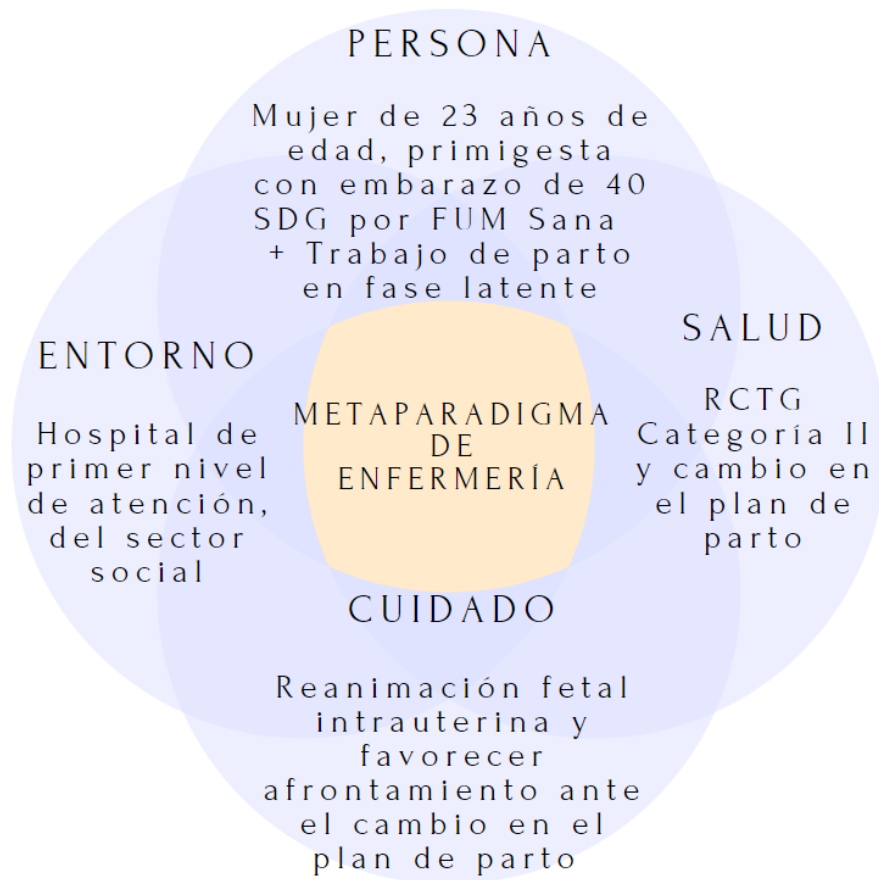


Diagrama 10 Integración del sujeto. Elaborado por L.E. Marín Aguirre O. Y. Con referencia: Francisco del Rey C, Benavent Garcés M A, Ferrer Ferrandis E. Fundamentos de enfermería: El modelo teórico de Dorothea E. Orem. 2° Ed. España: Difusión y avances de enfermería; 2003

3.3 Material y Procedimiento

Instrumento de Valoración Perinatal Basado en la Teoría de Dorothea E. Orem¹⁴: Es una herramienta práctica, aplicable mediante interrogatorio dirigido que integra los elementos de la Teoría General del Déficit de Autocuidado de Dorothea E. Orem. Permite identificar aspectos clave en las desviaciones de salud y relacionarlo con la Teoría de los sistemas de Ramona T. Mercer y Cheryl Tatano Beck.

Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.)¹⁵: Consiste en la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, también es conocido como Proceso de Enfermería (P.E.) o Proceso de Cuidados de Enfermería. Su estructura es sistemática y organizada para brindar cuidados individualizados, en concordancia con el supuesto de que cada persona o grupo, responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud.

Este método permite al profesional de enfermería prestar cuidados de forma racional, lógica y sistemática. Como todo método, el P.A.E. configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, solo tiene un carácter metodológico, ya en la práctica, las etapas se superponen.

Instrumento de detección de DPP: La escala Postpartum Depression Screening Scale (PDSS) es una herramienta utilizada para la detección de la depresión postparto, específicamente de las nuevas madres. Está conformada por 35 ítems elaborados con la técnica de Likert. Dentro de esta escala se pueden diferenciar 7 dominios de la depresión postparto, en cada dominio se describe un sentimiento que la mujer puede padecer después del parto. A su vez, cada dominio está constituido por cinco ítems:

- Dormir / comer trastornos
- Ansiedad / inseguridad
- Labilidad emocional
- Deterioro cognitivo
- Pérdida de autoestima

- Culpa / vergüenza
- Contemplación de dañarse a uno mismo

Los ítems se califican de 1 a 5 puntos, donde 1 sería estar muy en desacuerdo y 5 en cambio, muy de acuerdo. La puntuación mínima alcanza los 35 puntos y la máxima 175. Esta escala contempla el punto de corte en 60 puntos, de manera que, si se obtiene un puntaje entre 60 a 79, la mujer ha sufrido síntomas depresivos leves. Sin embargo, si la puntuación supera los 80 puntos, los síntomas pueden considerarse más severos con respecto a una puntuación mayor a partir de este puntaje.

El período de tiempo que abarca la escala es de dos semanas por lo que la escala puede ser realizada dos semanas después del parto para saber si la mujer ha sufrido síntomas o se encuentra en riesgo significativo de sufrir postparto blues. Siendo la intervención la contención emocional sí se requiere y bajo cualquier caso, sea leve o establecido el diagnóstico de depresión postparto la referencia con el profesional de la salud competente para el seguimiento terapéutico de la mujer.⁵⁵

Escalas:

- GODET: El signo de Godet se encuentra siempre en pacientes edematizados y da un diagnóstico claro de edema e incluso puede dar información de qué tan grave es la inflamación que está presentando ese paciente.³⁸
- BRISTOL: La escala de Bristol es una tabla visual diseñada para clasificar la forma de las heces en siete grupos. Fue desarrollada por Heaton y Lewis en la universidad de Bristol.⁵⁶
- LATCH: La escala LATCH es una herramienta de valoración del lactante y la madre fiable y sencilla, cuyo empleo tiene un impacto positivo en el proceso de lactancia. Su empleo permite el estudio de variables como: el agarre del lactante a la mama, el porcentaje de deglución audible, la tipología del pezón de la madre, el confort durante la lactancia o el nivel de ayuda que requiere la madre para mantener la posición correcta del recién nacido al pecho.⁵⁷
- APGAR: Es un examen clínico de neonatal, empleado en la valoración simple (macroscópica), y clínica del estado general del neonato después del parto. Valora

5 estándares sobre el recién nacido para obtener una primera valoración a minuto después del nacimiento y posteriormente a los 5 minutos.⁶⁶

- SILVERMAN & ANDERSON: Es una escala que va del 0 al 10, donde a medida que la puntuación aumenta, la dificultad del Recién Nacido al respirar aumenta también. Mide cinco parámetros fácilmente evaluables, asignándole a cada uno una puntuación que va de 0 (signo clínico ausente) a 2 (signo clínico presente). Todas las variables para evaluar deben hacerse en menos de 30 segundos.⁶⁷
- EVA: Herramienta que se usa para ayudar a una persona a evaluar la intensidad de ciertas sensaciones y sentimientos, como el dolor. La escala visual analógica para el dolor es una línea recta en la que un extremo significa ausencia de dolor y el otro extremo significa el peor dolor que se pueda imaginar. El paciente marca un punto en la línea que coincide con la cantidad de dolor que siente. También se llama escala visual analógica.⁵⁸
- GLASGOW: es una escala de aplicación neurológica que permite medir el nivel de conciencia de una persona.⁵⁹
- BISHOP: Este sistema valora, mediante el tacto vaginal, las características cervicales (dilatación, acortamiento, consistencia, posición en la cúpula vaginal y altura de la presentación en la pelvis) con una puntuación del 0 al 3. La suma de la puntuación permite predecir el éxito de la inducción del parto.⁶⁰

Aspectos bioéticos:

La bioética como ciencia aún se considera en vías de consolidación, es y será siempre un parte aguas para la formación de juicios anteponiendo como estandarte el principio: *“primero no dañar”*.

Desarrollar un estudio de caso hace de los principios bioéticos un lente de análisis que garantiza primero la veracidad del hecho, luego la profundización de cada elemento y la identificación de los valores involucrados. Al asumir a la bioética como rama ética que estudia la conducta humana desde el punto de vista de su bondad o maldad, nos encaminamos al discernimiento de la práctica adecuada de enfermería, además de

permitirnos visualiza todo aquello que se puede mejorar para ofrecer en el futuro calidad en los cuidados que el profesional de enfermería ofrece a diario en los procesos de atención.

Usando como margen para este estudio de caso, la bioética, que se fundamenta en cuatro principios, se analizara el caso:

- Principio de justicia: Generalmente se identifica a la justicia con la equidad bajo el argumento de dar a cada cual lo que le corresponde. No significa esto en el ámbito hospitalario que a todos los usuarios se les deba tratar igual, pues el tratamiento o su singularidad por diagnóstico será variable. Sin embargo, significa que los cuidados deberán ser adecuados, necesarios, provistos con dignidad, oportunos y seguros todo el tiempo.
- Autonomía: Este principio reposa en el respeto de la libertad que todos los individuos por justicia merecemos. El paciente, por ejemplo, tiene el derecho de aceptar o no un tratamiento previamente prescrito. Significa, además, para el paciente: que su decisión respecto al tratamiento se debe respetar; para el médico significa, que, si esta decisión se contrapone a sus principios éticos, puede ser objetor de conciencia, mientras que el consentimiento informado no regule la relación entre ambas partes.
- Beneficencia: la composición etimológica de *beneficencia* relaciona dos palabras que se interpretan sin dejar lugar a otros significados, entrelaza el valor *bien* con el verbo *hacer*. Al no manifestarse como intención, queda claro que este principio obliga al equipo multidisciplinario que colabora en el cuidado del paciente a ejecutar toda acción que le afecte directamente, con sumo cuidado y esmero. Pues el objetivo común, por el que aumenta el valor de nuestra profesión es la satisfactoria recuperación del estado de salud del paciente y su adaptación a los nuevos roles.
- No maleficencia: Diferente a la obligación de hacer el bien, la no maleficencia es el fundamento bioético conocido en el juramento Hipocrático: “primero no dañar”, que para el caso de los profesionistas de enfermería se menciona en “el juramento por el honor”, debe ser la garantía de todas las acciones brindadas en el

tratamiento desde el diagnóstico para llegar a cumplir cabalmente con el principio de beneficencia.¹⁶

Actualmente además de los aspectos bioéticos que deben acompañar nuestra práctica profesional diaria, contamos con documentos que regulan en nuestra práctica y que deberán ser considerados una guía al momento construir el Proceso de Atención de Enfermería como lo son:

Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería:

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) adoptó por primera vez un Código internacional de ética para enfermeras en 1953. Su última revisión se completó en 2012. En el describe cuatro aspectos importantes que conciernen al deber del profesional de enfermería, se trata de: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento. Bajo el dicho que la necesidad de la enfermería es universal, explica que son inherentes a la práctica de enfermería el respeto de los derechos humanos, incluidos los derechos culturales, el derecho a la vida y a la libre elección, a la dignidad y a ser tratado con respeto. Los cuidados de enfermería respetan y no discriminan según consideraciones de edad, color, credo, cultura, discapacidad o enfermedad, género, orientación sexual, nacionalidad, opiniones políticas, raza o condición social. El profesional de enfermería presta servicios de salud a la persona, la familia y la comunidad y coordinan sus servicios con los de otros grupos relacionados.

- La enfermera y las personas: La responsabilidad profesional primordial de la enfermera será con las personas que necesiten cuidados de enfermería. Al dispensar los cuidados, la enfermera promoverá un entorno en el que se respeten los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales de la persona, la familia y la comunidad. La enfermera se cerciorará de que la persona reciba información precisa, suficiente y oportuna, de manera culturalmente adecuada, en la cual fundamentará el consentimiento de los cuidados y el tratamiento correspondiente. La enfermera mantendrá confidencial toda información personal y utilizará la discreción al compartirla. La enfermera compartirá con la sociedad la

responsabilidad de iniciar y mantener toda acción encaminada a satisfacer las necesidades de salud y sociales del público, en particular las de las poblaciones vulnerables. La enfermera defenderá la equidad y la justicia social en la distribución de los recursos, en el acceso a los cuidados de salud y en los demás servicios sociales y económicos. La enfermera demostrará valores profesionales tales como el respeto, la disponibilidad, la compasión, la confianza y la integridad.

- La enfermera y la práctica: La enfermera será personalmente responsable y deberá rendir cuentas de la práctica de enfermería y del mantenimiento de su competencia mediante la formación continua. La enfermera mantendrá un nivel de salud personal que no comprometa su capacidad para dispensar cuidados. La enfermera juzgará la competencia de las personas al aceptar y delegar responsabilidad. La enfermera observará en todo momento normas de conducta personal que honren a la profesión y fomenten su imagen y la confianza del público. Al dispensar los cuidados, la enfermera se cerciorará de que el empleo de la tecnología y los avances científicos son compatibles con la seguridad, la dignidad y los derechos de las personas. La enfermera tratará de fomentar y mantener una cultura de la práctica profesional que favorezca el comportamiento ético y el diálogo abierto.
- La enfermera y la profesión: A la enfermera incumbirá la función principal al establecer y aplicar normas aceptables de práctica clínica, gestión, investigación y formación de enfermería. La enfermera contribuirá activamente al desarrollo de un núcleo de conocimientos profesionales basados en la investigación, que favorezca la práctica basada en pruebas. La enfermera participará en el desarrollo y en el sostenimiento de un conjunto de valores profesionales. La enfermera, actuando a través de la organización profesional, participará en la creación de un entorno favorable de la práctica y en el mantenimiento de condiciones de trabajo en la enfermería que sean seguras, equitativas social y económicamente. La enfermera ejercerá su profesión para sostener y proteger el entorno natural y será consciente de las consecuencias que ello tiene para la salud. La enfermera contribuirá a crear un entorno ético de la organización y se opondrá a las prácticas y a los contextos no éticos.

- La enfermera y sus compañeros de trabajo: La enfermera mantendrá una relación respetuosa de cooperación con las personas con las que trabaje en la enfermería y en otros sectores. La enfermera adoptará las medidas adecuadas para preservar a las personas, familias y comunidades cuando un compañero u otra persona pongan en peligro su salud. La enfermera actuará adecuadamente para prestar apoyo y orientar a las personas con las que trabaja, para fortalecer el comportamiento ético.¹⁷

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que expresa que el derecho a la protección de la salud es una garantía constitucional, establecida en el artículo 4to en su párrafo tercero, menciona: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud”¹⁸ 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.

Los derechos de las mujeres emitidos desde 1993 en la Declaración de Viena integra como parte de los Derechos Humanos de la mujeres, adolescentes y niñas el derecho a la salud. Mismo que señala que las mujeres, adolescentes y niñas tienen derecho a recibir un trato digno, con respeto y calidad por parte del personal del servicio médico al que acudan, sea privado o público, así como derecho a recibir información, atención y tratamiento para las enfermedades específicas de las mujeres, como es el cáncer de mama y el cáncer cervicouterino, entre otras¹⁹.

La Carta de los Derechos Generales de los Pacientes, emitida por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico en México con última actualización en el año 2007. En su contenido describe por lo menos 10 aspectos que garantizan el respeto y dignidad de las y los pacientes²⁰.

- Recibir atención médica adecuada
- Recibir trato digno y respetuoso
- Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz

- Decidir libremente sobre su atención.
- Otorgar o no su consentimiento válidamente informado.
- Ser tratado con confidencialidad.
- Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.
- Recibir atención médica en caso de urgencia.
- Contar con un expediente clínico.
- Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida.

Las Guías de Práctica Clínica en México son un referente con base científica evidenciada y debidamente revisada con escala de ponderación que permite identificar en las recomendaciones per se, aquellas que están totalmente demostradas con resultados efectivos de aquellas que favorecen en la práctica el trato digno y son puntos de buena práctica, tenemos por ejemplo para este caso aquellas emitidas por CENETEC y por el IMSS relacionadas al control prenatal y la de reducción de la frecuencia de cesárea^{7,21}.

Recomendaciones de reconocimiento internacional como las Recomendaciones para una experiencia de embarazo positiva, así como las Recomendaciones para una experiencia de trabajo de parto, y parto positivas emitidas por la OMS, que destacan con base en evidencia científica las prácticas a desarrollar y las que deberían omitirse^{3,22}.

Capítulo 4

Aplicación del proceso de atención de enfermería

4.1 Factores básicos condicionantes

Descriptivos de la persona: Brenda Lorena A. G. de 28 años de edad, nacida el 7 de mayo de 1992, es originaria de la ciudad de México donde actualmente radica, cuenta con vivienda propia, con un total de 5 habitaciones incluido el sanitario dentro de la distribución de las habitaciones, todas las habitaciones cuentan con ventanas que permiten la entrada de luz solar y ventilación de las mismas, la vivienda cuenta con servicios de drenaje, agua, luz y conexión a internet, niega la convivencia con mascotas. Vive en unión libre, con sistema familiar nuclear integrado por ella y su pareja. Se encuentra en proceso de adopción de rol maternal, no se considera partidaria de ninguna religión. Concluyó estudios universitarios completos con título académico de Licenciatura en economía, es empleada de un grupo financiero, lo que le permite apoyar económicamente el ingreso económico del hogar.

Del patrón de vida:

Refiere no necesitar hasta ahora ayuda para desarrollar estas actividades aun con el progreso de la gestación y el aumento en el perímetro del abdomen.

Trabaja alrededor de 8 horas al día en el grupo financiero, mismo que por sus condiciones de embarazo le permite desarrollar actividades de autocuidado.

Del estado de salud y sistema de salud:

Cursa con embarazo de 40 semanas de gestación por fecha de última menstruación y 38.2 por ultrasonografía del primer trimestre. Actualmente su tratamiento médico únicamente se basa en consumo de vitamina materna, de la que consume una tableta cada 24 horas por la mañana con sus alimentos. Es derechohabiente IMSS, por lo que acude a un total de siete consultas prenatales de las cuales las acudió a 4 consultas prenatales en U.M.F. el día 22 de septiembre del 2020 y las últimas 3 consultas prenatales son en CIMIgen.

Del estado de desarrollo:

No se manifiestan expresiones que denoten aprensión, depresión o ansiedad, sin embargo, sí se percibe a Brenda con elevadas expectativas al respecto de su propia idea de plan de nacimiento de su bebé, sus expresiones se reafirman continuamente en la necesidad de tener un parto eutócico en acompañamiento de su pareja, mismo escenario que asocia a un ideal de la maternidad. Deja fuera la posibilidad de derivar el parto eutócico a la solución del embarazo vía abdominal ante situaciones que pudieran poner en riesgo la salud de ella y su bebé. Desconoce las alternativas que ofrece el plan de nacimiento

4.2 Antecedentes

Heredofamiliares: Abuelo paterno con Insuficiencia renal crónica.

Personales Patológicos: Cursó con Varicela a la edad de 11 años, alergias negadas.

No patológicos: Tipo de sangre A “positivo”.

Finalmente, al respecto de su esquema de vacunación de la infancia refiere completo.

Ginecológicos: Menarca a los 12 años con ciclos regulares de 4 días cada 28 o 30 días, inicio vida sexual activa desde los 21 años, 10 parejas sexuales, en el último año sólo una pareja sexual quien es su actual pareja. Citología vaginal anual, la última con fecha del 4 de febrero sin reporte de hallazgos. Niega enfermedades de transmisión sexual.

Método de planificación familiar: uso de condón.

Obstétricos: Cursa con primer embarazo, mismo que confirma con prueba casera al primer retraso de su periodo menstrual.

Gestación actual y control prenatal: 40 semanas de gestación por fecha de última menstruación el 12 de agosto de 2020 y 38.2 semanas de gestación ultrasonografía del primer trimestre con fecha del 02 de noviembre de 2020 donde se calculó edad gestacional de 9.5 semanas de gestación, para lo que se calculan dos fechas probables de parto respectivamente: 19 de mayo de 2021 con uso de la fecha de última menstruación, y 2 de junio de 2021 por ultrasonografía del primer trimestre.

4.3 Requisitos universales de autocuidado

Mantenimiento de un aporte suficiente de aire

Aspectos relacionados con la calidad y cantidad: Brenda niega sintomatología positiva a infección viral por SARS COV2, refiere aseo nasal una vez por día.

Aspectos relacionados con estructura y función: A la exploración física Brenda no presenta deformaciones visibles, fosas nasales permeable, tórax simétrico, se auscultan focos pulmonares con ruidos respiratorios sin agregados, frecuencia de 20 respiraciones por minuto. Tonos cardiacos rítmicos y de buena intensidad, extremidades superiores e inferiores de coloración rosada, llenado capilar de 2segundos.

Mantenimiento de un aporte suficiente de agua

Aspectos relacionados con la calidad y cantidad: Brenda refiere que durante el embarazo consumió de 1.5 a 2 litros a lo largo del día, refiere también que el agua es natural procedente de garrafón que compra en supermercado con sello de seguridad, además de bebidas azucaradas y gaseosas, que consume con la misma frecuencia en cantidad de 250ml por día. Al respecto también reconoce la importancia del consumo de agua durante el embarazo y en el puerperio.

Aspectos relacionados con estructura y función: A la exploración física, se observan mucosas orales y tegumentos hidratados e íntegros, con presencia de precalostro al palpar glándulas mamarias.

Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento

Aspectos relacionados con la calidad y cantidad: Brenda inicio su gestación con un peso de 78kg, su talla es de 1.75mt y se calcula IMC al inicio del embarazo de 25.5: sobrepeso. Al día 19 de mayo del 2021, se calcula una ganancia total de 17kg, peso actual de 95kg. Refiere que durante el embarazo realizó comidas en quintos, tres comidas fuertes y dos colaciones con horarios relativamente establecidos. Brenda mantiene un consumo semanal de carne: 7/7, embutidos: 3/7, verdura: 7/7, frutas: 7/7, lácteos: 3/7, azúcar:

7/7, leguminosas: 3/7, te: 1/7, chocolate: 7/7, refresco: 7/7, pan: 7/7, toma de 1.5 a 2 litros de agua al día. No consumió huevos, tortillas ni café. Explica que su consumo de chocolate es en barra y semiamargo que no rebasa los 18 gramos por día.

Aspectos relacionados con estructura y función: Durante la exploración física se observa cabello con adecuada implantación, piezas dentales y encías integra, coloración de piel rosada, uñas y lechos ungueales de manos y pies sin descamación o fracturas. No se observan datos físicos sugestivos de desnutrición. Peso aproximado del feto por ultrasonido del tercer trimestre de 3230gr +/- 200gr, percentil 50.

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

Aspectos relacionados con la calidad y cantidad: Brenda refiere miccionar sin problemas todos los días desde el inicio del embarazo hasta ahora, presenta de 6 a 9 micciones diarias, uresis claras no fétidas, sin embargo, refiere problemas para evacuar con regularidad a partir del segundo trimestre, por lo que consume psillium plantago por recomendación en la consulta prenatal, con lo que refiere mejora del patrón de evacuaciones de 1 evacuación por semana a 6 evacuaciones por semana.

Aspectos relacionados con estructura y función: A la exploración física con Giordanos y puntos ureterales negativos, a la palpación abdominal con puntos epigástrico y apendicular de Mc Burney sin dolor, extremidades sin edema. Al respecto de las evacuaciones, por referencia de Brenda, con características de estadio 4 en escala de Bristol ^{(Anexo)56}.

Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

Aspectos relacionados con la calidad y cantidad: Brenda niega agotamiento, refiere caminatas por las tardes de 30 minutos todos los días desde el comienzo del embarazo, duerme entre 8 y 12 horas, niega dificultades para descansar. El trabajo que desempeña en la entidad financiera donde labora demanda actividades intelectuales por lo que pasa sentada casi 8 horas continuas, se levanta únicamente cuando necesita miccionar o realizar una comida.

Aspectos relacionados con estructura y función: No se observan datos sugestivos de agotamiento físico o de estrés mental. Brenda mantiene higiene postural sentada y en bipedestación.

Mantenimiento del equilibrio entre la soledad e interacción social

Aspectos relacionados con la calidad y cantidad: Brenda se comunica de manera clara, directa y abierta, coopera en todo lo que se le solicita. Mantiene un nivel de interacción social moderado con el que manifiesta sentirse cómoda. Refiere entusiasmo por el nacimiento de su bebé. Considera que el apoyo que recibe de su pareja es muy importante para ella. Es capaz de equilibrar la actividad y reposo, sus relaciones sociales en apariencia son sanas. No se manifiestan expresiones que denoten aprensión, depresión o ansiedad.

Prevención de peligros para la vida y el bienestar humanos

Aspectos relacionados con la calidad y cantidad: Brenda refiere que el embarazo no ha sido planeado, sin embargo, sí deseado. Expresa escasas dudas y conocimiento al respecto de su autocuidado, trabajo de parto del que refiere haber realizado investigación por cuenta propia de los procesos de desarrollo fetal durante la gestación, parto y puerperio, así como de lactancia materna. Se ha dedicado a estudiar esto de fuentes de internet en general. Conoce datos de alarma y desconoce estructura de plan de parto y nacimiento, asegura tener plan de seguridad por ser derechohabiente IMSS. Niega visitas a servicio de urgencias durante la gestación o accidentes recientes. Niega toxicomanías, tatuajes o perforaciones. Ha recibido inmunizaciones durante el embarazo para influenza el 5 de noviembre de 2020, refiere que ha buscado inmunizaciones para tétanos y difteria, pero le han reportado existencia agotada, aún sin fecha programada para recibir inmunizaciones para SARS COV 2.

Al respecto de los hábitos higiénicos, refiere baño y cambio de ropa diario, describe técnica adecuada para el aseo perineal. Aseo dental 2 veces al día.

A su ingreso a sala L.P.R. a Brenda se le sugiere de parte del personal médico iniciar la inducción del trabajo de parto con uso de prostaglandinas, Brenda acepta y firma el

consentimiento informado después de leerlo y continua su dialogo en el que expresa deseos de poner en práctica la psicoprofilaxis obstétrica.

Aspectos relacionados con estructura y función:

Brenda escucha atentamente y repite las medidas prevención de accidentes, así como los signos y síntomas de alarma. Desarrolla la agencia de autocuidado como acción aprendida de orientación interna y externa con base en temas de apoyo educativo de fuentes diversas que pueden no ser confiables. Desconoce las alternativas que ofrece el plan de nacimiento, se percibe con elevadas expectativas al respecto de su propia idea de plan de parto y nacimiento. Brenda se encuentra en estadio A de la adquisición del rol materno en cuanto al compromiso y la preparación, según el modelo teórico propuesto por Ramona Mercer.

A la exploración física: normocéfalo, ojos simétricos, pupilas isocóricas. Cuello cilíndrico sin masas palpables, tórax simétrico, se auscultación ruidos pulmonares sin agregados aparentes, tonos cardiacos rítmicos, frecuentes y de buena intensidad, mamas simétricas con pezón protractil, se confirma presencia de precalostro a la palpación, miembros torácicos íntegros sin accesos vasculares, llenado capilar de 2 segundos, abdomen grávido sobre el cual se mide altura del fondo uterino de 36cm, a la palpación se identifica estática fetal: situación longitudinal, presentación cefálica, posición dorso derecho, altura de la presentación libre, sin presencia de actividad uterina, refiere presencia de movimientos fetales, ausculto FCF de 153x'. Al tacto vaginal se valora 1cm de dilatación y 30% de borramiento, cérvix blando posterior: Bishop 2 ^(Anexo), cavidad eutérmica, sin perdidas transvaginales. Ultrasonografías del segundo y tercer trimestre sin reporte de alteraciones. A la valoración de constantes vitales hemodinámicamente estable: TA: 100/70, FC: 80x', FR: 20x' y Temperatura corporal: 36.7 °C.

Brenda es ingresada a Sala L.P.R. de CIMIgen el día 19 de mayo de 2021 a las 19:50, con diagnóstico médico de: GI Embarazo de 40 SDG + Trabajo de parto fase latente.

Se valora tacto vaginal sin cambios cervicales, e inicia inducción del trabajo de parto con misoprostol 50mcg vía vaginal y monitorización materno fetal con registro cardiotocográfico.

Treinta minutos posteriores a la aplicación del tratamiento de inducción del trabajo de parto, se valora RCTG categoría I, con frecuencia cardiaca fetal basal de 160 que persiste así por media hora con variabilidad moderada, actividad uterina de 3 contracciones en 10 minutos, con duración de 30 a 45 segundos e intensidad de 60 a 70 mmHg.

Brenda no ha iniciado psicoprofilaxis por permanecer con el monitor de RCTG, refiere malestar, sin embargo, mantiene el entusiasmo de iniciar. Refiere actividad uterina, con dolor durante las contracciones EVA 4/10 ^{(Anexo)58}, se muestra cooperadora con el personal de enfermería perinatal al cuidado de ella.

Promoción del funcionamiento y desarrollos humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo de ser normal

Aspectos relacionados con la calidad y cantidad: No pertenece a ningún grupo social, religioso, deportivo o cultural. Considera que su embarazo hasta ahora ha sido una experiencia positiva que le ha motivado a aprender a cuidarse. Refiere sentimiento de alegría por el nacimiento de su bebé y expresa estar en disposición de trabajar todo lo aprendido en su curso de psicoprofilaxis obstétrica para facilitar el parto eutócico, asegura valorar mucho el conocimiento y quiere ser una mujer responsable de su maternidad, por lo que ha firmado el consentimiento informado para método de planificación familiar, acepta el uso de DIU y su colocación en la primera consulta posterior al nacimiento de su bebé. Asegura contar con red de apoyo en casa y en su trabajo para favorecer lactancia materna exclusiva.

4.4 Esquema metodológico

Etapa de desarrollo	Jerarquización de los Requisitos Universales de Autocuidado				Agencia de autocuidado
Adulta joven y Embarazo	<p>Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.</p> <p>Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo humano de ser normal.</p>				Desarrollada y estabilizada
Requisitos de autocuidado ante una desviación de salud					Sistema de Enfermería
<p>1.- Busca y asegura la ayuda médica adecuada</p> <p>2.- No tiene conciencia plena de los efectos y resultados de los procesos fisiológicos, incluyendo los efectos sobre el desarrollo.</p> <p>3.- Tiene dificultad para llevar a cabo efectivamente las medias terapéuticas prescritas.</p> <p>4.- No tiene conciencia y no presta atención o regular los efectos de las medidas de cuidados prescritos por el médico y enfermera perinatal.</p> <p>5.- Tiene dificultad para modifica el auto concepto y la autoimagen para aceptarse como ser humano con un estado particular de salud.</p> <p>6.- Aprende a vivir con los efectos de las condiciones y estados fisiológicos y los efectos de las medidas de diagnóstico y tratamiento médico.</p>	Unidad de Observación				Apoyo - Educación
	Brenda GI Embarazo de 40 SDG por FUM + Trabajo de parto en fase latente				Exposición a riesgos
	Factores Básicos Condicionantes				<p>Maternos:</p> <p>Inducción del trabajo de parto</p> <p>Hiperestimulación uterina</p> <p>Cesárea por inestabilidad fetal</p> <p>Hemorragia posparto</p> <p>Fetales:</p> <p>Pérdida del bienestar fetal</p> <p>Óbito fetal o muerte neonatal</p>
	Descriptivos de la persona	Patrón de vida	Estado y sistema de salud	Estado de desarrollo	
	<p>Edad 28 años</p> <p>Residencia Ciudad de México</p> <p>Sistema familiar Nuclear 2 integrantes</p> <p>Socioeconómico Económicamente independiente Ingresos suficientes y gastos compartidos</p>	<p>Ocupación Empleada</p> <p>Medidas de autocuidado Adecuado control prenatal con 7 consultas Conocimiento de signos y síntomas de alarma</p> <p>Conocimiento de procesos de parto, parto y puerperio</p>	<p>Estado de salud Sana</p> <p>Características del sistema de salud Derechohabiente e IMSS Control prenatal y atención de parto en CIMIgen</p>	<p>Capacidad de autogobierno Expectativas elevadas respecto al plan de parto y nacimiento y dificultad para el control emocional</p> <p>Potencial de desarrollo Capacidad de autogobierno</p>	

CUADRO DE DIAGNOSTICO			
Requisito de autocuidado universal	#7 Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano		
Operaciones de diagnóstico	Riesgo de pérdida del bienestar materno - fetal r/c Ingreso a sala de parto en TDPFL+ Bishop de 2 + Inducción del trabajo de parto con 50 mcg de misoprostol vía vaginal		
Objetivo	Mantener el bienestar materno – fetal durante la inducción del TDP		
Sistema de enfermería	Totalmente compensatorio	Método de ayuda	Actuar por otro
Prescripción del cuidado	Operaciones de regulación o tratamiento		
Cuidados intraparto post inducción del TDP⁹	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar a la embarazada el objetivo del tratamiento prescrito y los posibles signos y síntomas. • Identificar oportunamente los efectos asociados al uso de misoprostol tales como: Hipertermia, náuseas, vómitos, diarrea y dolor abdominal, trastorno en la frecuencia cardiaca fetal; parto anormal que afecta al feto, meconio en el líquido amniótico, contracciones uterinas anormales.^{1, 44} • Evaluar la dinámica uterina 30 minutos posteriores a la administración del misoprostol vía vaginal, durante 20 min cada hora. • Evaluar la frecuencia FCF en relación con la dinámica uterina durante la inducción del trabajo de parto con misoprostol. 		
Operaciones de control	<p>Durante la inducción del trabajo de parto con 50mcg de misoprostol se mantiene monitorización materno fetal identificando la aparición de efectos secundarios derivados del tratamiento:</p> <p>Aumento en la frecuencia cardiaca fetal basal de 153x´ a 160x´, lo mismo que un aumento en la dinámica uterina a los 10 minutos de haberse administrado el misoprostol: de 0 contracciones en 10 minutos a 3 contracciones en 10 minutos con intensidad de 60 a 70mmHg y duración de 30-45.</p>		

VALORACIÓN FOCALIZADA				
Fecha 19.05.2021	Hora 21:20	Servicio Sala L.P.R. CIMIgen		
Factores básicos condicionantes				
Diagnóstico Médico	GI Embarazo de 40 SDG + Trabajo de arto fase latente + RCTG Categoría II			
T.A. 100/70	F.C. 81x´	F.R. 21x´	Temperatura 37°C	F.C.F. 160x´
Requisito Universal de Autocuidado alterado				
Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano				
Aspectos relacionados con la calidad y cantidad		Aspectos relacionados con la estructura y función		
Una hora después del primer RCTG, y habiendo mantenido la monitorización continua desde el inicio, Brenda refiere dolor durante las contracciones EVA 6/10 ^(Anexo) , expresa molestia por la monitorización cardiotocográfica continua, que le impide realizar con libertad esferodinamia, interroga además de forma persistente sobre los resultados del registro cardiotocográfico. Se le observa con actitud inquieta y se refiere a sí misma con sentimiento de angustia y malestar por mantener una postura en decúbito lateral izquierdo.		Una hora y media después de la administración endocervical de misoprostol, el RCTG reporta: duración de 25 minutos, integridad de 95%, frecuencia cardiaca fetal basal de 160x´, variabilidad mínima, con presencia de aceleraciones y ausencia de desaceleraciones, actividad uterina de 5 contracciones en 10 minutos e intensidad de 60 a 70mmHg con duración de 30-45, por lo tanto, registro categoría II.		
Exposición a riesgos				
Maternos Pérdida gestacional Establecimiento del rol materno	Fetales Riesgo de pérdida del bienestar fetal Hipoxia Acidosis fetal Muerte fetal		Neonatales Requerimiento de maniobras de reanimación avanzada Mortinato Asfixia perinatal	

CUADRO DE DIAGNOSTICO			
Requisito de autocuidado universal	#7 Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano		
Operaciones de diagnóstico	Pérdida del bienestar materno – fetal r/c Inducción del trabajo de parto con 50 mcg de misoprostol vía vaginal m/p RCTG Categoría II: Variabilidad mínima, FCFb 160lx´		
Objetivo	Restablecer el bienestar materno fetal mediante maniobras de reanimación intrauterina hasta lograr un RCTG categoría I		
Sistema de enfermería	Totalmente compensatorio	Método de ayuda	Actuar por otro
Prescripción del cuidado	Operaciones de regulación o tratamiento		
Intervenciones de reanimación fetal intrauterina	<ul style="list-style-type: none"> • Cambiar la postura materna para maximizar la fracción de eyección (flujo uteroplacentario) materna. La postura en bipedestación, sedestación, decúbito lateral izquierda o hasta decúbito lateral derecha, mejora el flujo sanguíneo materno y por lo tanto la oxigenación fetal³² • Administrar Solución Hartman 200ml en 20 minutos para mejorar el flujo uteroplacentario.^{32,33} • Considerar la administración de oxígeno 10 l/min a través de una mascarilla reservorio, en periodo máximo de 10 min.^{61,63} • Mantener la evaluación del bienestar materno fetal. 		
Operaciones de control	<p>Solo se pudo realizar cambio de posición materna a sedestación, se administró 1 bolo de 200ml de solución Hartman en 20 minutos, se administró oxígeno con el único dispositivo disponible: puntas nasales por 10 minutos a flujo de 5 litros/min, persiste el RCTG con categoría II: frecuencia cardiaca fetal basal de 160x´, variabilidad mínima, con presencia de aceleraciones, actividad uterina de 5 contracciones en 10 minutos e intensidad de 70 a 80mmHg y duración de 30-45 minutos.</p> <p>Se reportan hallazgos a médico tratante quien decide resolución del embarazo por vía abdominal por taquicardia fetal.</p>		

VALORACIÓN FOCALIZADA				
Fecha 19.05.2021	Hora 22:50	Servicio Sala L.P.R. CIMIgen		
Factores básicos condicionantes				
Diagnóstico Médico	GI Embarazo de 40 SDG + Trabajo de arto fase latente + pérdida del bienestar fetal			
T.A. 110/70	F.C. 88x´	F.R. 20x´	Temperatura 37.2°C	F.C.F. 160x´
Requisito Universal de Autocuidado alterado				
Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano				
Aspectos relacionados con la calidad y cantidad		Aspectos relacionados con la estructura y función		
<p>Brenda cambia totalmente su actitud al escuchar la indicación de la médico ginecóloga de interrumpir su plan de nacimiento a lo que responde primero con incertidumbre y comienza a cuestionar la prescripción médica con base en información que ella obtuvo durante su periodo de gestación.</p> <p>Manifiesta enojo acompañado de llanto y negativa rotunda al cambio en el plan de parto y nacimiento.</p> <p>Se muestra molesta con todo el personal que le ha proporcionado atención desde su ingreso.</p> <p>Médico comienza a hacer del conocimiento de Brenda las consecuencias de su demora en la toma de decisión, Brenda interpreta esto como una respuesta agresiva de parte del personal, por lo que mantiene contacto visual sin emitir respuesta verbal al respecto.</p> <p>Identifica que la frecuencia cardiaca fetal de 160x´ no se clasifica como taquicardia y que este dato clínico no amerita una resolución vía abdominal.</p>		<p>Brenda se observa con estado de alerta Glasgow 15/15, estado de ánimo intranquila con manifestación de llanto, coloración de piel rubicunda, hidratada.</p> <p>RCTG con duración de 20 minutos, integridad de 95%, frecuencia cardiaca fetal basal de 160x´, variabilidad mínima, con presencia de aceleraciones, actividad uterina de 5 contracciones en 10 minutos e intensidad 70 a 80 mmHg y duración de 30-45 segundos, por tanto, registro categoría II</p> <p>Se difiere valoración obstétrica por negativa de la paciente.</p>		
Exposición a riesgos				
Maternos Pérdida gestacional Dificultades para la transición al estadio B de la conversión a ser madre	Fetales Riesgo de pérdida del bienestar fetal Hipoxia Acidosis fetal Muerte fetal		Neonatales Requerimiento de maniobras de reanimación avanzada Mortinato Asfixia perinatal	

CUADRO DE DIAGNOSTICO			
Requisito de autocuidado universal	Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo humano de ser normal		
Operaciones de diagnóstico	Dificultad en la adaptación al cambio de plan de nacimiento r/c confrontamiento de conocimientos sobre indicaciones de cesárea e indicación médica m/p enojo, rechazo al cambio en el plan de nacimiento y argumentación sobre la indicación de cesárea por taquicardia		
Objetivo	Mejorar la capacidad materna en la toma de decisiones mediante la mediación de expectativas maternas al respecto del plan de nacimiento con la indicación de la operación cesárea		
Sistema de enfermería	Apoyo-educación	Método de ayuda	Enseñar Apoyar Proporcionar entorno que fomente el desarrollo
Prescripción del cuidado	Operaciones de regulación o tratamiento		
Favorecer entorno para el manejo de la conducta⁹	<ul style="list-style-type: none"> Disminuir los estímulos del ambiente que podrían ser interpretados como hostiles: regular fuentes luminosas o ruido Modular el tono de voz al comunicarse con la mujer favorece un entorno cordial en el trato⁴⁹ 		
Mejorar el afrontamiento⁹	<ul style="list-style-type: none"> Facilitar la presencia de su familiar para favorecer el acompañamiento y sentimiento de seguridad^{6,29} Facilitar identificación de riesgos del nacimiento maternos y neonatales⁹ Favorecer el análisis en la toma de decisiones entre la mujer y acompañante a cerca de la resolución del embarazo. Proporcionar a Brenda opciones realistas sobre ciertos aspectos de la resolución de su embarazo. Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia.⁵⁰ 		
Reestructuración cognitiva⁹	<ul style="list-style-type: none"> Ayudar a Brenda a identificar la emoción dolorosa (ira, ansiedad y desesperanza) que está sintiendo para prevenir dificultades agregadas de la comunicación³⁵ Ayudar a Brenda a reemplazar los juicios de las situaciones, sucesos e interacciones estresantes por interpretaciones realistas. 		
Operaciones de control	Brenda discute con su pareja la situación en compañía del médico ginecólogo, ambos comprenden los riesgos maternos, fetales y neonatales a los que se expone, acepta la intervención quirúrgica prescrita 45 minutos después de que se emite por primera vez esta indicación. Sin embargo, continúa con evidente semblante de tristeza y enojo con el personal. Refiere sentirse engañada respecto a la información proporcionada por el personal de salud que le atendió durante las consultas prenatales, cuestiona al personal de enfermería perinatal a su cuidado el no permitirle realizar ejercicios de psicoprofilaxis obstétrica.		

CUADRO DE DIAGNOSTICO			
Requisito de autocuidado universal	Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano		
Operaciones de diagnóstico	Alteración en la capacidad de afrontar el cambio del plan de nacimiento r/c necesidades o expectativas no satisfechas sobre el plan de nacimiento m/p enojo, llanto, angustia y aprensión		
Objetivo	Mejorar el afrontamiento al cambio de plan de nacimiento para lograr la transición entre estadios A y B del proceso de conversión a la maternidad.		
Sistema de enfermería	Apoyo-educativo	Método de ayuda	Guiar a otro/ Proporcionar entorno que fomente el desarrollo
Prescripción del cuidado	Operaciones de regulación o tratamiento		
Contención emocional ante crisis circunstancial	<p>Permitir expresar lo que se considera que ha sido el factor que desencadeno su estado de ánimo.⁵⁰</p> <p>Mantener escucha activa.</p> <p>Realizar contacto visual y contacto físico sutil que permita su presencia plena.⁵²</p> <p>Analizar las posibles soluciones y resultados de permitir el cambio en el plan de nacimiento.⁵²</p>		
Protección de la autoestima⁹	Guiar a la mujer en el proceso de identificar que las circunstancias actuales y la vía de resolución del embarazo no determina su proceso de conversión a la maternidad. ¹¹		
Operaciones de control	Brenda persiste en un estado emocional disfuncional e ingresa a sala de quirófano a las 00:15 con llanto y conducta evasiva a establecer dialogo con personal de salud que le proporciona atención en este momento.		

VALORACIÓN FOCALIZADA				
Fecha 20.05.2021	Hora 00:15	Servicio Sala de quirófano CIMIgen/Recuperación		
Factores básicos condicionantes				
Diagnóstico Médico	GI Embarazo de 40 SDG + Trabajo de arto fase latente + pérdida del bienestar fetal			
T.A. 112/53	F.C. 79x´	F.R. 19x´	Temperatura 37.1°C	F.C.F. 163x´
Requisito Universal de Autocuidado alterado				
Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo humano de ser normal				
Aspectos relacionados con la calidad y cantidad		Aspectos relacionados con la estructura y función		
<p>Brenda se encuentra indiferente con el personal de salud que le atiende, coopera en las indicaciones que el equipo médico solicita, pero no emite ninguna respuesta verbal, continúa con llanto espontáneo.</p> <p>Brenda se encuentra indiferente con el personal de salud que le atiende, incluso limita el contacto visual con su bebé. Expresa preocupación por recibir un mal trato por haber cuestionado a la médico ginecóloga. Y asegura haber escuchado al personal hacer crítica de su demora en la toma de decisión, continúa con llanto espontáneo y refiere querer ver a su esposo, en algunas ocasiones besa a su bebé.</p>		<p>Brenda recibe anestesia tipo regional con Bloque peridural instalado sin eventualidades a las 00:45.</p> <p>Inicia procedimiento quirúrgico a las 00:59. Nace neonato femenino a las 01:22 del día 20.05.2021, de término, con llanto y esfuerzo respiratorio, se realiza pinzamiento temprano del condón umbilical, pasa a cuna de calor radiante donde se brindan maniobras iniciales de reanimación neonatal, continúa con cuidados mediados. Peso de 3,610gr, valoración APGAR ^(ANEXO) 8/9, SA ^(ANEXO) de 0, Capurro de 38 SDG.</p> <p>Constantes vitales del neonato: FC 120x´, FR 50x´, Temperatura corporal 37.3°C</p> <p>Plan de egreso a servicio de recuperación y posteriormente a Alojamiento conjunto en compañía de su madre con quien inicia apego una vez concluido el procedimiento quirúrgico.</p> <p>Termina procedimiento quirúrgico a las 02:45 habiendo reportado cuenta textil completa, cuenta de instrumental completa, pérdidas hemáticas totales de 400ml, uresis total de 150ml clara.</p> <p>Total de ingresos de 1500ml y total de egresos de 550ml.</p> <p>Cesárea sin complicaciones.</p> <p>Brenda se observa con estado de ánimo intranquila, coloración de piel pálida, mucosas orales deshidratadas.</p> <p>A la exploración física se palpan mamas con presencia de calostro, abdomen depresible no doloroso, útero palpable debajo de la</p>		

cicatriz umbilical y herida quirúrgica suprapúbica con apósito transparente y vendaje compresivo abdominal. Genitales aun con sondaje vesical, se observa gasto urinario de características amarillo claro, toalla testigo con presencia de loquios hemáticos no fétidos en cantidad moderada. Miembros pélvicos con vendaje, Godete negativo. ^(Anexo)

En servicio de recuperación se favorece lactancia materna, se observan pezones protráctiles al estímulo, en el recién nacido se identifican presentes reflejos de búsqueda y succión, iniciando lactancia 90 minutos aproximadamente después del nacimiento. Al colocar en postura de cuna al recién nacido se observa adecuado agarre al pecho de su madre con succión rítmica y deglución audible LATCH de 9 ^(Anexo), Lorena se refiere cómoda con esta postura. A la valoración del neonato no se observan alteraciones, y sí una adecuada adaptación a la vida extrauterina a pesar del tiempo que tomó iniciar el apego con su madre.

Exposición a riesgos

Maternos	Fetales	Neonatales
Experiencia de parto negativa Depresión posparto por tristeza materna, culpabilidad y vergüenza Dificultades para establecer la conversión a ser madre	No Valorable	Disminución en su capacidad nata de dar respuestas Estado de salud vulnerable por débil vinculo materno Deshidratación Ictericia neonatal Hiperbilirrubinemia Fiebre

CUADRO DE DIAGNOSTICO			
Requisito de autocuidado universal	Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo humano de ser normal ¹⁰		
Operaciones de diagnóstico	Riesgo de alteración del proceso de conversión a la maternidad r/c Experiencia negativa del parto y nacimiento		
Objetivo	Facilitar la transición en el proceso de conversión a la maternidad para lograr la gratificación-satisfacción.		
Sistema de enfermería	Apoyo educación	Método de ayuda	Proporcionar entorno que fomente el desarrollo / Guiar a otro / Enseñar a otro ¹⁰
Prescripción del cuidado	Operaciones de regulación o tratamiento		
Favorecer entorno tranquilo	<ul style="list-style-type: none"> • Limitar los estímulos de ruido y luz en sala LPR. • Reforzar el acompañamiento con la presencia de su pareja. 		
Favorecer la transición al estadio B del proceso de conversión a la maternidad: Conocimiento, práctica y recuperación física	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la adaptación física al puerperio¹ • Enseñar medidas Autocuidado y de cuidado de la persona recién nacida.⁷⁰ • Evaluar y tratar el dolor manteniendo un apego a la prescripción farmacológica para el manejo del dolor • Capacitar a la mujer y su pareja en el cuidado de la herida quirúrgica, datos de alarma, cuidados en domicilio durante el puerperio mediano y tardío, cuidados del neonato (Apéndice) y lactancia materna.¹ • Fomentar el apego entre la mujer y su recién nacido de forma continua.^{1,70} • Reforzar el apoyo educativo respecto al cuidado y alimentación del neonato para favorecer la transición del proceso de conversión a la maternidad.^{8,53} 		
Potenciación de la autoestima⁹	<ul style="list-style-type: none"> • Medición del conflicto mediante el dialogo empático: Explicar a la mujer que los procesos de resolución del embarazo mantienen la promesa de ser realizados bajo los principios bioéticos que el equipo multidisciplinario se encuentra en deber de respetar.^{16,25} • Ofrecer respuestas no punitivas del proceso de atención que brinda el personal de salud.^{6,16} 		

	<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer la reflexión sobre lo cambiante e impredecible que puede volverse el trabajo de parto y parto aun teniendo un adecuado control prenatal.⁶ • Aprobar y brindar retroalimentación positiva a la mujer respecto a su toma de decisiones y por su trabajo durante la lactancia materna.²⁹
<p>Operaciones de control</p>	<p>Brenda demuestra con su semblante y expresiones verbales mejora en estado de ánimo, continua el progreso positivo de su actitud ante las circunstancias conforme se le permite expresar en el dialogo y acompañamiento. Se le observa sonreír cuando se encuentra con su esposo y en su ausencia se aprecia cariñosa con su bebé.</p>

VALORACIÓN FOCALIZADA				
Fecha 30.05.2021	Hora 18:00	Servicio Vía telefónica Desde domicilio		
Factores básicos condicionantes				
Diagnóstico Médico	GI CI + Puerperio quirúrgico tardío 10° día			
T.A. -	F.C. -	F.R. -	Temperatura -	F.C.F. -
Requisito Universal de Autocuidado alterado				
Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo humano de ser normal				
Aspectos relacionados con la calidad y cantidad		Aspectos relacionados con la estructura y función		
<p>Brenda se encuentra en su domicilio, y solicita consulta desde su casa vía telefónica.</p> <p>Expresa sentimientos de felicidad contrapuestos con sentimiento de inseguridad relacionados a la lactancia materna. Asegura que su bebé no se llena con su leche, que llora continuamente y da señales de hambre casi cada hora o menos, sin embargo, reporta de 6 a 7 micciones y de 4 a 6 evacuaciones aproximadamente al día.</p> <p>Brenda no refiere malestares en mamas de ningún tipo al interrogarle sobre algunos signos de congestión mamaria.</p> <p>Al interrogatorio dirigido sobre cómo se encuentra, refiere dormir menos, pero recibir ayuda de su pareja para la atención de su bebé, refiere sentir un aumento en la necesidad de ingerir líquidos, mismos que ha resuelto incrementando el volumen de ingesta de agua diaria. Niega sentimientos de ansiedad, su única inseguridad gira en torno de la alimentación de su bebé. Al momento del interrogatorio refiere no haber tenido sentimientos de tristeza o sentirse distraída, nuevamente refiere mantener trabajo en equipo con su pareja en el cuidado de su bebé.</p> <p>Ha fortalecido su actitud respecto al día del nacimiento de su bebé sin emitir expresiones que denoten sentimientos de vergüenza. Refiere haber tenido dudas al respecto de su cuidado, pero no recuerda al momento de la</p>		<p>Brenda cursa actualmente con puerperio tardío.</p> <p>Al interrogar las posibles causas de la aparente falta de saciedad de su bebé se identifica que Brenda y su bebé tienen adecuado apego a la lactancia materna, sin embargo, Brenda no reconoce los signos de saciedad del bebé después de comer.</p> <p>De forma indirecta se evalúan ítems de la Escala de Depresión Posparto (PDSS), haciendo interrogatorio dirigido sobre los dominios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dormir / comer trastornos • Ansiedad / inseguridad • Labilidad emocional • Deterioro cognitivo • Pérdida de autoestima • Culpa / vergüenza • Contemplación de dañarse a uno mismo <p>Brenda obtiene un puntaje de 12 en la escala de la versión corta de la escala PDSS: Riesgo bajo de desarrollar DPP</p>		

<p>consulta telefónica con precisión cuál era su duda.</p> <p>Brenda solicita poder tener la facilidad de comunicarse si necesita guía respecto a la lactancia, ablactación y cuidados de su bebé más adelante.</p>	<p>Se interroga también de forma directa sobre su experiencia en el establecimiento del plan de nacimiento.</p>
---	---

Exposición a riesgos

<p align="center">Maternos</p> <p align="center">Dificultad para llevar a cabo lactancia materna exclusiva</p> <p align="center">Dificultad para integrar su identidad materna</p>	<p align="center">Fetales</p> <p align="center">No Valorable</p>	<p align="center">Neonatales</p> <p align="center">Disminución en su capacidad nata de dar respuestas</p> <p align="center">Estado de salud vulnerable por débil vinculo materno</p> <p align="center">Deshidratación</p> <p align="center">Ictericia neonatal</p> <p align="center">Hiperbilirrubinemia</p> <p align="center">Fiebre</p>
--	--	---

CUADRO DE DIAGNOSTICO			
Requisito de autocuidado universal	Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo humano de ser normal ¹⁰		
Operaciones de diagnóstico	Disposición para estabilizar la agencia de cuidado dependiente m/p Interés en reforzar habilidades en la lactancia materna y cuidados del neonato		
Objetivo	Estabilizar la agencia de cuidado dependiente mediante la integración de habilidades en la lactancia materna		
Sistema de enfermería	Apoyo-educación ¹⁰	Método de ayuda	Enseñar a otro ¹⁰
Prescripción del cuidado	Operaciones de regulación o tratamiento		
Enseñanza del cuidado del lactante⁹	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar a la mujer ejercicios de relajación para permitirle ser paciente con ella misma y no desesperarse con el llanto de su bebé.²² • Sugerir el uso de un diario para realizar apuntes de las dudas que tenga y le sea más sencillo preguntar en las llamadas siguientes.⁹ • Enseñar signos de saciedad del recién nacido, con lenguaje sencillo y claro, si es posible hacer uso de ejemplos que resulten más gráficos al momento de describirlos vía telefónica.⁶⁸ Ejemplo: Si un adulto tiene hambre, es conveniente cubrir esta necesidad con un aporte suficiente, balanceado y nutritivo de alimentos, sin embargo, si sólo se le provee de un aporte menor al necesario, es muy seguro que este adulto, por tener una capacidad gástrica mayor, presente síntomas de hambre en un corto espacio de tiempo. Si a este mismo adulto, en cambio, le permito cubrir el requerimiento de alimenticio suficiente, es más seguro que los síntomas de hambre reaparezcan en un espacio de tiempo mayor. Acercar este ejemplo a las necesidades del bebé en congruencia con el cambio progresivo en su capacidad gástrica. • Reforzar información sobre la capacidad gástrica del recién nacido, número de micciones y evacuaciones para guiar a la mujer a que relacione la capacidad gástrica de su bebé con el número de micciones y evacuaciones durante el día.^{68,70} • Reforzar datos de alarma relacionados con deshidratación y cuidados al neonato.⁶⁹ 		
Estimulación de la integridad con el lactante⁹	<ul style="list-style-type: none"> • Sugerir a Brenda incluya a su esposo en las llamadas para que ambos puedan fortalecer su adopción de su rol parental • Enseñar a Brenda aspectos de lactancia materna relacionado con las necesidades de apego del recién nacido y las características cambiantes de la leche materna²⁹. 		

<p>Operaciones de control</p>	<p>Brenda se percibe con estado de ánimo tranquilo después de recibir orientación al respecto de los signos de saciedad de su bebé y el progresivo desarrollo de la capacidad gástrica, expresa comprender mejor el comportamiento de su bebé.</p> <p>Se envían infografías sobre:</p> <ul style="list-style-type: none">• Señales que ayudan a identificar adecuado aporte nutricio del bebé. <small>(Apéndice)</small>• Cuidados del recién nacido en casa. <small>(Apéndice)</small> <p>Brenda refiere que la información de la infografía ha sido clara, manifiesta sentir mayor seguridad en su desempeño al amamantar y cuidar de su bebé.</p>
--------------------------------------	---

CUADRO DE DIAGNOSTICO			
Requisito de autocuidado universal	Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo humano de ser normal		
Operaciones de diagnóstico	Riesgo de desarrollar trastornos posparto del estado de ánimo r/c Antecedentes asociados a experiencia de parto negativa por expectativas no cubiertas del plan de nacimiento		
Objetivo	Prevenir el desarrollo de trastornos posparto del estado de ánimo mediante el fortalecimiento del proceso de conversión a la maternidad		
Sistema de enfermería	Apoyo-educación	Método de ayuda	Enseñar a otro/ Guiar a otro
Prescripción del cuidado	Operaciones de regulación o tratamiento		
Potenciar el estadio B del proceso de conversión a la maternidad Conocimiento, práctica y recuperación física	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar los resultados obtenidos del test SDPP ya que los factores de riesgo como una experiencia de parto negativa pueden ser determinantes del desarrollo de DPP.^{54,55} • Encomiar el trabajo que la mujer ha realizado en el cuidado de su bebé y hacer extensivo el encomio a su pareja ya que la retroalimentación positiva del trabajo en equipo redundará en la mejora continua de los resultados.⁶⁴ 		
Orientación preventiva	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar a la mujer a identificar sintomatología propia del puerperio y aquella exacerbada asociada al desarrollo de Depresión posparto. • Capacitar a la mujer y su pareja sobre datos de alarma asociados a la Depresión posparto y la importancia de buscar ayuda profesional. 		
Facilitar la expresión de la experiencia.	<ul style="list-style-type: none"> • Permitir a Brenda realizar una evaluación desde su experiencia del desempeño del personal de salud para establecer sus propias pautas del plan de nacimiento para una experiencia futura.^{64,65} 		
Operaciones de control	Durante la llamada Brenda presta escucha activa al momento de las recomendaciones y la capacitación. Se refiere a sí misma con sentimientos de satisfacción sin embargo expresa insistentemente al respecto de su experiencia, que todo le habría sido más fácil de afrontar si hubiera recibido información más detallada y realista al respecto a los cambios que pueden surgir en el proceso de nacimiento. Hace hincapié en que durante el control prenatal sólo se le orientó sobre como trazar un plan de emergencia, pero no haber recibido información al respecto de trazar un plan de nacimiento que le permitiera expresar sus deseos y anhelos al momento del parto y empatar los posibles desenlaces para que ella tuviera apertura a más alternativas para el nacimiento de su bebé, sin vulnerar su disposición a parir cuando ella expresa haber hecho todo de su parte en el control prenatal para tener un parto vía vaginal.		

Capítulo 5

Conclusiones y recomendaciones

5.1 Conclusiones

Ya se ha mencionado que el plan de nacimiento es una herramienta con dos objetivos a satisfacer, uno el que permite a la mujer gestante expresar sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas, y el siguiente objetivo es facilitar al personal de salud la comprensión e identificación de aquellos factores que condicionan a la mujer a una necesidad de cuidado específica, para trazar en el proceso de atención de enfermería intervenciones en beneficio de aproximar un enfoque realista al mismo plan de nacimiento. De esta manera se hace posible el equilibrio necesario entre la expectativa de experiencia de embarazo, trabajo de parto y parto positivo con el abanico de posibilidades implícitas en la probabilidad de los sucesos imprevistos siempre presentes bajo cualquier condición de salud.

En este estudio de caso se pudo identificar esta falta de equilibrio derivado de factores externos como lo son la falta de atención a la elaboración de un plan de nacimiento en etapas tempranas de la gestación, además de escasas intervenciones especializadas de enfermería que ayudaran a mejorar la aceptación de alternativas ante el cambio en dicho plan.

En México se cuenta con limitada información del establecimiento o seguimiento del plan de nacimiento, se conceptualiza más como plan de seguridad, lo que deja fuera la posibilidad de tener un dialogo asertivo que facilite los objetivos descritos del plan de nacimiento. Sin embargo, este estudio de caso ha permitido identificar las pautas para la implementación del plan de nacimiento no sólo como herramienta, sino como un cuidado específico y personalizado de enfermería a las mujeres embarazadas para prevenir alteraciones en el establecimiento de su conversión a ser madre y minimizar factores que la puedan condicionar a padecer depresión posparto.

Por lo que podemos concluir que es de importante atención la incursión de los profesionales de enfermería en materia de implementación de un plan de nacimiento que aspire como cuidado prioritario a posicionarse con aquellas intervenciones de observancia obligatoria que rigen la práctica de enfermería en México, se hacen

necesarias las políticas que favorezcan el uso de los planes de nacimiento que mejoren la implementación y cumplimiento de los mismos.

Igualmente es importante que los profesionales de enfermería no nos limitemos al uso de un solo instrumento o teoría para el desarrollo del proceso de atención de enfermería.

En este caso pude identificar elementos de la teoría de Ramona Mercer que me ayudaron a establecer con precisión los requisitos alterados de la agencia de autocuidado que se valoró con el modelo teórico de Dorotea E. Orem. Igualmente me permitió mejorar el establecimiento de diagnósticos de enfermería de riesgo al asociar los factores condicionantes mencionados en las escalas de valoración para Depresión postparto propuestas en la teoría de Cheryl Tatano Beck. Teniendo presente las consideraciones de los metaparadigmas de estas tres teorías de enfermería me permitió ahondar en las necesidades más específicas de la paciente, y así trazar intervenciones especializadas como las mencionadas en los cuadros de diagnóstico.

Si bien en este estudio de caso se hacen sugerencias y propuestas del tiempo y aspectos a trabajar en el plan de nacimiento mediante el sincretismo de tres teorías de cuidado, este trabajo por cuanto es sólo un elemento, queda como precursor de una sobrepujante necesidad de hacer de esta etapa de vida de las mujeres una experiencia de desarrollo humano y no un episodio de trauma que limite su crecimiento y experiencia de vida.

5.2 Recomendaciones

La estructura del plan de nacimiento que ofrece la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salubridad de España⁶ es de donde parte la siguiente sugerencia de plan de nacimiento, se justifica en las necesidades de una primigesta con rechazo al cambio en el plan de nacimiento.

Se tabula a continuación la sugerencia de contenido específico que puede enriquecer el plan de nacimiento, así como una recomendación del tiempo de aplicación.

Recomendaciones para el primer contacto con la paciente

Se sugiere que desde un primer contacto con la paciente se puedan identificar las necesidades de apoyo educativo respecto del proceso de gestación, trabajo de parto,

parto, puerperio y lactancia materna además de lo ya definido a trabajar en la primera consulta prenatal.

Si bien este es un deber profesional establecido en las GPC, las normas de observancia obligatoria y las recomendaciones de la OMS^{1,3,7}, ésta por cuanto requiere de una importante inversión de tiempo puede permear por sobrecarga de trabajo aspectos a valorar de suma importancia para definir con base en las teorías de Orem, Mercer y Beck^{8,10,11,12} como ha de establecerse el plan de parto y nacimiento.

Momento sugerido	Elementos que conforman el Plan de Parto y Nacimiento	Descripción	Sugerencias / Agregados
Primera consulta prenatal	Llegada al hospital	<p>La paciente puede expresar sus preferencias respecto a quien o quienes le acompañaran en el proceso, especifica además quien no quiere que le acompañe en ese momento. Expresa sus necesidades específicas a considerar por el personal de salud si existe alguna capacidad, cultura e idioma diferente.</p> <p>Define el espacio físico donde prefiere parir y si prefiere el uso de su propia ropa o la ropa del servicio médico.</p>	<p>Evaluar los conocimientos o experiencias previas para determinar necesidades que la paciente desconoce.</p> <p>Apertura de la primera parte del plan de parto y nacimiento, definir a la o las personas que la paciente desea le acompañen no sólo en el parto, sino desde el proceso de gestación. Esto además permite compartir las actividades de cuidado y disminuye así la carga de estrés por intervenciones de autocuidado de la gestante.</p>

Tabla 2 Recomendaciones para el primer contacto con la paciente. Elaborado por L. E. Marín Aguirre O.Y. Con referencia: Comités Institucional y Técnico de la Estrategia de Atención al Parto Normal y de Salud Reproductiva, Política social e igualdad. Plan de Parto y Nacimiento. España,2002 pp.3-26 Disponible en: <https://cutt.ly/Jn2SOEO>

Recomendaciones para el establecimiento del plan de parto y nacimiento

Durante el tercer trimestre de gestación es importante brindar un importante apoyo educativo a la mujer embarazada como parte complementaria del plan de ejercicios de psicoprofilaxis obstétrica²⁷.

Momento sugerido	Elementos que conforman el Plan de Parto y Nacimiento	Descripción	Sugerencias
Quinta consulta prenatal o a partir de la semana 28 de gestación sin demorar más de 9 semanas a partir de esta consulta	Apoyo educativo, establecimiento del plan de parto y nacimiento	<p>La paciente confirma sus preferencias respecto a quien o quienes le acompañaran en el proceso del trabajo de parto y parto.</p> <p>Expresa sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas específicas a considerar por el personal de salud si existe alguna capacidad, cultura e idioma diferente para cada etapa del plan de parto y nacimiento.</p> <p>Define el espacio físico donde prefiere parir y si prefiere el uso de su propia ropa o la ropa del servicio médico</p>	<p>La paciente puede practicar las posturas de parto para identificar la que prefiera en el momento de parir con apertura total de parte del personal de salud de respetar si de un momento a otro decide la paciente hacer un cambio en esta postura^{30,31}.</p> <p>Permitir a la paciente conocer el espacio donde se llevará a cabo el trabajo de parto y parto para fomentar en ella sentimiento de seguridad y adaptabilidad a las necesidades específicas si existe alguna capacidad, cultura e idioma diferente.</p>

Tabla 3 Recomendaciones para el plan de parto y nacimiento. Elaborado por L.E. Marín Aguirre O.Y. Con referencia: Comités Institucional y Técnico de la Estrategia de Atención al Parto Normal y de Salud Reproductiva, Política social e igualdad. Plan de Parto y Nacimiento. España, 2002 pp.3-26 Disponible en: <https://cutt.ly/Jn2SOEO>

Recomendaciones para el trabajo de parto (periodo de dilatación)

Actualmente el periodo de pandemia limita algunos aspectos de atención relacionada con el acompañamiento, sin embargo, en el plan de parto, al establecer un lazo de confianza profesional con la mujer embarazada, este periodo puede hacer del equipo de salud para la atención del parto un equipo de acompañamiento continuo, lo que favorece en la paciente un sentimiento de poder al no sentirse vulnerable o sola.^{3,6}

Momento sugerido	Elementos que conforman el Plan de Parto y Nacimiento	Descripción	Sugerencias
Periodo de dilatación: Fase latente y fase activa	Periodo de dilatación	Aquí la paciente especifica quien o quienes conformaran al equipo que le proporciona atención de salud a ella como a su recién nacido. Explica como decide que se atienda el manejo del dolor, así como el uso de medicamentos para la inducción y conducción de su trabajo de parto si existen criterios que lo justifiquen, de igual manera para la colocación de catéter corto periférico sondaje vesical y rotura de membranas.	La atención en la fase latente deberá ser provista por la red de apoyo ya determinada por la paciente de preferencia en su domicilio si las condiciones así lo permiten. La atención en la fase activa se complementa ahora con el personal médico y/o de enfermería determinado por la paciente. Toda intervención que se lleve a cabo con la paciente deberá explicarse a la paciente con fundamento lógico según demanden las circunstancias.

Tabla 4 Recomendaciones para el trabajo de parto. Elaborado por L.E. Marín Aguirre O. Y. Con referencia: Comités Institucional y Técnico de la Estrategia de Atención al Parto Normal y de Salud Reproductiva, Política social e igualdad. Plan de Parto y Nacimiento. España, 2002 pp.3-26 Disponible en: <https://cutt.ly/Jn2SOEO>

Recomendaciones para el parto (periodo expulsivo)

Este momento es de alto impacto para la mujer por las implicaciones física y emocionales, e igualmente para su familia. Respetar este momento obliga al personal de salud a minimizar el número de intervenciones y cede protagonismo a la mujer y su recién nacido.

Momento sugerido	Elementos que conforman el Plan de Parto y Nacimiento	Descripción	Sugerencias
Parto: Desde que nace el bebé hasta el corte de cordón umbilical	Periodo expulsivo	En este apartado la paciente puede expresar expectativas y se debe explicar la forma de pujar, la posibilidad de aplicar episiotomía, como se presentará el nacimiento de su bebé y la importancia del contacto piel con piel. La paciente define la participación de su familia al momento del corte del cordón umbilical, así como sus expectativas relacionadas con la lactancia materna.	Los elogios en este momento son precisos respecto al trabajo de la mujer y su familia para favorecer el sentimiento de satisfacción. Involucrar a la persona o personas que la mujer determino en el plan de parto y nacimiento fortalece el establecimiento del rol maternal, maximiza la experiencia de parto positiva. La planeación de la actuación del equipo de salud mejora las intervenciones y favorece el protagonismo de la mujer y su recién nacido.

Tabla 5 Recomendaciones para parto: periodo expulsivo. Elaborado por L.E. Marín Aguirre O.Y. Con referencia: Comités Institucional y Técnico de la Estrategia de Atención al Parto Normal y de Salud Reproductiva, Política social e igualdad. Plan de Parto y Nacimiento. España, 2002 pp.3-26 Disponible en: <https://cutt.ly/Jn2SOEQ>

Recomendaciones para el parto (periodo de alumbramiento)

Respetar las decisiones de la gestante respecto a este periodo sin prejuicios, favorecerá en el establecimiento del rol materno entre otros factores depende además de las costumbres culturales de la paciente.^{3,6}

Momento sugerido	Elementos que conforman el Plan de Parto y Nacimiento	Descripción	Sugerencias
Periodo de alumbramiento: una vez que la placenta se encuentra fuera de la cavidad uterina	Periodo de alumbramiento	La paciente expresa sus necesidades específicas si existe alguna costumbre cultural respecto a la placenta.	Es deber del equipo que brinda atención de salud en este momento, mantener una postura ética y respetuosa sobre las decisiones de la mujer y su familia respecto a la placenta. El aprendizaje basado en los aspectos culturales de nuestros pacientes nos permite ampliar el conocimiento y adecua nuestra forma de enseñar el autocuidado con tacto y respeto.

Tabla 6 Recomendaciones para parto: alumbramiento. Elaborado por L.E. Marín Aguirre O.Y. Con referencia: Comités Institucional y Técnico de la Estrategia de Atención al Parto Normal y de Salud Reproductiva, Política social e igualdad. Plan de Parto y Nacimiento. España,2002 pp.3-26 Disponible en: <https://cutt.ly/Jn2SOEO>

Recomendaciones para el cuidado del recién nacido

Los cuidados del recién nacido desde el momento que nace, deberán ser enseñados a la mujer embarazada desde el comienzo el tercer trimestre, por lo que se deben evaluar los conocimientos o experiencias previas para determinar necesidades que la paciente desconoce. Esto además permite involucrar en los cuidados de la persona recién nacida a la o las personas que la mujer determino en el plan de parto y nacimiento y comenzar un rol materno de responsabilidades compartidas, disminuye así la carga de estrés por intervenciones de cuidado dependiente. ^{3,6}

Momento sugerido	Elementos que conforman el Plan de Parto y Nacimiento	Descripción	Sugerencias
A partir del nacimiento y hasta las primeras consultas de valoración pediátrica	Cuidados del recién nacido	Los cuidados de reanimación básica para el recién nacido, el baño y somatometría también deberán expresarse con base en las necesidades de la paciente. Se ofrecen alternativas sí existe un cambio en esta dinámica que demande el estado de salud de la persona recién nacida.	Es deber del equipo capacitar a la paciente lo mismo que a la persona o personas que le acompañaran, respecto a las formas de actuar del personal de salud que proporcione cuidados según demande la circunstancia para minimizar estados de estrés e incertidumbre y agilizar la actuación del equipo de salud. El apoyo educativo antes durante y después del nacimiento favorecerá el desarrollo de habilidades y generará sentimiento de seguridad en el desempeño de las agencias de cuidado dependientes.

Tabla 7 Recomendaciones para el cuidado del recién nacido. Elaborado por L.E. Marín Aguirre O.Y. Con referencia: Comités Institucional y Técnico de la Estrategia de Atención al Parto Normal y de Salud Reproductiva, Política social e igualdad. Plan de Parto y Nacimiento. España, 2002 pp.3-26 Disponible en: <https://cutt.ly/Jn2SOEO>

Recomendaciones para el puerperio

El puerperio es la etapa en la que se inician y desarrollan los complejos procesos de lactancia y adaptación entre la madre, su recién nacido y su entorno. Es importante no sólo atender los aspectos que demandan las adaptaciones fisiológicas, también es importante hacer de esta etapa un momento de desarrollo de seguridad en la mujer con apoyo de la o las personas que le acompañarán como agencias de cuidado dependiente y favorecerán en ella misma el desarrollo de esta agencia para su recién nacido.

Momento sugerido	Elementos que conforman el Plan de Parto y Nacimiento	Descripción	Sugerencias
Puerperio: inmediato, mediato y tardío	Puerperio	El manejo y cuidados proporcionados deben apegarse a los deseos de la paciente, y evitar al máximo la separación de binomio.	Es deber del equipo capacitar a la paciente lo mismo que a la persona o personas que le acompañarán, respecto a los datos de alarma para conformar una red de atención que permita identificar de forma oportuna alguna situación que pueda poner en riesgo la vida de la mujer y su recién nacido, aspectos de la lactancia materna y la búsqueda de apoyo profesional para evitar prácticas que pongan en riesgo la vida de la mujer y su recién nacido.

Tabla 8 Recomendaciones para el puerperio. Elaborado por L.E. Marín Aguirre O.Y. Con referencia: Comités Institucional y Técnico de la Estrategia de Atención al Parto Normal y de Salud Reproductiva, Política social e igualdad. Plan de Parto y Nacimiento. España, 2002 pp.3-26 Disponible en: <https://cutt.ly/Jn2SOEO>

Recomendaciones para establecer alternativas ante un cambio en el plan de parto y nacimiento.

Desde que se tiene un primer contacto con la paciente es importante identificar las expectativas que puedan sobrepasar la realidad del evento obstétrico de manera que se puedan identificar aquellas áreas de oportunidad para desarrollar estrategias de apoyo educativo adecuadas a la mujer embarazada, con importante atención a la primigesta, quien al vivir por primera vez un proceso de gestación se enfrenta a múltiples factores o fuentes de información que le pueden desviar de la realidad y afectar su afrontamiento al cambio en el plan de parto y nacimiento o el establecimiento de su rol materno.

Momento sugerido	Elementos que conforman el Plan de Parto y Nacimiento	Descripción	Sugerencias
Primera consulta prenatal	Parto instrumentado y cesárea	Este apartado sugiere la posibilidad de definir y empatar los deseos de la mujer con las necesidades ante el cambio en el plan de parto y nacimiento, ofrece alternativas plausibles y adapta los deseos de la mujer con las intervenciones de enfermería y médicas.	Es deber del equipo capacitar a la paciente lo mismo que a la persona o personas que le acompañarán durante todo el proceso de gestación, permitiendo tener contacto con más mujeres dentro del proceso en la medida que lo permitan las pacientes. Fomentar en la paciente la idea de que los procedimientos instrumentados y quirúrgicos no están asociados a las capacidades de desarrollo del rol materno.

Tabla 9 Recomendaciones para establecer alternativas ante un cambio en el plan de parto y nacimiento. Elaborado por L.E. Marín Aguirre O.Y. Con referencia: Comités Institucional y Técnico de la Estrategia de Atención al Parto Normal y de Salud Reproductiva, Política social e igualdad. Plan de Parto y Nacimiento. España, 2002 pp.3-26 Disponible en: <https://cutt.ly/Jn2SOEO>

5.3 Propuesta de formato para plan de parto

Debe entenderse que el plan de parto es una herramienta que no sustituye los formatos de consentimiento informado, los cuales muchas veces se ofrecen a lectura en momentos de difícil atención para las pacientes, por esta razón el apoyo educativo que deriva del siguiente formato debe brindarse como parte de las intervenciones de enfermería desde la primera consulta prenatal.

Encontrará la propuesta diseñada con base en las necesidades observadas en el estudio de caso en el apéndice 1.

5.4 Recomendaciones para la mejora de la calidad

La calidad es una cualidad subjetiva que cambia el sentido de las intervenciones del profesional de salud de mecánicas a sensibles, impacta en el desempeño y se vuelve evidente al acompañar cada cuidado de algún valor agregado. Con base en el marco normativo que regula las áreas de salud a través de indicadores la calidad se vuelve objetiva³⁴.

Sin embargo, no es suficiente sólo comprender este concepto, se necesita buscar estrategias que guíen no sólo a la memorización de normas y guías de práctica clínica que, si bien tienen el objetivo de regular y estandarizar las practicas del profesional de salud, necesitan encaminar a la reflexión del desempeño. Lo que exige para este caso, que el profesional de enfermería concientice sobre su conocimiento, y proceder para evitar la creciente ceguera de taller.

Las instituciones de salud que tienen en sus filosofías de trabajo a las mujeres gestantes y no gestantes deben trazar estrategias que sensibilicen la práctica del equipo profesional y le concienticen respecto al proceso de atención de enfermería, que este debería comenzar como es sabido desde la primera consulta y jamás mermar la promesa de su deber ético profesional.

Tras la observación de las piezas que conforman este estudio de caso, es importante describir en el paralelo de los hechos las respuestas del profesional de salud y como es que de forma casi invisible se puede vulnerar la calidad. Los aspectos bioéticos en su ejercicio arrastran positivamente a las alternativas plausibles, redirige el ejercicio de las

acciones de los profesionales de enfermería involucrados, con posibilidad de potenciar favorablemente la técnica y los aspectos interpersonales, reajusta el cuidado holístico que entonces se brinda con seguridad, efectividad, equitativa, eficiencia, de manera oportuna y centrada en el paciente.

Ninguna falla identificada tiene el propósito de deconstruir, en la línea de la mejora de la calidad esto es observancia para la mejora y es no punitiva.

Para facilitar la comprensión de los aspectos sobre los que se recomienda trabajar para la mejora de la calidad y favorecer una mejor experiencia de embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio se utilizará el diagrama de James Reason²⁶, en este modelo se puede comprender como es que pequeñas fallas u omisiones pueden ser grandes eventos que impactarán de forma negativa en el establecimiento del rol materno.

En la estructura representativa de Reason, el modelo explica que cualquier componente de una organización puede considerarse un segmento (de queso). Para este estudio de caso, los segmentos serán: el equipo conformado por los profesionales de salud, el proceso de atención, la cultura del lugar (o sea la institución que proporciona atención de salud), y la tecnología (es decir, todo aquello que tiene que ver con la estructura e infraestructura de la institución).

Sin embargo, estos elementos no son perfectos, tienen áreas de oportunidad y debilidades. Por lo tanto, cada uno de estos componentes se representa como lonchas de queso suizo, los agujeros del queso representan estas deficiencias.

Si estas debilidades se alinean en cada segmento, es decir, un agujero común en cada capa, tendrá una falla que debilita la calidad de los cuidados proporcionados.

Las áreas de oportunidad sugeridas se han planteado a partir del testimonio de experiencia de la paciente Brenda A. G. de los aspectos que al prevenirse pueden proporcionar a la población que recibe atención una mejor experiencia, fortalecer en el personal que brinda atención un mejor desempeño e identidad profesional en concordancia con la misión y visión del Centro de Investigación Materno Infantil.

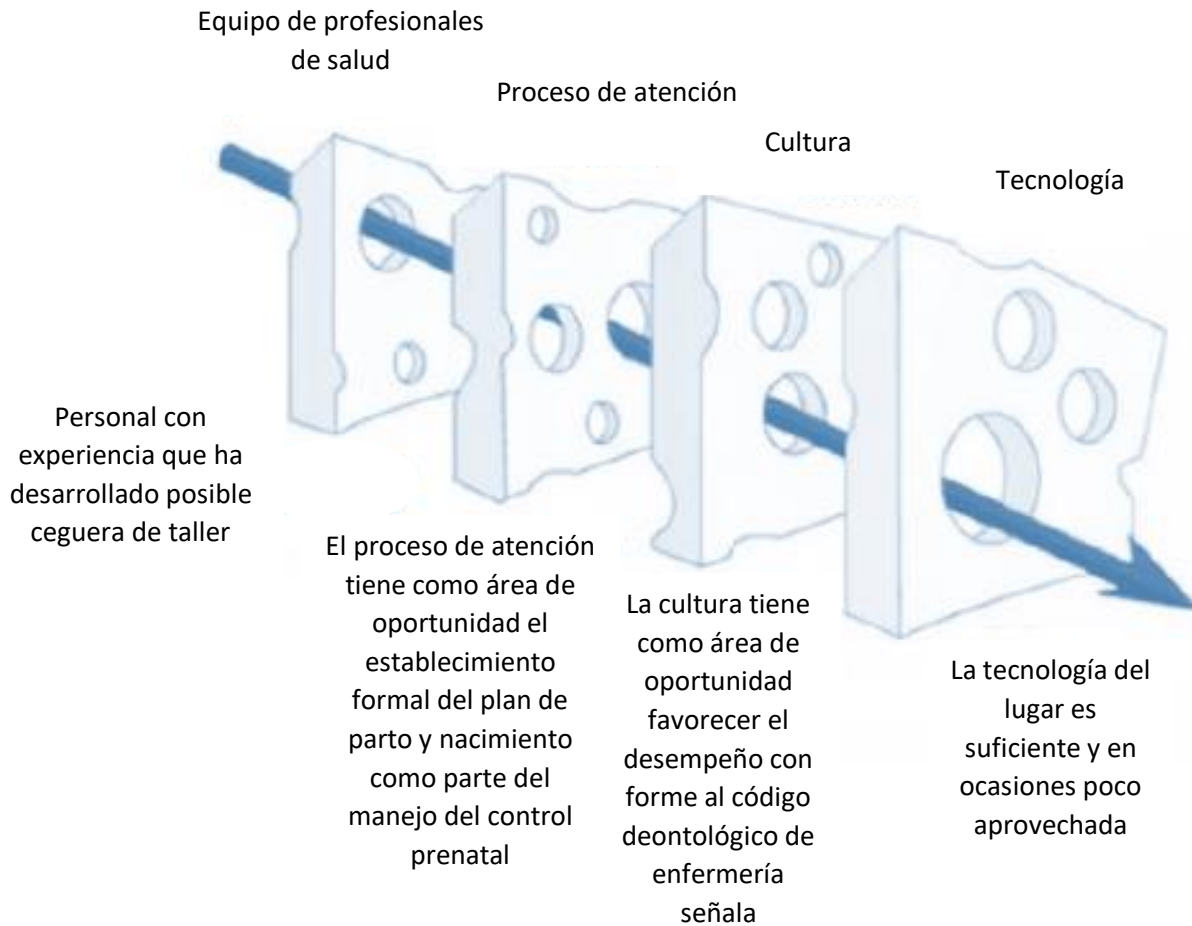


Diagrama 8 Diagrama de Reason aplicado al estudio de caso: Primigesta con rechazo al cambio en el plan de parto y nacimiento. Elaborado por L.E. Marín Aguirre O.Y. Con referencia: Cometto M. C, Gómez P. F, Marcon Dal Sasso G. T, Zárate Grajales R. A, De Bortoli Cassiani S. H, Falconí Molares C. Eventos adversos. Enfermería y seguridad de los pacientes. Washington, D.C.: OPS; 2011 Pp.43-54

Referencias

- 1 Diario Oficial de la Federación. México. NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida. Disponible en: <https://n9.cl/cfuxc>
- 2 Heredia Pi I, Servan Mori E, G Darney B, Reyes Morales H, y Lozano R. Measuring the adequacy of antenatal health care: a national cross-sectional study in Mexico. Bull World Health Organ 2016;94:452–46. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.15.168302>
- 3 Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2018. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 4 Ackoff, Russell & Lincoln. Un concepto de planeación de empresas. Editorial Limusa Wiley, México, 1992 pp.63
- 5 García Ortega C, Cózar Murillo V, Almenara Barrios J. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Rev. Esp. Salud Publica. 2004; 78 (4). Disponible en: <https://cutt.ly/7n2AEBE>
- 6 Comités Institucional y Técnico de la Estrategia de Atención al Parto Normal y de Salud Reproductiva, Política social e igualdad. Plan de Parto y Nacimiento. España,2002 pp.3-26 Disponible en: <https://cutt.ly/Jn2SOEO>
- 7 Control prenatal con atención centrada en la paciente. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, IMSS; Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html#>

- 8 Marriner Tomey A y Alligood M. Adopción del rol materno: Convertirse en madre de Ramona T. Mercer. Modelos y teorías en enfermería. 7°ed. España: Elsevier; 2011.
- 9 Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey J. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 6ª Ed. Madrid: Elsevier; 2013
- 10 Francisco del Rey C, Benavent Garcés M A, Ferrer Ferrandis E. Fundamentos de enfermería: El modelo teórico de Dorothea E. Orem. 2° Ed. España: Difusión y avances de enfermería; 2003. Pp 313-384
- 11 Alvarado L, Guarín L, Cañón Montañez W. Adopción del rol maternal de la teorista Ramona Mercer al cuidado de enfermería binomio madre-hijo. Reporte de caso en la unidad materno infantil. Rev Cuid 2011; 2(2): pp.195-201. Disponible en: <https://cutt.ly/in2D95o>
- 12 Alligood M. Modelos y teorías en enfermería: Teoría de Cheryl Tatano Beck, Depresión posparto, 8° ed. España: Elsevier; 2014. Capítulo 34.
- 13 Peter H. Pan. Obstetric Pain. Clinical States/Viscera.México: Clinicalkey;2021. pp 779
- 14 Instrumento de Valoración Perinatal. Basado en hoja de valoración del Instituto Politécnico Nacional, Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia. Guía de Evaluación del Autocuidado (s/f). Recuperado junio 2015. Modificado por E.E.P. Nidia Rivas Flores. Universidad Nacional Autónoma de México. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Posgrado en Enfermería Perinatal, Sede INPer. Actualizado y modificado por E.E.P. Ana Karen Cruz Arias. Marzo 2021.

- 15 BlogspotHablemosdeenfermeria.Proceso-de-atencion-de-enfermeria-pae 2019. Disponible en: www.hablemosdeenfermeria.blogspot.mx
- 16 Domínguez Márquez O. Los valores de la Bioética y Calidad en la Atención Médica. Editor Enciso Guerrero M. Bioética y Calidad en la Atención Médica. 1° ed. Ciudad de México: Editorial D.E.M; 2008. Pp.43-68
- 17 Consejo Internacional de Enfermeras. Código Deontológico del CIE para la Profesión de Enfermería. Última revisión 2012. Disponible en: <https://cutt.ly/tn2JGiV>
- 18 Artículo 4° Constitucional. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. 5 febrero 1917, disponible en esta dirección: <https://www.refworld.org/es/docid/57f795a52b.html>
- 19 Gaceta INMUJERES. Derecho a la salud de las niñas y las mujeres. Ciudad de México. 2016. Disponible en: <https://cutt.ly/wn2KcCm>
- 20 Boletín CONAMED OPS. Carta de derechos Generales de los Pacientes. Ciudad de México. 2016. Disponible en: <https://cutt.ly/jn2K0pF>
- 21 Guía de Práctica Clínica para la Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea México: Instituto Mexicano de Seguro social; 2014. Esta guía puede ser descargada de Internet en: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html
- 22 Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2019. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Puede consultarse en <http://iris.paho.org>
- 23 Esquema Metodológico proporcionado por Coordinadora de Posgrado en Enfermería Perinatal, Sede INPer: E.E.P. Ana Karen Cruz Arias de la

Universidad Nacional Autónoma de México. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.

- 24 Esquema de Diagnostico proporcionado por Coordinadora de Posgrado en Enfermería Perinatal, Sede INPer: E.E.P. Ana Karen Cruz Arias de la Universidad Nacional Autónoma de México. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.
- 25 CONAMED OPS. Recomendaciones a la mujer embarazada para mejorar la comunicación con el personal de salud durante el embarazo, el parto y la cuarentena (puerperio). Infografía. Disponible en: <https://cutt.ly/yn3FpK0>
- 26 Blogspotdelacalidad. Modelo de queso suizo para el análisis de riesgo y fallas. Disponible en: <https://cutt.ly/8n3GSrL>
- 27 Morales Alvarado S, Guibovich Mesinas A, Yabar Peña M. Psicoprofilaxis obstétrica: actualización, definiciones y conceptos. Horiz Med 2014; 14 (4) pp 53-57
- 28 Stoia Caraballo R, Rye MS, Pan W, Kirschman K J, Lutz Zois C, Lyons A M. The negative effect and rumination of anger as mediators between forgiveness and quality of sleep.2016; Journal of Behavioral Medicine 31(478):88
- 29 Manual de Lactancia Materna. De la teoría a la práctica. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Ed. Panamericana, 2008. Disponible en: <https://cutt.ly/Xn32ttK>
- 30 Análisis De Las Diferentes Posturas En El Parto, Las Diferentes Posturas En El Parto, 2013; Por Espales. Disponible En: <https://bit.ly/3sk3nno>

- 31 Calais-Germain B, Vives Páres N. Parir en movimiento. Las movilidades de la Pelvis en el parto. España: La liebre de marzo; 2007. p. 133-34, 168-69.
- 32 Manzanares S, Sánchez Gila M M, Pineda A, Mho-García A, Durán M D, Moreno E. Resucitación fetal intrauterina. Clinic Invest Gin Obst. 2013; 40 (1):20-25 Disponible en <https://cutt.ly/LzGxFZs>
- 33 Félix Báez C H. Manual de maniobras y procedimientos en obstetricia. México: Mc Graw Hill; 2006 p. 45-56
- 34 Cometto M. C, Gómez P. F, Marcon Dal Sasso G. T, Zárate Grajales R. A, De Bortoli Cassiani S. H, Falconí Molares C. Eventos adversos. Enfermería y seguridad de los pacientes. Washington, D.C.: OPS; 2011 Pp.43-54
- 35 Clares López J, Ángel Benavides W I. Expresión y comunicación emocional. Prevención de dificultades socio educativas. Universidad de Sevilla. Sevilla. España diciembre 2015 AIECE (Asociación internacional de Expresión y Comunicación Emocional) ISBN. 978-84-608-2436-7. Reservados todos los derechos
- 36 Meritxell Faura P. Registro Cardiotocográfico. Sesión Clínica del Sesión Clínica del Servicio de Obstetricia. Hospital Materno Infantil Badajoz. 2010.
- 37 Inducción del trabajo de parto en el segundo nivel de atención. México: Secretaría de Salud; 21. marzo.2013 Disponible en: <https://cutt.ly/fn8JvIK>
- 38 Nieves Maybel. Signo de Godet: qué es, diagnóstico y enfermedades. Lifereder. 2019. Disponible en <https://cutt.ly/PBC3cF0>
- 39 Escala LATCH. Elaborado por: EEEP Marín Aguirre O.Y. Con referencia: Báez León C, Blasco Contreras R, Martín Sequeros E, Del Pozo Ayuso M. L,

- Sánchez Conde A. I, Vargas Hormigos C. Validación al castellano de una escala de evaluación de la lactancia materna: el LATCH. Análisis de fiabilidad. Index Enferm. 2008; vol.17(3) Disponible en: <https://cutt.ly/tn8ZV7o>
- 40 Bulechenk M.G, Butcher K. H, Dochterman M. J, Wagner M. C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC. 6° Edición. Barcelona: Elsevier; 2014. Pp.166, 561
- 41 Bulechenk M.G, Butcher K. H, Dochterman M. J, Wagner M. C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC. 6° Edición. Barcelona: Elsevier; 2014. Pp.166, 561
- 42 Vigilancia y atención amigable en el trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. Guía de Práctica Clínica: Guía de Evidencias y Recomendaciones. México, CENETEC; 2019. Disponible en: <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>
- 43 Diario Oficial de la Federación. México. NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, Disponible en: <https://cutt.ly/oBCDmhs>
- 44 DEF Diccionario de Especialidades Farmacéuticas. Misoprostol. PLM. Latinoamérica; 2021. Disponible en: <https://cutt.ly/7BCD5Pw>
- 45 DeCS /MeSH Finder. Depresión en el periodo de posparto. Biblioteca Virtual en Salud. 2022; Adaptación del original: DSM-IV, p386. Disponible en: <https://cutt.ly/VBCGzXx>
- 46 Knupp Medeiros R M, Figueiredo G, De Paula Correa A C, Barbieri M. Repercussions of using the birth plan in the parturition process. Rev. Gaúcha Enferm. 2019;40: e20180233. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180233>

- 47 Mirghafourvand M, Alizadeh Charandabi S M, Ghanbari Homayi S, Jila Nahae L, Tahereh Hadian. Efecto de los planes de parto en la experiencia del parto: una revisión sistemática. Int J Nurs Pract. 2019; 25 (4): e12722. Disponible en: DOI: 10.1111/IJN.12722
- 48 Guía de Práctica Clínica para la Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea México: Instituto Mexicano de Seguro social; 2014. Disponible en: <https://cutt.ly/GBCLTq9>
- 49 Van-der Hofstadt Román C J, Quiles Marcos Y, Quiles Sebastián M J. Técnicas de comunicación para profesionales de enfermería. 1° Ed. Valencia España: Generalitat Valenciana; 2006. Pp 111-135
- 50 Oviedo Soto S, Urdaneta Carruyo E, Parra Falcón F M, Marquina Volcanes M. Duelo materno por muerte perinatal. Rev Mex Pediatr. 2009; 76 (5) pp 215-219 disponible en: <https://cutt.ly/abRHp7w>
- 51 Secretaría de Desarrollo Social Consejo Estatal de la Mujer y Bienestar Social. Entrenamiento psicoterapéutico para el manejo del estrés en incidentes críticos guía metodológica. 1° Ed. Toluca, Estado de México: Gobierno del Estado de México; 2011. Pp 24-32 Disponible en: <https://cutt.ly/DE8Z6RJ>
- 52 Osorio Vigil A. Primeros auxilios psicológicos. Integración Académica en Psicología. 2017; 5 (15). Pp. 4-8. ISSN: 2007-5588 Disponible en: <https://cutt.ly/TGbPMGo>
- 53 Pérez M, Morales L, Núñez M, Tevera Y, González I. Estadios de la adopción del rol materno de la teórica Ramona Mercer: asociación con el trimestre del embarazo y la etapa del puerperio de un grupo de mujeres veraguenses. Revista de Iniciación Científica. 2020; Vol. 6 (4) DOI <https://doi.org/10.33412/rev-ric.v6.0.3132>

- 54 Miranda Xochipa M. MCE. Tenahua Quitl I. Depresión Posparto y Apoyo Social Funcional en Mujeres de una Unidad de Primer Nivel de Atención. Protocolo de Investigación. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Facultad de Enfermería, Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado, Maestría en Enfermería. 2020. Disponible en: <https://cutt.ly/xBCZ4V3>
- 55 Bazako Pérez L. Análisis de escalas diagnosticas para la identificación del posparto blues, Universidad del País Vasco/ Euskar Herrico Unibersitatea. 2014; pp 17,18 Disponible en <https://cutt.ly/gBCXdai>
- 56 M. Mínguez Pérez and A. Benages Martínez. Escala de Bristol: ¿un sistema útil para valorar la forma de las heces? Rev. esp. enferm. dig. 2009; Vol.101 (5) Disponible en: <https://cutt.ly/wBC1Xsf>
- 57 Báez León C, Blasco Contreras R, Martín Sequeros R, Del Pozo Ayuso M L, Sánchez Conde A I, Vargas Hormigos C. Validación al castellano de una escala de evaluación de la lactancia materna: el LATCH. Análisis de fiabilidad. Index Enferm. 2008; Vol.17 (3) Disponible en: <https://cutt.ly/IBC0F3h>
- 58 M. T. Vicente Herrero, S. Delgado Bueno, F. Bandrés Moyá, M. V. Ramírez Iñiguez de la Torre y L. Capdevila García. Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. Rev Soc Esp Dolor 2018; 25(4): pp 228-236 Disponible en: <https://cutt.ly/YBC2z1P>
- 59 E. Mazarico Gallego, J.M. Laílla Vicens y A. Vela Martínez, González Merlo. Estudio del bienestar fetal durante el embarazo y el parto. Obstetricia Elsevier España. 2018; 11: pp 185-202 Disponible en: <https://cutt.ly/Anxxpc7>

- 60 Kirsten Wisner y Carrie Holschuh, Fetal Heart Rate Auscultation. 3rd edition, Nursing for Women's Health Vol. 22 (6), Páginas e1-e32,2018, Disponible en: <https://cutt.ly/tnxcZIU>
- 61 Rice Simpson K. Intrauterine resuscitation during labor: Should maternal oxygen administration be a first line measure? Seminars in Fetal and Neonatal Medicine, Elsevier, 2008; Vol. 13 (6) Páginas 362-367, Disponible: <https://cutt.ly/bmbxDLs>
- 62 Fernández R., Ferrer M., Castro P., Blanch L. Oxigenoterapia y principios de la ventilación mecánica, Enfermo crítico y emergencias. 2ª edición. España: Elsevier; 2021. pp 110-132 Disponible en: <https://cutt.ly/fmv2uXH>
- 63 Mateo Jurado I, Ricart Martí A, Saqués Fernández A.M, Resucitación fetal intraútero, Enfermería Integral. Artículos Científicos. 2016; Pp. 09-12. disponible en: <https://cutt.ly/rmbvcHS>
- 64 Cometto M, Gómez P, Marcon Dal Sasso G, Zarate Grajales R, De Bartoli Cassiani S, Falconí Morales C. Enfermería y seguridad de los pacientes: Seguridad Emocional y cuidados de Enfermería. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2011. Pp189-195
- 65 Cárdenas Becerril L, Arana Gómez A, Hernández Ortega Y, Maldonado Muñiz G, Martínez Talavera E, Monroy Rojas A, et al. Cuidado humanizado de enfermería en México. 1º Edición. Ciudad de México: Visiones Holísticas; 2021. Pp 127
- 66 Fernández Rodríguez B, Ureta Velasco N. Test de APGAR. Asociación Española de Pediatría. España. 2019; Pp 3. Disponible en: <https://cutt.ly/81wO0TV>

- 67 López Maestro M, Melgar Bonis A, de la Cruz-Bertolo J, Perapoch López J, Mosqueda Pena R, Pallás Alonso C. Cuidados centrados en el desarrollo. Situación 24 en las unidades de neonatología de España. An. Pediatría
- 68 Division of Nutrition, Physical Activity, and Obesity, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Signs Your Child is Hungry or Full. December 2020. Disponible en: <https://cutt.ly/41aJ33s>
- 69 Deborah M. Consolini. MD. Manual Merck. Primeros días de vida del recién nacido. Thomas Jefferson University Hospital. Revisado médicamente sep. 2021 Disponible en: <https://cutt.ly/81aKmcS>
- 70 Campaña de los 28 días - Salud del recién nacido. Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <https://cutt.ly/v1aKlbO>

Anexos

Escala de Bishop³⁷

Sistema de puntuación de Bishop				
	0	1	2	3
Dilatación (cm)	0	1-2	3-4	5-6
Borramiento (%)	0-30	40-60	60-80	80+
Consistencia	Firme	Intermedia	Blanda	
Posición	Posterior	Media	Blanda	
Altura de la cabeza	-3	-2	-1/0	+1/+2

Tabla 11 Escala de Bishop. Elaborado por: L.E. Marín Aguirre O.Y. Con referencia: Inducción del trabajo de parto en el segundo nivel de atención. México: Secretaría de Salud; 21. marzo.2013 Disponible en: <https://cutt.ly/fn8JvIK>

- Dilatación cervical: Apertura del cuello del útero, medida de 0 a 10 centímetros.
- Borramiento: Adelgazamiento del cérvix o cuello uterino (que puede llegar a medir 3 centímetros), medido de 0% a 100% (2 cm parcialmente borrado, 1 cm considerablemente borrado, 0 cm completamente borrado)
- Consistencia: rígido (firme), medianamente blando (intermedia), blando.
- Posición: Durante el embarazo, la posición del cuello del útero es bastante posterior al punto medio de la vagina. A medida que avanza el trabajo de parto, esta posición cambia a media (hacia central) y anterior (central).
- Altura de la cabeza: Altura de la presentación de la cabeza del feto en conducto del parto respecto de las espinas ciáticas de la madre.

Godet³⁸

Signo de Godet			
Grado	Descripción	Profundidad de hendidura (cm)	Tiempo de recuperación
0	No presente	0	-
1	Muy leve	0-.6	Rápido
2	Leve	.6-1	10-15 segundos
3	Moderado	1-2.5	1-2 minutos
4	Severo	2.5+	2-5 minutos

Tabla 12 Valoración de signo de Godet. Elaborado por: L.E. Marín Aguirre O.Y. Con referencia: Nieves Maybel. Signo de Godet: qué es, diagnóstico y enfermedades. Lifeder. Recuperado de <https://www.lifeder.com/signo-de-godet/>

El signo de Godet se encuentra siempre en pacientes edematizados y da un diagnóstico claro de edema e incluso puede dar información de qué tan grave es la inflamación que está presentando ese paciente.

La forma de realizar la maniobra es presionando la piel contra una superficie ósea, por ejemplo, en la cara anterior de la pierna, durante 5 segundos. Si la piel queda con una hendidura que tarda algunos segundos en volver a su estado normal, el signo es positivo. El edema se busca en los puntos declive del paciente, esto es en aquellas zonas del cuerpo que estén más cerca del suelo. Así, se busca principalmente en las manos, los pies y las piernas, y en los pacientes que se encuentran encamados se buscan en la parte baja de la espalda o en los tobillos y parte posterior de los muslos.

El edema se clasifica en cuatro grados según la profundidad de la hendidura que se forma cuando el signo de Godet es positivo, y según el tiempo que tarda la piel en volver a su estado normal.

Escala Bristol⁵⁶

	TIPO 1 Trozos duros separados, que pasan con dificultad.	ESTREÑIMIENTO IMPORTANTE
	TIPO 2 Como una salchicha compuesta de fragmentos.	LIGERO ESTREÑIMIENTO
	TIPO 3 Con forma de morcilla con grietas en la superficie.	NORMAL
	TIPO 4 Como una salchicha o serpiente, lisa y blanda.	NORMAL
	TIPO 5 Trozos de masa pastosa con bordes definidos.	FALTA DE FIBRA
	TIPO 6 Fragmentos pastosos, con bordes irregulares.	LIGERA DIARREA
	TIPO 7 Acuosa, sin pedazos sólidos, totalmente líquida.	DIARREA IMPORTANTE

Tabla 13 Escala Bristol. M. Mínguez Pérez and A. Benages Martínez. Escala de Bristol: ¿un sistema útil para valorar la forma de las heces? *Rev. esp. enferm. dig.* 2009; Vol.101 (5) Disponible en: <https://cutt.ly/wBC1Xsf>

Para la valoración de las heces, el paciente únicamente tiene que seleccionar el tipo de heces que, por la imagen y la descripción, más se aproxima a la forma y consistencia de las heces observadas tras la deposición. La escala está estructurada del 1 al 7 según la forma y dureza, de más dura (tipo 1) a líquida total (tipo 7).

Mediante esta escala se ha demostrado que la forma de las heces se correlaciona bien con el tiempo de tránsito intestinal tanto en pacientes con síndrome del intestino irritable

El test de Apgar⁶⁶

Signo	0	1	2
Latidos cardiacos por minuto	Ausente	Menos de 100	100 o más
Esfuerzo respiratorio	Ausente	Irregular o débil	Regular o llanto
Tono muscular	Flacidez	Flexión moderada de extremidades	Movimientos activos
Respuesta estímulos	Sin respuesta	Muecas	Llanto vigoroso o tos
Color de piel y mucosas	Palidez o cianosis generalizada	Cianosis distal	Rosado completamente

Tabla 14 Test de APGAR. Fernández Rodríguez B, Ureta Velasco N. Test de APGAR. Asociación Española de Pediatría. España.

2019; Pp 3. Disponible en: <https://cutt.ly/81w00TV>

Es un examen clínico de neonatal, empleado en la valoración simple (macroscópica), y clínica del estado general del neonato después del parto.

Valora 5 estándares sobre el recién nacido para obtener una primera valoración a minuto después del nacimiento y posteriormente a los 5 minutos.

En el test se puntúan 5 datos o parámetros:

- La frecuencia cardiaca del recién nacido; es decir, la velocidad a la que late su corazón.
- El esfuerzo que hace para respirar.
- El tono muscular, que se valora viendo la postura y los movimientos.
- La irritabilidad refleja, que es la respuesta y los gestos que hace el recién nacido ante los estímulos.
- El color de la piel.

A cada uno de los parámetros se les da una puntuación que puede ser de 0, 1 o 2; luego se suman todos obteniéndose un valor final entre 0 y 10.

Escala de Silverman⁶⁷
















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

Tabla 15 Escala Silverman & Anderson. López Maestro M, Melgar Bonis A, de la Cruz-Bertolo J, Perapoch López J, Mosqueda Pena R, Pallás Alonso C. Cuidados centrados en el desarrollo. Situación 24 en las unidades de neonatología de España. An. *Pediatría*

Es una escala que va del 0 al 10, donde a medida que la puntuación aumenta, la dificultad del Recién Nacido al respirar aumenta también.

Mide cinco parámetros fácilmente evaluables, asignándole a cada uno una puntuación que va de 0 (signo clínico ausente) a 2 (signo clínico presente). Todas las variables para evaluar deben hacerse en menos de 30 segundos.

Los parámetros clínicos que evaluar son los siguientes:

- Movimientos toracoabdominales. Los movimientos toraco- abdominales van acompañados de una expansión torácica y abdominal durante la inspiración y una depresión en la fase espiratoria, lo normal es que sea un movimiento rítmico y armónico, cuando esto sucede se asigna una puntuación de 0. Si el tórax permanece inmóvil y solo hay movimientos abdominales se asigna una puntuación de 1(respiración abdominal) Si los movimientos toraco-abdominales no son armónicos y coherentes (el tórax se contrae mientras el abdomen se distiende y viceversa) se asigna una puntuación de 2, es lo que se conoce como disociación torácico abdominal.
- Tiraje intercostal. Se debe a la presencia de unas arrugas o pliegues entre las costillas debido la intervención de los músculos intercostales para ayudar a respirar, en condiciones normales estos músculos no intervienen. Si no hay presencia de dichos pliegues durante la respiración se le asigna un 0. Cuando la dificultad respiratoria es leve, el tiraje intercostal es apenas visible, aunque está presente. En estos casos se le asigna una puntuación de 1. Cuando el tiraje intercostal está muy marcado y es fácilmente visible se la asigna un 2.
- Retracción xifoidea. En condiciones normales esta estructura ósea no presenta movimiento alguno durante la respiración o es imperceptible, así pues, la puntuación sería de 0. Si el apéndice se ve marcado levemente se le daría la puntuación de 1, y si el movimiento es acentuado y muy marcado la puntuación sería de 2.
- Aleteo nasal. El aleteo nasal sucede cuando las fosas nasales tienen que abrirse más de lo normal porque no llega el suficiente aire a los pulmones durante la inspiración. Cuando no existe dificultad respiratoria no debe de haber aleteo nasal y se puntúa con 0.
- Quejido respiratorio. Se trata de un sonido característico que se presenta cuando es expulsado el aire por una vía respiratoria estrecha. En condiciones normales no debe presentarse, entonces la puntuación de 0. Si el quejido es audible con fonendoscopio la puntuación es de 1. Si es audible sin ningún dispositivo tiene una puntuación de 2.

Escala LATCH³⁹

Criterios		Puntaje		
		0	1	2
L	Latch Coger/Agarre	Demasiado dormido No se agarra del pecho	Repetidos intentos de agarrarse Mantener pezón en la boca Llega a succionar	Agarre al pecho Lengua debajo Labios ajustados Succión rítmica
A	Audible Swallowing Deglución audible	Ningún sonido	Un poco si se le estimula	Espontaneo e intermitente si es menor de 24 horas Espontaneo y frecuente si es mayor de 24 horas
T	Type of Nipple Tipo de pezón	Invertidos	Planos	Evertidos tras estimulación
C	Comfort Comodidad (Pecho, pezón)	Ingurgitadas Grietas Dolor severo	Mamas llenas Pezón lesionado Dolor: medio/moderado	Mamas blandas Sin dolor
H	Hold positioning Mantener colocado al pecho	Ayuda total (personal mantiene colocado al niño)	Mínima ayuda Si se le enseña la madre lo intenta El personal lo coloca y luego la madre continua	No es necesaria ayuda La madre es capaz de mantener al niño colocado al pecho

Tabla 16 Escala LATCH. Elaborado por: L.E. Marín Aguirre O.Y. Con referencia: Báez León C, Blasco Contreras R, Martín Sequeros E, Del Pozo Ayuso M. L, Sánchez Conde A. I, Vargas Hormigos C. Validación al castellano de una escala de evaluación de la lactancia materna: el LATCH. *Análisis de fiabilidad. Index Enferm.* 2008; vol.17(3) Disponible en: <https://cutt.ly/tn8ZV7o>

LATCH pertenece a un tipo de instrumentos clínicos compuestos por ítems independientes entre sí, que evalúan a la madre y a su hijo, recoge información referente al agarre del pecho, deglución audible, tipo de pezón, comodidad y ausencia de dolor, y si se precisa ayuda externa en el mantenimiento de la posición.

La aplicación consiste en evaluar cada uno de estos aspectos en una escala de 0 a 2, de forma que 0 es la peor puntuación en relación a la eficacia de la lactancia. La puntuación máxima que se puede obtener sumando cada componente es 10.

El LATCH se aplicaría para cada sesión o momento de lactancia, de forma que es esperable que la puntuación mejore a lo largo del tiempo si se van solventando las dificultades que el propio instrumento va reflejando.

EVA ⁵⁸

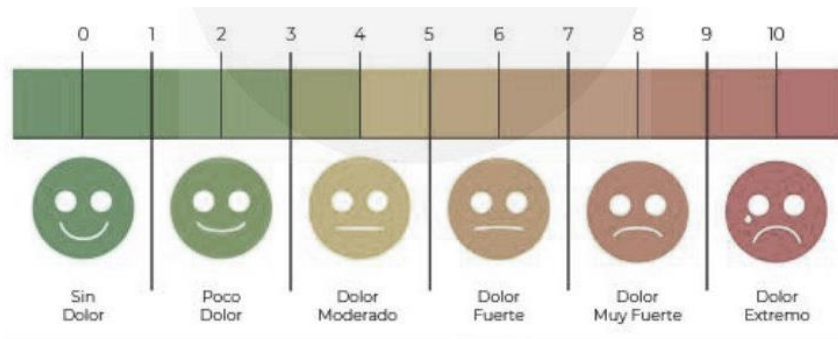


Tabla 17 M. T. Vicente Herrero, S. Delgado Bueno, F. Bandrés Moyá, M. V. Ramírez Iñiguez de la Torre y L. Capdevila García. Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. Rev Soc Esp Dolor 2018; 25(4): pp 228-236 Disponible en: <https://cutt.ly/YBC2z1P>

Permite medir la intensidad del dolor con la máxima reproductibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad.

Apéndice

Sugerencia de Plan de Parto y Nacimiento

Mi plan de parto y nacimiento

DATOS DE LA PACIENTE
Nombre de la paciente: _____
Fecha de nacimiento: ___/___/___ Edad: ___ Tipo de sangre y Rh: _____

DATOS DE LA PERSONA O PERSONAS QUE ACOMPAÑAN EN EL PROCESO
Nombre del o la acompañante: _____
Nombre del o la acompañante: _____
Nombre del o la acompañante: _____

DATOS DE LA GESTACIÓN ACTUAL
Primigesta: Si No
Fecha probable de parto: ___/___/___

DATOS DE GESTACIONES PREVIAS
G: ___ P: ___ C: ___ A: ___
Otro: _____

EVALUACIÓN DE PREFERENCIAS, NECESIDADES, DESEOS Y EXPECTATIVAS PARA PRIMIGESTA (Realizar el cuestionario de forma directa y guiada, en lenguaje adecuado para la paciente)

1.- Conocimientos generales de lo que implica el proceso de gestación:

2.- Con base en lo anterior como deseas que sea tu proceso de gestación, trabajo de parto, parto y puerperio:

3.- Con base en los conocimientos referidos, ¿Qué consideras sería muy importante para ti en todo este proceso?

Mi plan de parto y nacimiento

LUGAR: _____

FECHA: _____

DECLARACIÓN DEL PACIENTE:

Yo: _____

declaro que he leído el presente documento, y he descrito mis deseos respecto mi plan de parto y nacimiento, he propuesto las alternativas en conjunto con la guía del personal de salud en caso de requerirse un cambio en el plan de parto y nacimiento. Me reservo el derecho de poder modificar el mismo antes del parto o revocarlo de forma oral total o parcialmente y la estancia hospitalaria.

DECLARACIÓN DEL PROFESIONAL DE SALUD QUE GUIA EL PLAN DE PARTO Y NACIMIENTO:

Yo: _____

declaro que con base en los derechos de la paciente, me comprometo a proporcionar en la medida que su estado de salud y evolución del embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio hacer lo posible por cubrir sus necesidades y deseos establecidos en su plan de parto y nacimiento. A expresar de forma clara, si llegara a existir alguna complicación que interrumpa el cumplimiento del plan de parto y nacimiento, así como ofrecer alternativas plausibles que le permitan sentirse segura y tener una experiencia del proceso positiva. Igualmente a no demorar la atención si las circunstancias lo demandan para resguardar la seguridad de la paciente y su recién nacido según lo dicta el código deontológico que rige mi práctica profesional.

Infografías enviadas a la paciente respecto a las inquietudes mencionadas en el seguimiento telefónico. Elaboradas por L.E. Orquidia Yarim Marín Aguirre

SEÑALES QUE TE AYUDAN A
Identificar
que bebé
ESTA COMIENDO DE FORMA ADECUADA

BEBÉ ESTA HIDRATADO
Su piel se ve suave, sin coloración amarilla, tiene la boca húmeda, sobre su cabeza se puede palpar una forma regular sin hundimientos y no ha de presentar fiebre sin razón aparente

BEBÉ HACE PIPI Y POPO
El número de pañales con pipi y con popo pueden variar según la edad en días de bebé, pero no deben ser menos de 5 cambios por pipis y 3 popos a partir del 7° día

Recuerda los

SIGNOS DE HAMBRE
Se lleva las manos a la boca
Gira la cabeza hacia el pecho de la mamá o el biberón
Arruga los labios, hace ruido con los labios o se lame los labios
Tiene los puños cerrados

y los

SIGNOS DE SACIEDAD
Cierra la boca
Aleja la cabeza del pecho de la mamá o el biberón
Relaja las manos

Es normal
QUE BEBÉ QUIERA COMER
MUY SEGUIDO
Su estomago debe cambiar de tamaño conforme él también va creciendo, por lo que es posible que en este periodo de adaptación, bebé requiera incluso tomas más prolongadas para garantizar su satisfacción

EL CONTACTO PIEL CON PIEL Y PERCIBIR EL AROMA DE MAMÁ SIEMPRE AYUDA A BEBÉ A CALMARSE

• Division of Nutrition, Physical Activity, and Obesity, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Signs Your Child is Hungry or Full. December 2020
• Deborah M. Consolini, MD, Thomas Jefferson University Hospital. Revisado médicamente sep. 2021

CUIDADOS ESPECIFICOS

Para tu bebé *una vez*

QUE ESTÁ EN CASA

LACTANCIA MATERNA

Es muy importante que bebé se alimente exclusivamente de leche materna y que sólo succionen el pecho materno. Si bebé succiona otros objetos que no sean el pezón de su mamá puede confundirse y tener dificultades cuando vuelva a comer del seno de su mamá



ALIMENTACIÓN DE LA MADRE

Luego del nacimiento de bebé, la correcta hidratación de la madre es muy importante para la producción de leche. Una dieta saludable, equilibrada, nutritiva, y suficiente facilita la disponibilidad para amamantar

CUIDADO DEL CORDÓN UMBILICAL

El cordón umbilical de bebé debe mantenerse limpio y seco, vigila que el pañal no lo cubra, no se coloca ninguna sustancia u objeto en esa área: no semillas, canicas, monedas, NADA. Luego de secarse, se caerá solo, no tires de él. Si notas que hay humedad, mal olor o enrojecimiento en la piel del ombligo, debe acudir con tu profesional de salud especializado



CONSULTAS PEDIÁTRICAS

Es importante que acudas a las consultas programadas para que el pediatra valore las condiciones de los primeros días de vida y confirme que bebé permanece saludable. Es además un espacio para despejar dudas con el equipo de salud.

VACUNAS

Las vacunas estimulan el sistema de defensas de bebé y lo protege de infecciones o enfermedades posteriores. Cada vacuna tiene una reacción diferente, no temas, el beneficio para bebé es mayor que un malestar pasajero



Recuerda

ANTE CUALQUIER DUDA, CONSULTA
ESPECIFICAMENTE A PERSONAL DE SALUD

• Campaña de los 28 días - Salud del recién nacido. Organización Panamericana de la Salud. Consultado Nov 2022

Division of Nutrition, Physical Activity, and Obesity, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Signs Your Child is Hungry or Full. December 2020

Deborah M. Consolini, MD. Thomas Jefferson University Hospital. Revisado médicamente sep. 2021

Campaña de los 28 días - Salud del recién nacido. Organización Panamericana de la Salud. Consultado Nov 2022

Instrumento de Valoración Perinatal. Basado en hoja de valoración del Instituto Politécnico Nacional, Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia. Guía de Evaluación del Autocuidado (s/f). Recuperado junio 2015. Modificado por E.E.P. Nidia Rivas Flores. Universidad Nacional Autónoma de México. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Posgrado en Enfermería Perinatal, Sede INPer. Actualizado y modificado por E.E.P. Ana Karen Cruz Arias. Marzo 2021.

UNAM
POSGRADO
EN ENFERMERÍA

Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
Enfermería Perinatal
Hospital Nacional de Perinatología

INPer
Esc. y Hospital

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN PERINATAL BASADO EN LA TEORÍA DE DOROTHEA E. OREM

Factores Básicos Condicionantes											
Descripción de la persona			Nombre:			Edad:			Grupo y Rh:		
Fecha de nacimiento:						Lugar de nacimiento:					
Del patrón de vida		Edo. Civil:		Sistema Familiar:		No. integrantes:		Rol Familiar:			
Religión:				Practicante		Sí		No			
Escolaridad:				Ocupación:							
Dependencia económica		Sí		No		Solvencia económica		Sí		No	
Lugar de residencia		Urbano		Rural		Servicios:		Proveedor principal:			
Del edo. y sistema de salud			Derechohabiente			Sí			No		
Condición de salud		Sana		Enferma		Enfermedades:		Nivel de atención		1° 2° 3°	
Manejo multidisciplinario de la salud				Sí		No		Especialidades:			
Tratamiento médico actual:											
Antecedentes											
Familiares				Personales							
Diabetes		Diabetes		Infertilidad		Enf. psiquiátricas					
HASC		HASC		Tabaquismo		Cirugías					
Cáncer		Cáncer		Alcoholismo		Alergias					
Otras:		Lupus		Toxicomanías		¿Cuáles?/otros:					
		Cardiopatías		VIH							
		Nefropatías		Violencia							
Ginecológicos											
Menarca		IVSA		Parejas sexuales (último año)				MPF			
Obstétricos											
Gesta		Para		Cesárea		Abortos		Ectópico		Mala	
Gemelares		Pretérmino		SDG/Razón							
Fecha nacimiento		SDG		Peso		Talla		Complicaciones		Tiempo de lactancia/Motivo	
Preeclampsia		Eclampsia		Hemorragia Obstétrica		Otra:					
Gestación actual											
FUM:		USG:		SDG:		FPP:					
Control prenatal		No. de consultas		Inicio del control prenatal		SDG		Frecuencia:			
Inmunizaciones		Td Tdpa		Influenza		Hepatitis B		Otra:			
Estudios		CTG Normal		Alterada		Otros:					
Laboratorios		GS		Glucosa		Urea		Creatinina		A. úrico	
Na		Mg		Cl		Bilirubinas T.		TGO		TGP	
Ca		K		BH		Hemoglobina		Eritrocitos		Leucocitos	
Neutrófilos		PC		Plaquetas		TP		Eosinófilos		Basófilos	
		Inmunología		VIH		Hepatitis B		Hepatitis C		Sífilis	
		EGO		pH		Proteínas		Glucosa		Sangre	
Color		Bacterias		C. cetónicos		Urobilinógeno		Bilirubinas		Eritrocitos	
Aspecto		Nitritos		Urocultivo:		C. epiteliales		Leucocitos			
Colesterol		Triglicéridos		Papanicolaou:							
Exudado Cervicovaginal:				Otros:							
COVID:											
USG 1º trimestre		Normal		Alterado		USG 2º trimestre		Normal		Alterado	
Hallazgos:											

Coordinadora: E.E.P. Ana Karen Arias Cruz

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN PERINATAL BASADO EN LA TEORÍA DE DOROTHEA E. OREM

Requisitos Universales de Autocuidado

1 Mantenimiento de un aporte suficiente de aire

Aspectos relacionados con la calidad y cantidad

Enfermedades respiratorias Sí No Dificultad respiratoria Sí No Causa:

¿Conoce y aplica técnicas para mejorar su respiración? ¿Cuáles?

Estructura y función

FC FR Temp. TA SpO₂ FCF

Valoración de enfermería:

2 Mantenimiento de un aporte suficiente de agua

Aspectos relacionados con la calidad y cantidad

Cantidad y calidad de líquidos que consume en 24 h:

¿Conoce usted la importancia de la calidad y cantidad de los líquidos que debe ingerir al día durante la etapa de embarazo y puerperio? Sí No

Conoce usted las complicaciones que se originan por no consumir agua Sí No

Estructura y función

Valoración de enfermería:

3 Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos

Aspectos relacionados con la calidad y cantidad

Peso inicial: Peso actual: Ganancia de peso: Talla: IMC:

Tipo de dieta: Aporte calórico:

Horarios Alimentos

Desayuno

Colación

Comida

Colación

Cena

Colación

Alimentos que no consume:

Variantes dietéticas (culturales, religiosas, médicas):

Problemas relacionados con la digestión/ingestión:

Higiene bucal: (material y hábitos)

Gingivitis, caries, piezas dentales faltantes, otro:

Estructura y función

Valoración de enfermería:

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN PERINATAL BASADO EN LA TEORÍA DE DOROTHEA E. OREM

4 Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos												
Aspectos relacionados con la calidad y cantidad												
Número de micciones en 24 h:				Características:						Frecuencia:		
Disuria	Si	No	Poliuria	Si	No	Tenesmo	Si	No	Poliaquiuria	Si	No	
Sonda:			Número:	F.I.	Globo:	Características:						
Higiene vesical			Si	No								
Número de micciones en 24 h:				Características:						Frecuencia:		
Moco	Si	No	Sangre	Si	No	Tenesmo	Si	No	Hemorroides	Si	No	
¿Ingiere algún alimento/medicamento para mejorar su proceso de evacuación? ¿Cuál?												
Estructura y función												
Valoración de enfermería:												

5 Mantenimiento del equilibrio entre actividad y reposo												
Aspectos relacionados con la calidad y cantidad												
¿Realiza ejercicio físico?				Si	No	¿Cuál?:						Frecuencia:
¿Qué tipo de esfuerzo le demandan las actividades que desempeña?				Físico	Intelectual	Físico e intelectual						
¿Cuántas horas duerme al día?				¿Realiza períodos de descanso durante el día?						¿Cuántos/duración?		
Dificultad para dormir				Si	No	¿A qué lo asocia?						
¿Cómo lo resuelve?												
Uso de aparatos de asistencia			Silla de ruedas	Bastón	Muletas	Causa:						
Gafas	Lentes de contacto		Causa:			Prótesis/Otros:						
Estructura y función												
Valoración de enfermería:												

6 Mantenimiento del equilibrio entre la soledad e interacción social												
Aspectos relacionados con la calidad y cantidad												
¿Siente miedo o temor o angustia por algún motivo? ¿Cuál?												
¿Ha establecido alguna estrategia para afrontarlo?												
¿Cuál es la importancia de la religión en su vida?												
¿Con qué frecuencia acude al lugar donde profesa su religión?												
Manejo de situaciones estresantes			Enojo con los otros	Enojo consigo misma	Sumisión	Se aleja						
Ansiedad	Tristeza	Llanto	Reflexión	Busca la solución	Busca una distracción							
¿Realiza alguna actividad recreativa?				Si	No	¿Cuál? ¿Cuál le gustaría realizar?						
Nivel de interacción social				Alto	Moderado	Ausente	Motivo:					
¿Se siente cómoda con ese nivel?				Si	No	¿Ha establecido alguna estrategia?						
¿A quién (es) considera su grupo de apoyo?:												
Estructura y función												
Valoración de enfermería:												

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN PERINATAL BASADO EN LA TEORÍA DE DOROTHEA E. OREM

7 Prevención de los peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano					
Aspectos relacionados con la calidad y cantidad					
¿Su embarazo fue planeado?	Si	No	¿Su embarazo es deseado?	Si	No
¿Conoce medidas de autocuidado en el embarazo?	Si	No	¿Cuáles?		
¿Conoce la importancia de acudir a su control prenatal?	Si	No			
¿Conoce el desarrollo normal del embarazo?	Si	No	¿Le parece importante saberlo?	Si	No
¿Conoce los datos de alarma en el embarazo?	Si	No	¿Cuáles?		
¿Conoce el proceso a seguir ante un dato de alarma?	Si	No			
¿Ha establecido su plan de nacimiento?	Si	No	¿Ha establecido su plan de seguridad?	Si	No
Si padece alguna enfermedad ¿Sigue el tratamiento y recomendaciones indicadas por su médico y enfermera?	Si	No			
¿Por qué?					
¿Considera que tiene dificultad para tomar decisiones importantes sobre su embarazo?				Si	No
De ser afirmativo, ¿A qué lo asocia?					
¿Ha acudido al servicio de urgencias durante su embarazo?				Si	No
De ser afirmativo, ¿Cuál fue el motivo?					
¿Ha sufrido accidentes recientemente? (caídas, quemaduras, accidentes automovilísticos, etc.)				Si	No
De ser afirmativo, ¿A qué lo asocia?					
Estructura y función					
Valoración de enfermería:					

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.					
Aspectos relacionados con la calidad y cantidad					
¿Pertenece a una comunidad, grupo social, cultural o étnica?	Si	No	¿Cuál?		
¿Qué implicaciones de esta pertenencia han influido en su embarazo, parto, puerperio y cuidado del R.N.?					
¿Considera que su embarazo representa una experiencia positiva para su vida?				Si	No
¿Por qué?					
¿Qué modificaciones realizó a partir de su embarazo?					
¿Qué modificaciones realizó a partir del diagnóstico de alguna enfermedad o alteración durante el embarazo?					
¿Se considera segura/capacitada/alentada para desarrollarse en la maternidad?				Si	No
¿A qué lo asocia?					
¿Qué elementos considera necesarios desarrollar/aprender o tener acceso?					
¿Tiene conocimiento sobre los cursos de educación prenatal o psicoprofilaxis obstétrica?				Si	No
¿Está asistiendo o tiene programados cursos de educación prenatal o psicoprofilaxis obstétrica?				Si	No
¿Conoce la importancia de los cursos de educación prenatal o psicoprofilaxis obstétrica?				Si	No
¿Existe un tema sobre el embarazo parto, puerperio o cuidados del R.N. que desee conocer?				Si	No
¿Cuál (es)?					
¿Conoce la importancia de planear su próximo embarazo?				Si	No
¿Ha decidido cuál será su método para regular la fertilidad?				Si	No
¿Ha establecido un plan de vida contemplado la integración de la maternidad?				Si	No
Estructura y función					
Valoración de enfermería:					

Coordinadora: E.E.P. Ana Karen Arias Cruz

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN PERINATAL BASADO EN LA TEORÍA DE DOROTHEA E. OREM

Requisitos de Autocuidado del Desarrollo			
Creación y mantenimiento de condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan los procesos de desarrollo.			
Condiciones			
Deprivación educacional			
Problemas de adaptación social			
Fallas en la individualidad sana			
Pérdida de familiares, amigos, compañeros			
Pérdida de posesiones o seguridad laboral			
Cambios de residencia o entorno			
Problemas asociados a la salud			
Condiciones opresivas de la vida			
Enfermedad que termina con la muerte o muerte cercana			
Provisión de cuidados asociados a los efectos de las condiciones	Provisión de cuidados para prevenir los efectos negativos	Provisión de cuidados para mitigar o superar los efectos negativos	

Requisitos de autocuidado ante la desviación de la salud.			
	Si	No	Descripción
Busca y asegura ayuda médica y de enfermería adecuada al detectar factores que producen o se asocian con patologías humanas.			
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 prescritas.			
Tiene conciencia y presta atención o regula los efectos de las medidas de cuidados prescritos.			
Modifica el autoconcepto 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 médico, con un estilo de vida que fomente el desarrollo.			

Coordinadora: E.E.P. Ana Karen Añas Cruz

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN PERINATAL BASADO EN LA TEORÍA DE DOROTHEA E. OREM

Factores Básicos condicionantes del estado de Desarrollo		
Capacidad de autogobierno	Factores negativos (Limitaciones)	Potencial de desarrollo (Capacidades)

Adaptación y actualización del "Instrumento de Valoración Perinatal"¹ E.E.P. Ana Karen Arias Cruz. Universidad Nacional Autónoma de México. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Posgrado en Enfermería Perinatal, Sede INPer. Marzo 2021.

¹ "Instrumento de Valoración Perinatal" Basado en hoja de valoración de Instituto Politécnico Nacional, Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia. Guía de Evaluación del Autocuidado (s/f). Recuperado Junio 2015. Modificado por E.E.P. Nidia Rivas Flores. Universidad Nacional Autónoma de México. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Posgrado en Enfermería Perinatal, Sede INPer. Agosto de 2015- 2019.

Coordinadora: E.E.P. Ana Karen Arias Cruz

Consentimiento informado para estudio de caso. Autorizado verbalmente desde 21 de mayo de 2021



Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
Programa Único de Especialización en Enfermería
Instituto Nacional de Perinatología
Enfermería Perinatal



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO DE CASO

Por medio de la presente yo Brenda Lorena [REDACTED]
doy mi consentimiento para que el Licenciado en Enfermería Orquida
Yarim Marín Aguirre estudiante del
Posgrado en Enfermería Perinatal de la Universidad Nacional Autónoma de México,
realice un seguimiento y participación activa en el cuidado integral del
paciente 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
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: Brenda Lorena [REDACTED]
FIRMA: [Signature]

RESPONSABLE DEL ESTUDIO DE CASO

ALUMNO DE POSGRADO: Orquida Yarim Marín Aguirre
FIRMA: [Signature]

México, Ciudad de México, a 19 del mes de junio del año 2021.