



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ESTUDIO DE CASO:

DÉFICIT DE AUTOCUIDADO EN EMBARAZADA DE 33.3 SEMANAS
DE GESTACIÓN CON PÉRDIDA TRANSVAGINAL DE LÍQUIDO
AMNIÓTICO

PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA PERINATAL

P R E S E N T A

NAHOMY LOPEZ POZOS

ASESOR ACADÉMICO

MCE. DOMINGA DEL CARMEN GARCÍA CHAN

CIUDAD DE MÉXICO, 2023

UNAM
POSGRADO
Enfermería





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ESTUDIO DE CASO:

DÉFICIT DE AUTOCUIDADO EN EMBARAZADA DE 33.3 SEMANAS
DE GESTACIÓN CON PÉRDIDA TRANSVAGINAL DE LÍQUIDO
AMNIÓTICO

PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA PERINATAL

P R E S E N T A

NAHOMY LOPEZ POZOS

ASESOR ACADÉMICO

MCE. DOMINGA DEL CARMEN GARCÍA CHAN

CIUDAD DE MÉXICO, 2023

UNAM
POSGRADO
Enfermería



RESUMEN.

Déficit de autocuidado en embarazada de 33.3 semanas de gestación con pérdida transvaginal de líquido amniótico.

El embarazo es una etapa del desarrollo fisiológico en la que se presentan diversos cambios anatómicos y fisiológicos, que pueden tener alguna alteración que ponga en riesgo la vida de la madre y el producto. **Objetivo:** Desarrollar un estudio de caso a una persona embarazada de 33.3 semanas de gestación (SDG) con pérdida transvaginal del líquido amniótico y déficit de autocuidado desde la perspectiva teórica de Dorothea E. Orem en el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer en Tabasco. **Método:** Estudio de caso, cualitativo, descriptivo, longitudinal, retrospectivo. **Descripción del caso:** Mujer en estado de gestación, primigesta que acude al hospital por salida de líquido transvaginal que escurre por sus piernas el día 14/03/2023 a las 9:30 horas con 31.4 SDG, por lo que se decide brindarle tratamiento de manejo conservador, quien es valorada por enfermería perinatal el día 27/03/2023 para la planificación de cuidados especializados y brindarle acompañamiento durante su embarazo de alto riesgo. **Consideraciones éticas:** Se sustentará con el consentimiento informado con el código de Núremberg, informe de Belmont, además, a nivel nacional en el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. **Conclusiones:** Se interrumpe el embarazo a las 37 SDG, sin complicaciones neonatales, sin embargo, durante el puerperio inmediato la madre presenta leucocitosis y pico febril para el cual se le brinda tratamiento y se logra la erradicación de este. **Palabras clave:** Vaginosis bacteriana, embarazo, ruptura prematura de membranas, amenaza de parto pretérmino, autocuidado, enfermería basada en la evidencia.

ABSTRAC.

Woman of 33.3 weeks pregnant with self-care deficiency and transvaginal amniotic fluid loss.

Pregnancy is a stage of physiological development in which various anatomical and physiological changes occur, which can have some alteration that puts the life of the mother and the product at risk. **Objective:** To develop a case study on a pregnant woman at 33.3 weeks of gestation (SDG) with transvaginal loss of amniotic fluid and self-care deficit from the theoretical perspective of Dorothea E. Orem at the Regional Hospital of High Specialty of Women in Tabasco. **Method:** Case study, qualitative, descriptive, longitudinal, retrospective. **Case description:** Pregnant woman, primipara who went to the hospital for vaginal fluid discharge that ran down her legs on March 14, 2023 at 9:30 a.m. with 31.4 SDG, so it was decided to provide her with conservative management treatment, who was evaluated by perinatal nursing on March 27, 2023 for the planning of specialized care and to provide her with support during her high-risk pregnancy. **Ethical considerations:** It will be supported with informed consent with the Nuremberg Code, Belmont Report, in addition, at the national level in the regulation of the general health law in matters of health research. **Conclusions:** The pregnancy was terminated at 37 SDG, without neonatal complications, however, during the immediate puerperium the mother presented leukocytosis and fever peak for which she was given treatment and the eradication of this was achieved. **Keywords:** Bacterial vaginosis, pregnancy, premature rupture of membranes, preterm labor threat, self-care, evidence-based nursing.

AGRADECIMIENTOS.

Al Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías por darme la oportunidad de recibir un apoyo económico y motivarme para culminar este grado académico.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por impulsar mi crecimiento profesional.

A la Facultad de Enfermería y Obstetricia por fortalecer mi formación académica.

A la sede Tabasco, Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer, por abrirnos sus puertas para el desarrollo de las competencias y el apoyo para el empoderamiento de las enfermeras Perinatales.

A la Coordinadora y asesor, por su paciencia para el desarrollo de este estudio de caso.

A mis profesores, por el conocimiento compartido y su tiempo brindado.

DEDICATORIA.

A mis padres, que son mi soporte, fortaleza y refugio en los momentos difíciles.

A mi hermano, por estar a mi lado y motivarme.

A mis amigas, por acompañarme en el proceso.

INDICE

Introducción	1
Objetivos.....	1
Capítulo I.....	2
Fundamentación.....	2
Capítulo II. Marco Teórico.....	3
2.1 Marco conceptual.....	3
2.2 Marco empírico.....	6
2.3 Proceso de atención de enfermería (PAE) según la Teoría de Dorothea E. Orem	8
2.4 Daños a la salud.	17
Capítulo III. Metodología	27
3.1 Búsqueda de la información	27
3.2 Sujeto	30
3.3 Material y procedimiento para la elaboración del estudio.	30
3.4 Aspectos éticos	31
Capítulo IV. Aplicación del proceso de atención de enfermería.....	32
4.1 Valoración inicial.....	32
4.2 Diagnósticos de enfermería de valoración inicial	47
4.3 Plan de intervenciones basado en la valoración inicial	52
4.4 Valoraciones focalizadas.....	73
4.5 Diagnósticos de enfermería por valoraciones focalizadas	88
4.6 Plan de intervenciones basado en las valoraciones focalizadas	88
4.7 Plan de alta	104
Capítulo V.....	110
Conclusiones y recomendaciones	110
Recomendaciones:.....	111
Referencias.....	112
Anexos	120
Apéndices.....	146

Lista de tablas

<i>Tabla 1. Criterios de Amsel. Fuente: Vaginosis. Microbiota vaginal. Vázquez F, Fernández-Blázquez A, García B. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (2019) 37(9) 592-60.</i>	<i>18</i>
<i>Tabla 2. Criterios de Nugent. Fuente: Vaginosis. Microbiota vaginal. Vázquez F, Fernández-Blázquez A, García B. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (2019) 37(9) 592-60.</i>	<i>19</i>
<i>Tabla 3. Criterios de Hay-Ison. Fuente: Vaginosis. Microbiota vaginal. Vázquez F, Fernández-Blázquez A, García B. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (2019) 37(9) 592-60.</i>	<i>19</i>
<i>Tabla 4. Evaluación del líquido amniótico. Elaboración propia. Fuente: Bonneau S, Raimond E, Gabriel R. Hidramnios y oligoamnios (en los embarazos únicos). EMC - Ginecología-Obstetricia. 2023 Feb;59(1):1–11.</i>	<i>26</i>
<i>Tabla 5. Elaboración de pregunta PICO Elaboración: Creación propia.</i>	<i>28</i>
<i>Tabla 6. Un día común de comida. Fuente: Elaboración propia</i>	<i>36</i>
<i>Tabla 7. Estudios de Laboratorio. Fuente: Elaboración propia</i>	<i>44</i>
<i>Tabla 8. Reporte de ultrasonidos. Fuente: Elaboración propia</i>	<i>44</i>
<i>Tabla 9. Estudios de Laboratorio del día 29/03/2023 Fuente: Elaboración propia</i>	<i>45</i>
<i>Tabla 10. Reporte de ultrasonidos del día 29/03/2023 Fuente: Elaboración propia</i>	<i>45</i>
<i>Tabla 11. Datos objetivos y subjetivos. Fuente: Elaboración propia</i>	<i>51</i>
<i>Tabla 12. Plan de intervenciones 1. Fuente: Elaborado por: Subdirección de Enfermería, Instituto Nacional de Perinatología, Secretaría de Salud, 2015. Modificado por LE. Nahomy Lopez Pozos</i>	<i>56</i>
<i>Tabla 13. Plan de intervenciones 2. Fuente: Elaborado por: Subdirección de Enfermería, Instituto Nacional de Perinatología, Secretaría de Salud, 2015. Modificado por LE. Nahomy Lopez Pozos</i>	<i>60</i>
<i>Tabla 14. Plan de intervenciones 3. Fuente: Elaborado por: Subdirección de Enfermería, Instituto Nacional de Perinatología, Secretaría de Salud, 2015. Modificado por LE. Nahomy Lopez Pozos</i>	<i>62</i>
<i>Tabla 15. Plan de intervenciones 4. Fuente: Elaborado por: Subdirección de Enfermería, Instituto Nacional de Perinatología, Secretaría de Salud, 2015. Modificado por LE. Nahomy Lopez Pozos</i>	<i>64</i>
<i>Tabla 16. Plan de intervenciones 5. Fuente: Elaborado por: Subdirección de Enfermería, Instituto Nacional de Perinatología, Secretaría de Salud, 2015. Modificado por LE. Nahomy Lopez Pozos</i>	<i>68</i>

Tabla 17. Plan de intervenciones 6. Fuente: Fuente: Elaborado por: Subdirección de Enfermería, Instituto Nacional de Perinatología, Secretaría de Salud, 2015. Modificado por LE. Nahomy Lopez Pozos	70
Tabla 18. Plan de intervenciones 7. Fuente: Elaborado por: Subdirección de Enfermería, Instituto Nacional de Perinatología, Secretaría de Salud, 2015. Modificado por LE. Nahomy Lopez pozos	72
Tabla 19. Reporte de ultrasonido del día 11/04/2023 Fuente: Elaboración propia	74
Tabla 20. Laboratorios del día 14/04/2023. Fuente: Elaboración propia.....	75
Tabla 21. Reporte de ultrasonido del día 20/04/2023 Fuente: Elaboración propia	80
Tabla 22. Laboratorios del día 21/04/2023. Fuente: Elaboración propia.....	81
Tabla 23. Laboratorios del día 23/04/2023. Fuente: Elaboración propia.....	86
Tabla 24. Plan de intervenciones 8. Fuente: Elaborado por: Subdirección de Enfermería, Instituto Nacional de Perinatología, Secretaría de Salud, 2015. Modificado por LE. Nahomy Lopez Pozos	90
Tabla 25. Plan de intervenciones 9. Fuente: Elaboración propia.	92
Tabla 26. Plan de intervenciones 10. Fuente: Elaborado por: Subdirección de Enfermería, Instituto Nacional de Perinatología, Secretaría de Salud, 2015. Modificado por LE. Nahomy Lopez Pozos	97
Tabla 27. Plan de intervenciones 11. Fuente: Elaborado por: Subdirección de Enfermería, Instituto Nacional de Perinatología, Secretaría de Salud, 2015. Modificado por LE. Nahomy Lopez Pozos	99
Tabla 28. Plan de intervenciones 12. Fuente: Elaborado por: Subdirección de Enfermería, Instituto Nacional de Perinatología, Secretaría de Salud, 2015. Modificado por LE. Nahomy Lopez Pozos	102
Tabla 29. Plan de intervenciones 13. Fuente: Elaborado por: Subdirección de Enfermería, Instituto Nacional de Perinatología, Secretaría de Salud, 2015. Modificado por LE. Nahomy Lopez Pozos	104
Tabla 30. Laboratorios del día 24/04/2023. Fuente: Elaboración propia.....	106
Tabla 31. Plan de alta de la madre Fuente: Elaboración propia.	108
Tabla 32. Plan de alta de la madre Fuente: Elaboración propia	109
Tabla 33. Escala de Hamilton para la Ansiedad	131
Fuente: Grupo de salud mental de la FCM. Prevalencia de depresión, ansiedad y consumo de alcohol y factores relacionados en mujeres \geq 18 - 49 años en las áreas de influencia de los médicos en servicio social, año 2019-2020. Tegucigalpa, Honduras; 2020.	131

Tabla 34. Test de Bishop Fuente: Hospital Clínic, Hospital Sant Joan de Déu, Universidad de Barcelona. Protocolo: Maduración cervical e inducción del parto. Medicina materno fetal. Barcelona, España.138

Tabla 35. Características de actividad uterina Fuente: Cunningham G, Leveno K, Bloom S, Dashe J, Hoffman B, Casey B, et al. Williams obstetricia. 25°. MC Graw Hill Education, editor. Ciudad de México: Booksmedicos.org; 2019145

Lista de Figuras

<i>Figura 1. Escala de Bristol. Fuente: Zeledón Corrales N, Serrano Suárez JA, Fernández Agudelo S. Síndrome intestino irritable. Revista Médica Sinergia. 2021 Feb 1;6(2):e645.</i>	<i>122</i>
<i>Figura 2. PREVIGEN II. Fuente: CIMI-Gen. Sistema para detección, evaluación y registro de riesgo perinatal. Asociación hispano mexicana, I.A.P. Ciudad de México.....</i>	<i>134</i>
<i>Figura 3. Trazo no reactivo. Elaboración: Tomada del expediente.</i>	<i>136</i>
<i>Figura 4. Trazo reactivo. Elaboración: Tomada del expediente.</i>	<i>137</i>
<i>Figura 5. PREVIGEN III. Fuente: CIMI-Gen. Sistema para detección, evaluación y registro de riesgo perinatal. Asociación hispano mexicana, I.A.P. Ciudad de México.....</i>	<i>137</i>
<i>Figura 6. Prueba de bienestar fetal, trazo del día 21/04/2023 Elaboración: Expediente.</i>	<i>138</i>
<i>Figura 7. PREVIGEN IV. Fuente: CIMI-Gen. Sistema para detección, evaluación y registro de riesgo perinatal. Asociación hispano mexicana, I.A.P. Ciudad de México.....</i>	<i>139</i>
<i>Figura 8. Escala de EVA. Fuente: Información sanitaria. Real Federación Española de Salvamento y Socorrismo. 2022 [cited 2023 Nov 10]. Escala EVA valoración del dolor. Available from: https://rfess.es/2020/10/escala-eva-valoracion-del-dolor/.....</i>	<i>140</i>
<i>Figura 9. PREVIGEN V. Fuente: CIMI-Gen. Sistema para detección, evaluación y registro de riesgo perinatal. Asociación hispano mexicana, I.A.P. Ciudad de México.....</i>	<i>141</i>
<i>Figura 10. PREVIGEN VI. Fuente: CIMI-Gen. Sistema para detección, evaluación y registro de riesgo perinatal. Asociación hispano mexicana, I.A.P. Ciudad de México.....</i>	<i>142</i>
<i>Figura 11. Escala de puntuación LATCH. Fuente: Sánchez A. Vygon value life. 2022 [cited 2023 Nov 3]. Valoración de una lactancia eficaz: la escala LATCH . Available from: https://campusvygon.com/escala-latch/</i>	<i>143</i>
<i>Figura 12. PREVIGEN VII Fuente: CIMI-Gen. Sistema para detección, evaluación y registro de riesgo perinatal. Asociación hispano mexicana, I.A.P. Ciudad de México.....</i>	<i>144</i>
<i>Figura 13. Carta de consentimiento informado Fuente: Elaboración propia</i>	<i>156</i>
<i>Figura 16. Acompañamiento. Fuente: Elaboración propia.</i>	<i>158</i>
<i>Figura 15. Esferodinamia. Fuente: Elaboración propia.</i>	<i>158</i>
<i>Figura 14. Deambulación. Fuente: Elaboración propia.</i>	<i>158</i>
<i>Figura 17. Apego inmediato. Fuente: Elaboración propia.....</i>	<i>159</i>
<i>Figura 18. Evaluando Agarre Fuente: Elaboración propia.....</i>	<i>159</i>
<i>Figura 19. Agarre correcto. Fuente: Elaboración propia.</i>	<i>159</i>

Introducción

El embarazo es una etapa de desarrollo en la que se presentan diversos cambios anatómicos y fisiológicos, que pueden tener alguna alteración en la que implican una atención oportuna por parte del personal de salud.

A continuación, el estudio de caso describe el proceso y acompañamiento de embarazo de alto riesgo a una adulta joven embarazada por primera vez a los 22 años con 33.3 semanas de gestación (SDG) relacionado con la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea E. Orem, atendida en el “Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer”, quien acude al nosocomio por salida de líquido transvaginal claro que escurre por sus piernas a las 9:30 horas del día 14/03/2023, situación que es explicada en la valoración exhaustiva, sé estable como objetivo llegar a las 37 SDG brindando el seguimiento y acompañamiento hasta el puerperio mediato en cuatro valoraciones focalizadas mediante la recopilación de información primaria y secundaria, así como las intervenciones especializadas que se ejecutaron durante su estancia hospitalaria y seguimiento en su domicilio.

Este proyecto se divide en cinco capítulos, en el primero se describe la situación epidemiológica de la Ruptura Prematura de Membranas (RPM); el segundo explica el marco teórico que incluye las palabras claves de la investigación y sus conceptos, la evidencia científica menor a cinco años obtenida en bases de datos que fortalece a la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE), el marco empírico en donde se exponen las mejores evidencias que contribuyen al desarrollo del estudio de caso, el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en el cual se realizaron valoraciones de manera exhaustiva y focalizada, creando 13 diagnósticos que llevaron a la planeación de cuidados según los requisitos alterados de la persona para posteriormente realizar la ejecución, así como la evaluación de los resultados con la finalidad de identificar si los objetivos se cumplieron o habrá que modificar el plan de cuidado, la integración de la Teoría general creada por Dorothea E. Orem basada en el autocuidado, agencia de autocuidado, déficit de autocuidado, agencia y sistemas de enfermería, así como el desarrollo de la desviación de la salud; el tercer capítulo expone la metodología en donde se incluyen las etapas de espíritu de la investigación, pregunta PIO, búsqueda de la mejor

evidencia, lectura crítica, integración de la evidencia, evaluación de los resultados y difundir, características de la EBE , relación de los núcleos paradigmáticos entendidos como persona, salud, cuidado y entorno con los datos recolectados, también, se incluyen los aspectos éticos; el cuarto capítulo menciona las valoraciones exhaustivas y focalizadas, así como los planes de intervenciones de enfermería; y el quinto y último capítulo expresa los resultados obtenidos del plan de manejo basado en las consideraciones éticas y las recomendaciones para futuras investigaciones.

Objetivos

General

Realizar un estudio de caso a una persona embarazada de 33.3 Semanas de Gestación (SDG) con déficit en el requisito universal de autocuidado de prevención de peligros de la vida, el funcionamiento y el bienestar humano desde la perspectiva teórica de Dorothea E. Orem del Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer (HRAEM) en Tabasco.

Específicos

- Realizar una valoración perinatal exhaustiva y focalizada con la teoría de Dorothea Orem.
- Formular y jerarquizar los diagnósticos de enfermería centrados en el problema, de promoción de la salud y de riesgo, de acuerdo con los requisitos alterados, en el formato Problema, Etiología, Signos y síntomas (PES).
- Establecer plan de cuidados de calidad para la mejora de la persona sustentado en la enfermería basada en la evidencia principalmente guías de práctica clínica y normatividad vigente, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.
- Garantizar los cuidados de enfermería con ética profesional, respetando la individualidad de la persona para la resolución de los requisitos alterados.
- Evaluar los resultados obtenidos de las intervenciones de enfermería.
- Crear un plan de alta de los cuidados conservadores para un embarazo a término y postparto.

Capítulo I.

Fundamentación

A nivel mundial, la ruptura prematura de membranas (RPM) varía entre el 1.6 y el 21% con un promedio del 10% de todos los embarazos (1). Es una causa importante de movilidad y mortalidad perinatal, que complica del 13% al 60 % de los embarazos que cursan RPM. Constituye a una de las principales causas de prematuridad e infección, que a su vez es la principal causa de muerte neonatal, siendo las consecuencias más importantes de parto pretérmino, bajo peso al nacer e infección neonatal. (2)

En Latinoamérica se desconoce el porcentaje exacto de los nacimientos pretérmino, sin embargo, las estadísticas de diversos hospitales estiman que es cerca del 11 al 15.3% del cual se estima que un 25 a 30% son ocasionados por una ruptura prematura de membranas. (3)

En México, la RPM se presenta el 3% de los embarazos y es responsable de una tercera parte de los nacimientos pretérmino. Su recurrencia se encuentra entre el 16 y 32%, el riesgo en personas en quienes se realiza amniocentesis en el segundo trimestre es del 1.2%, y el riesgo de pérdida de la gestación es del 0.6%. La RPM además es una causa importante de morbilidad materna y se le ha relacionado con el 10% de la mortalidad perinatal (4). En el Instituto Nacional de Perinatología de México, el 8.8% de sus pacientes presentan una RPM. El 20% de los casos ocurren antes de las 36 SDG y tu tratamiento debe disminuir la amenaza de corioamnionitis y los peligros del parto prematuro; el porcentaje está directamente relacionado con el tiempo de latencia y aumenta después de las 24 horas de la rotura y es al menos 10 veces mayor después de las 72 horas, las tasas de mortalidad neonatal oscilan entre el 2.5 y el 50% a causa de la ruptura de membranas (5).

En Tabasco, durante 2019, en todos los hospitales de la Secretaría de Salud de Tabasco, 25 846 mujeres recibieron atención obstétrica, de las cuales el 23% de los casos (5, 937) presentaba afecciones específicas dentro de las que se encuentra la ruptura prematura de membranas. (6)

En 2019, la Revista Científica de la Escuela Universitaria de las Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el Valle de Sula, presento un estudio de caso titulado “Cuidados de enfermería basados en Dorothea Orem en ruptura prematura de membrana y oligoamnios”, en el cual tiene como objetivo exponer las intervenciones de enfermería obstétrica en paciente con ruptura prematura de membranas aplicando el proceso de atención de enfermería (PAE) enfocado en la teoría del autocuidado de Dorothea Orem.(7)

Los factores de riesgo que ocasionan ruptura prematura de membranas se asocian principalmente a infecciones del tracto reproductivo materno, complicaciones obstétricas y factores conductuales. El principal factor de riesgo es la infección, la cual se asocia hasta en el 50% de los casos y en pacientes que inician con trabajo de parto hasta 75% siendo más frecuente a menor edad gestacional (8). Otros factores de riesgo son parto pretérmino previo 31 - 50%, embarazo múltiple y complicaciones asociadas 12-28%, rupturas prematuras de membranas en un embarazo previo del seis al 40%, trastornos hipertensivos del embarazo 12%, restricción en el crecimiento intrauterino del dos al cuatro por ciento, hemorragia ante parto del seis al nueve por ciento, bajo nivel socioeconómico del ocho al nueve por ciento, edad temprana 41-63% (9), la anemia 1.6-29.2% ha mostrado un incremento significativo en el riesgo de presentar ruptura prematura de membranas y como factor sociodemográfico las amas de casa con el 1.2-7.3% (10).

Los agentes causales de las infecciones son *Candida albicans* 60.3%, las especies *Candida no albicans* junto con la *Candida tropicalis* 9.9%, y la *Candida glabrata* 12.2% son las que más prevalecen; la *Gardnerella vaginalis* es la causante del 19.5% de la vaginosis bacteriana; mientras que la tricomoniasis vaginal representa el 0.8 – 3.2%. (11)

Capítulo II. Marco Teórico

2.1 Marco conceptual

La Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) se puede definir como la aplicación consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica, disponible para fortalecer

el conocimiento enfermero y pueda tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes.(12)

La investigación en enfermería necesita del método científico en combinación con el teórico- práctico para la realización de las intervenciones. La formulación de una pregunta clínica es el primer paso para encontrar en la literatura la respuesta a la carencia de conocimiento. (13)

La pregunta de investigación debe ser bien planteada, la construcción de su estructura básica nos ayudará a enfocar el problema, informar los métodos y proponer posibles soluciones (14) Lo que permite obtener información necesaria para la solución del aspecto clínico de la investigación, aumenta la recuperación de evidencias en las bases de datos, enfoca el objetivo de la investigación y evita realizar búsquedas innecesarias. (15)

Formular una pregunta significa reducirla a términos claros y precisos, identificando sus componentes principales. Este proceso incluye la determinación de los cuatro componentes de la pregunta PICO (16):

P = Población o problema de salud

I = Intervención (exposición o procedimiento diagnóstico)

C = Comparación

O = Outcome o desenlace clínico

La forma más intuitiva de búsqueda es con palabras y frases, también se puede utilizar el vocabulario controlado de la base de datos, también llamados tesauros o descriptores, que nos ayudan a localizar la información de un tema independientemente de las variantes o las polisemias que podamos encontrar en la bibliografía. En las ciencias de la salud, los lenguajes de búsqueda informativa de mayor uso son el Medical Subject Headings (MeSH) y Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS). (17,18)

El MeSH es el vocabulario utilizado por la National Library of Medicine (NLM) de Estados Unidos para la descripción del contenido, recuperación de aquellas fuentes de

información e indización de artículos de revistas biomédicas que han ingresado a la base de datos Medline. (17,18)

El tesoro trilingüe DeCS, creado por la red del Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud (BIREME) para la descripción del contenido y la recuperación de los documentos presentes en la base de datos Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (Lilacs), a partir del MeSH con el objetivo de permitir el uso de terminología común para búsqueda de 3 idiomas (inglés, español y portugués) suele ser recomendado como paso previo a la búsqueda en el MeSH si tenemos dificultades con el inglés. (17,18)

Definición de las palabras claves:

- Vaginosis bacteriana
- Embarazo
- Ruptura prematura de membranas
- Amenaza de parto pretérmino
- Autocuidado
- Enfermería basada en la evidencia

DeCS/ MeSH

Vaginosis bacteriana/ Vaginosis, Bacterial: Vaginitis polimicrobiana inespecífica asociada con cultivos positivos de *Gardnerella vaginalis* y de otros organismos anaeróbicos y disminución de lactobacilos. No se ha aclarado si el evento patogénico inicial es producido por el crecimiento de los anaerobios o por la disminución primaria de los lactobacilos. (19)

Embarazo/ Pregnancy: Estado durante el que los mamíferos hembras llevan a sus crías en desarrollo (embrión o feto) en el útero, antes de nacer, desde la fertilización hasta el nacimiento. (20)

Ruptura prematura de membranas fetales/ Fetal membranes, Premature Rupture: Ruptura espontánea de las membranas que rodean al feto en cualquier momento anterior al inicio del trabajo de parto. PROM pretérmino es la ruptura de la membrana antes de las 37 semanas de embarazo. (21)

Trabajo de parto prematuro/ Obstetric Labor, Premature: Comienzo del trabajo de parto antes del término (Nacimiento de término) pero generalmente después de que el feto sea viable. En humanos, esto ocurre usualmente en algún momento entre la semana 29 y 38 de embarazo. La tocólisis inhibe el parto prematuro y puede prevenir el nacimiento de un niño prematuro. (22)

Autocuidado/ Self care: Atención prescrita por médico o efectuada por la propia persona e incluye atención para consigo mismo, su familia o amigos. Cuidarse cuando está enfermo o tomar acciones positivas y adoptar comportamientos para prevenir las enfermedades.(23)

Enfermería basada en la evidencia/ Evidence-Based Nursing: Una manera de proporcionar cuidados de enfermería que se rige por la integración del mejor conocimiento científico disponible en la experiencia de la enfermería. Este enfoque requiere enfermeras para evaluar críticamente los datos científicos o de investigación de pruebas e implementar intervenciones de alta calidad para la práctica de enfermería. (24)

2.2 Marco empírico

Para fundamentar y dar sustento empírico a esta investigación, se realizó una búsqueda en diversas bases de datos en las que destacan PubMed, Google académico, BidiUNAM, y el CENETEC mediante una lectura crítica tomando en cuenta el nivel de jerarquía de la evidencia científica se seleccionaron protocolos de España, manuales ginecología y obstetricia de Chile, guías de práctica clínica de México, así como estudios transversales y de cohorte de otras partes del mundo, siendo los más relevantes los que a continuación se describen.

El Centro de medicina fetal y neonatal de Barcelona (BCNATAL) en su “Protocolo: rotura prematura de membranas a término y pretérmino” explica que si no hay presencia de corioamnionitis o sufrimiento fetal se finalizará la gestación independientemente de las semanas de gestación, individualizando el plan de manejo estimando el riesgo de la madre, del bebé y las complicaciones de un parto pretérmino; el manejo expectante >34 SDG beneficia al neonato al tener menos morbilidad respiratoria, mayor peso al nacer entre otras, y a la madre menos número de cesáreas, favorece el vínculo madre-hijo. El

tratamiento consta de antibioticoterapia profiláctica iniciando con ampicilina dos gramos cada seis horas Vía Intravenosa (IV) + ceftriaxona un gramo cada 12 horas IV + claritromicina 500 mg cada 12 horas Vía Oral (VO) durante 48 horas siempre y cuando no haya presencia de infección; Corticoterapia con Betametasona 12 mg Inyección Intramuscular (IM) cada 24 horas dos dosis. (25)

El “XIV Edición Manual de Obstetricia y Ginecología/2023” de Carvajal, Jorge. Describe que la consideración está en la semana 34 de gestación, si la usuaria tiene ≥ 34 interrupción del embarazo y < 34 manejo expectante que, si bien aumenta el riesgo de sepsis intrauterina y morbimortalidad fetal, es menor en útero que en la vida extrauterina. El manejo conservador de esquema antibiótico profiláctico es Eritromicina 500 mcg cada seis horas VO por diez días + Ampicilina 500 mg cada seis horas IV por 48 horas y posteriormente VO por 10 días, aunque también podría ser Azitromicina un gramo por una vez y ampicilina 500 mg cada seis horas IV por 48 horas, posteriormente Amoxicilina hasta completar siete días; en caso de presentar alergia a las penicilinas, reemplazar por cefalosporina que en caso de no ser posible, el tratamiento sería Clindamicina 900 mcg cada ocho horas por 48 horas + gentamicina 240 mg/día IV por 48 horas + clindamicina 300 mg cada ocho horas para completar los siete días. Además de corticoides para la madurez pulmonar, disminuyendo el riesgo de síndrome de distrés respiratorio en el neonato.(26)

La guía de práctica clínica de México “Diagnóstico y tratamiento de la ruptura prematura de membranas pretérmino” indica que las personas con RPM con < 34 SDG y viabilidad fetal son candidatas a manejo expectante. El tratamiento con corticoides recomendado es de Betametasona 12 mg intramuscular cada 24 horas por dos dosis o Dexametasona seis miligramos, intramuscular cada 12 horas por cuatro dosis. Además del esquema de antibioticoterapia con ampicilina y eritromicina intravenosa durante dos días, seguido de amoxicilina oral y eritromicina durante cinco días en el manejo expectante. Este tratamiento debe darse en los fetos contra estreptococos del grupo B para prevenir transmisión vertical. (4)

En el estudio transversal “Rotura de membranas antes del trabajo de parto y factores asociados entre mujeres embarazadas admitidas en la sala de maternidad, noroeste de

Etiopía” de Telayneh Animut et al., resaltaron que prevalencia de la RPM es en madres de un nivel socioeconómico bajo, debido a una higiene inadecuada, estrés, entre otros factores que disminuye la formación de colágeno y provocan el debilitamiento de las membranas, es por eso que proponen para disminuir la ruptura prematura de membranas y mejorar el bienestar fetal y perinatal, reforzar la consejería, las pruebas oportunas y el tratamiento de infecciones. (27)

En el estudio de cohorte prospectivo multicéntrico “Periodo de latencia de la RPM a término y riesgo de enfermedades infecciosas neonatales” Observaron que hay poca relación entre las infecciones neonatales y el tiempo de evolución de la RPM hasta el parto, sin embargo, proponen el uso profiláctico de antibióticos en recién nacidos de madre con RPM. (28)

El “American College of Obstetricians and Gynecologists” (ACOG) menciona que continúa siendo un reto el tratamiento de la RPM, sin embargo, las intervenciones a realizar dependen de la edad gestacional, así como de la evaluación de los riesgos referentes del parto en comparación con la vigilancia para permitir que el embarazo progrese a una edad gestacional más viable. (29)

Después de esta indagación detallada, analizamos que el manejo conservador de la RPM es un tratamiento farmacológico, principalmente con terapia antibiótica profiláctica y corticoides para disminuir los riesgos de infecciones maternas – neonatales y favorecer la maduración pulmonar, respectivamente. Además, debe ser individualizado con el objetivo de que el embarazo llegue a término entre la semana 37 a la 40 de gestación en la que el feto sea viable.

2.3 Proceso de atención de enfermería (PAE) según la Teoría de Dorothea E. Orem

Es el método que guía el trabajo profesional, científico, sistemático, dinámico y humanista de la práctica de enfermería, enfocado en evaluar los avances y cambios en la mejora de un estado de bienestar de la persona, familia y/o grupo a partir de las intervenciones otorgadas por la enfermera. (30)

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, considerando la integridad, totalidad y seguridad del paciente (31), compuesto de cinco pasos:

1. Valoración: Es el proceso organizado y sistemático de recolección de datos sobre el estado de salud y estado funcional del paciente a través de diversas fuentes: estas incluyen al paciente como fuente primaria; el expediente clínico, la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente son parte de las fuentes secundarias (32). Es importante seguir un orden en la valoración, de forma que, la enfermera adquiera un hábito para obtener la máxima información en el tiempo disponible.
2. Diagnóstico: Es la conclusión del conjunto de datos objetivos y subjetivos que el personal de enfermería puede resolver de forma independiente, comprendiendo al paciente como un ser biopsicosocial, expresándose con una frase concisa (33). Actualmente, hay tres tipos de diagnóstico en enfermería centrado en el problema, de promoción de la salud y de riesgo, según el diagnóstico PES (Problema, Etiología, Signos y síntomas).
3. Planificación: En esta fase se pretende establecer y llevar a cabo los cuidados de enfermería individualizados, específicos, jerarquizando y priorizando los problemas identificados, que conduzcan a la persona a prevenir, reducir o eliminarlos. En esta etapa se determinan los resultados esperados de las intervenciones independientes, dependientes e interdependientes, entendiendo las primeras como, aquellas que realiza el profesional de enfermería sin que exista de por medio una indicación médica, las segundas son realizadas por indicación médica y la tercera en coordinación con otros miembros del equipo de salud. (34)
4. Ejecución: El profesional de enfermería tiene la responsabilidad de la ejecución del plan, pero debe incluir a la persona y a la familia, así como a otros miembros del equipo de salud. En esta fase se realizarán todas las intervenciones de enfermería fundamentada en evidencia científica y dirigidas a la resolución de problemas, así como las necesidades asistenciales de cada persona. Es importante continuar con la recolección de datos para la evaluación de los objetivos alcanzados y si es necesario cambiar el plan de cuidados. (35)

5. Evaluación. Se define como la comparación entre el estado de salud de la persona y los resultados esperados posterior a las intervenciones de cuidado. Evaluar, es emitir una opinión sobre la situación o persona, comparándolo con la eficacia y la efectividad de las actuaciones. (36)

Teoría de Dorotea Orem

Dorotea E Orem ha descrito la teoría del déficit del autocuidado como un modelo general compuesto por tres subteorías relacionadas: la teoría de autocuidado, la teoría del déficit del autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería; es considerada entre las teorías de Enfermería más completas.

Orem determina la enfermería como el arte de actuar por la persona enferma, ayudarla a realizar y sostener por sí misma intervenciones de autocuidado para preservar la salud, y enfrentar las secuelas de la enfermedad, incluyendo la capacidad de su relación interpersonal de actuar, conocer y ayudar a las personas a realizar sus necesidades y demandas de autocuidado, donde respeta la dignidad humana, experimenta la tolerancia, cumpliendo los principios bioéticos de autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia, permitiendo que la persona planifique y ejecute una serie de cuidados para el beneficio de su salud, si tiene la posibilidad de hacerlo. Además, asegura que la enfermera puede emplear cinco métodos de ayuda que son actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para desarrollo. (37)

Para Orem los núcleos disciplinarios básicos permiten reconocer los sucesos esenciales de beneficio para el profesional de enfermería, motivando al enfermero/a brindar cuidados especiales en todo momento. Por esta razón define cada elemento núcleo disciplinario básico del siguiente modo:

Persona: Reconoce al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral y dinámico, con capacidad para conocerse, con la facultad de expresar las ideas, las palabras y reflexionar por sus actos desde su experiencia, comunicar y orientar sus esfuerzos, con el propósito de gestionar intervenciones de autocuidado independiente. (38)

Salud: Este núcleo considera un numeroso significado como; integridad física, estructural y funcional que actúan en conjunto para impedir el deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano para el bienestar general, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Por tanto, lo considera como la percepción del bienestar que tiene cada persona. (39)

Enfermería: calidad de servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, y el bienestar, por tanto, es proporcionar a las personas y/o grupos apoyo en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las limitaciones para gestionar su autocuidado que vienen dadas por sus problemáticas personales.

Entorno, aunque no lo define, lo considera como el conjunto de factores externos que ayudan sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de realizarlos. (37)

El profesional de enfermería debe conocer estos núcleos con el objetivo de ayudar a la persona como un ser biopsicosocial para realizar actividades que complementen su autocuidado.

Teoría del Autocuidado.

El autocuidado para Orem se define como una necesidad humana, la cual se basa en conseguir enseñanzas guiadas a mantener su salud, recobrarla o afrontar los efectos o complejidad que se presenten en ausencia de la salud (40). También, se define como el grupo de acciones voluntarias que ejecuta la persona para controlar los factores internos y externos que pueden poner en riesgo su vida y el crecimiento posterior; consiste en la experiencia de las actividades para el desarrollo personal y el bienestar mediante la vanagloria de requisitos para las regulaciones funcionales y del desarrollo. (41)

Por lo anterior, se entiende que el autocuidado es una responsabilidad del hombre que las personas deben, intencionalmente realizar, por sí mismas y encaminadas al objetivo de regular los factores que dañan su desarrollo y las intervenciones que lleva a cabo para su máximo beneficio personal y de su entorno.

Orem, plantea que los factores internos y externos que afectan o alteran a los individuos para ocuparse en su autocuidado en situaciones específicas o instantes precisos, se denominan “factores condicionantes básicos”, se han identificado 10 factores: (42)

- Edad.
- Sexo.
- Estado de desarrollo.
- Estado de salud.
- Orientación sociocultural.
- Factores del sistema sanitario.
- Factores del sistema familiar.
- Patrón de vida. (Incluyendo actividades en las que se ocupa regularmente).
- Factores ambientales
- Disponibilidad y adecuación de los recursos.

La teoría del Autocuidado expresa el propósito de mantener nuestro bienestar, salud y desarrollo; todos los seres humanos tenemos requisitos que son básicos y comunes a todos, Orem en su teoría identifica tres categorías de requisitos de autocuidado para el dominio de los profesionales del cuidado de la salud.

Requisitos de autocuidado universales: son los que precisan todos los procesos de cada etapa del ciclo vital. Están asociados a los procesos vitales con la finalidad de conservar la integridad de la estructura, funcionamiento y maduración óptima del ser humano y el bienestar general. Se mencionan los ocho requisitos comunes al ser humano:

- Mantenimiento de un ingreso suficiente de aire. Mantenimiento de una ingesta suficiente de agua.
- Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos
- Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación urinaria e intestinal.
- Equilibrio entre actividades y descanso.
- Equilibrio entre soledad y la comunicación social.

- Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano.
- Promoción del funcionamiento humano, y el desarrollo dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano.

Cada uno de estos requisitos están íntimamente relacionados entre sí, pero cada uno de ellos son logrados en diferentes grados de acuerdo con los "factores condicionantes básicos" que son determinantes e influyentes en el estado de salud de toda persona.

Los requisitos de autocuidado del desarrollo: surgen como consecuencia de los procesos de desarrollo o estados que derivan de una condición o relacionados con un acontecimiento. Hay dos tipos de requisito de autocuidado del desarrollo.(42)

- Crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan los procesos de desarrollo. (Ej. embarazo, infancia, etc.)
- Provisión de cuidados asociados a los efectos de las condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano. (Ej. Duelo, enfermedades terminales, etc.)

Requisitos de autocuidado de desviación de la salud: estos existen para las personas que están enfermas o lesionada, entre estos se encuentran los que se derivan de traumatismo, incapacidad, diagnóstico y tratamiento médico e implican la necesidad de introducir cambios en el estilo de vida; debido a los cambios de la estructura humana, en el funcionamiento físico o en la conducta y hábitos de la vida diaria. (38,42)

- Buscar y asegurar la ayuda médica adecuada en el caso de exposición a agentes físicos o biológicos específicos o a condiciones ambientales asociadas con acontecimientos y estados humanos patológicos, o condiciones psicológicas que se sabe que producen o están asociadas con patología humana.
- Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de estados patológicos, incluyendo efectos sobre el desarrollo.
- Llevar a cabo efectivamente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas, dirigidas a prevenir tipos específicos de patología.

- Tener conciencia y prestar atención o regular los efectos de las medidas de cuidado prescritas por el médico que producen malestar o deterioro, incluyendo los efectos sobre el desarrollo.
- Modificar el autoconcepto para aceptarse uno mismo como ser humano con un estado de salud particular y necesitado de formas específicas de cuidados 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 continuado.

Teoría de déficit de autocuidado

El origen de esta teoría tiene como objetivo el actuar enfermero, haciéndose cargo del déficit de autocuidado de las personas que padecen de limitaciones a consecuencia de su salud o derivadas de ella que los incapacita para un autocuidado continuo, o hacen que el autocuidado sea ineficaz o incompleto. (42)

La teoría del déficit de autocuidado es el equilibrio entre las propiedades humanas de necesidad de ayuda para el autocuidado y las acciones de autocuidado apropiadas para entender y abarcar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o programado. (43)

El déficit de autocuidado se reconoce como completos y parciales; un déficit de autocuidado completo significa que no hay capacidad para satisfacer la demanda de autocuidado terapéutico; el déficit parcial puede limitarse a una incapacidad de satisfacer uno o varios requisitos de autocuidado dentro de la demanda de autocuidado terapéutico. Las intervenciones de enfermería dependen del déficit de autocuidado completo o parcial, la objetividad de las personas y su etapa de desarrollo, así como de la enfermedad que estén cursando y las limitaciones que esta les ocasione.

Los enfermeros(as) valoran para identificar qué requisitos son los demandados por el paciente, planean las intervenciones particularizadas para cubrirlos y determinan la ejecución en el momento adecuado de la intervención, evalúan las habilidades, capacidades y el potencial de la persona para cubrir sus requisitos, y desarrollar la acción.

La agencia de autocuidado es la profunda capacidad adquirida de la persona de satisfacer los requisitos persistentes de cuidado de uno mismo que regulan los procesos fisiológicos, sostienen o fomentan la integridad de la estructura y el funcionamiento y desarrollo humano y favorecen el bienestar. Las personas que pueden realizar sus actividades de autocuidado para su bienestar tienen una agencia de autocuidado desarrollada; sin embargo, la agencia de autocuidado en vías de desarrollo es la persona que está aprendiendo a realizar las medidas de autocuidado, como por ejemplo los niños (37).

La agencia de cuidado dependiente es la habilidad compleja y adquirida de las personas para conocer y satisfacer algunos o todos los requisitos de autocuidado que tienen limitaciones de la agencia de autocuidado derivadas o relacionadas con la salud, lo que los sitúa en lugares de relaciones de cuidado dependiente, generalmente es una respuesta de las necesidades de los miembros de la familia o amigos para ayudarles en su continuo autocuidado. (42)

Teoría de los sistemas de Enfermería

En esta subteoría de los sistemas de Enfermería se establece la manera de actuar del profesional de enfermería y la relación entre las propiedades de la persona y las de la enfermera. Para Orem, esta teoría tiene la finalidad de crear y exponer planes de cuidado basado en procedimientos que posibiliten la orientación a las personas a como suplir las necesidades mediante la enseñanza y acompañamiento en conjunto. Para lograr los cuidados se establecieron tres tipos de sistemas: compensatorio, parcialmente compensatorio y apoyo educativo.

Cuando hay un déficit de autocuidado, la enfermería puede compensarlo a través de los sistemas de enfermería. Según el sistema, es el grado de participación de la persona para llevar a cabo su autocuidado, ordenar o denegar el cuidado terapéutico. Una persona, o un grupo puede pasar de un sistema de enfermería a otro en cualquier momento, o puede requerir de varios sistemas a la vez. (37).

Sistema totalmente compensador: cuando la persona no puede realizar ninguna actividad de autocuidado. Implica una dependencia total de enfermería o su cuidador principal.

Sistema parcialmente compensador: cuando la persona presenta algunas intervenciones de autocuidado por parte de la enfermera, bien por motivos de limitación o incapacidad, por tanto, la persona y la enfermera interactúan para satisfacer las necesidades de autocuidado. El paciente puede realizar algunas acciones como cepillarse los dientes y alimentares, pero dependen de la enfermera: desplazarse hasta el baño, bañarse o vestirse. (44)

Sistema de apoyo educativo: cuando la persona necesita orientación y enseñanza para realizar el autocuidado, de esta manera enfermería aconseja, apoya, educa y acompaña a las personas sobre las intervenciones que tiene que realizar para su autocuidado. (44)

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

El diseño de un sistema de enfermería empieza cuando la enfermera selecciona y usa una o varias combinaciones de métodos de ayuda en las situaciones de enfermería basándose en la naturaleza y extensión del déficit. Los métodos de ayuda prescriben roles generales para la persona que brinda ayuda y para quien la recibe. Los roles generales de las enfermeras y de las personas definidos por métodos de ayuda son los siguientes: (42)

1. Actuar en lugar de la persona, por ejemplo, en el caso del enfermo inconsciente.
2. Ayudar u orientar a la persona necesitada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
3. Apoyar física y psicológicamente a la persona. Por ejemplo, explicar el tratamiento indicado por la enfermera perinatal.
4. Promover un entorno favorable al desarrollo personal, por ejemplo, las medidas de higiene en las escuelas.
5. Enseñarle a la persona, por ejemplo, la educación a un paciente portador de una cardiopatía congénita en cuanto a la higiene y actividades que debe realizar.

2.4 Daños a la salud.

El microbioma vaginal es un ecosistema balanceado dominado por *Lactobacillus*, se clasifica en cinco grupos denominados tipos de estados comunitarios I (*L. crispatus*), II (*L. gasseri*), III (*L. iners*), V (*L. jensenii*) (45) estos cuatro determinados principalmente por las especies *Lactobacillus*, mientras que el IV tiene una menor proporción de *Lactobacilli*, pero está compuesto por una mezcla de géneros anaerobios estrictos específicos (*Gardnerella*, *Atopobium*, *Mobiluncus*, *Prevotella*, *Dialister* y *Sneathia*) (46) estos agentes se ven modificados según el ciclo menstrual, estado gestacional, actividad sexual, la edad y el uso de anticonceptivos, sin embargo, tienen como función la protección contra microbios potencialmente patógenos que pueden provocar infecciones. (47)

La flora coccoide o cocobacilar es parte de la microbiota intestinal, pero también forma parte de la flora vaginal haciendo un equilibrio y se conforma por bacterias cocoides, como *Peptostreptococcus* spp, *Streptococcus* spp, *Veillonella* spp.

Los cambios y la alteración (disbiosis) de esta armonía de bacterias que conforman el microbioma vaginal da paso a la Vaginosis Bacteriana (VB), que se define como la alteración de la microbiota con menos *Lactobacillus* y mayores cantidades de bacterias patógenas en las que predominan *Gardnerella vaginalis*, seguido de *Atopobium vaginae* y en menor frecuencia por *Bacteroides*, *Veillonella*, *Romimococcus* y el género *Streptococcus*. (48) provocando inflamación, deficiencia de maduración epitelial.

La Vaginosis Bacteriana puede ser asintomática o sintomática, presentando flujo vaginal con o sin olor a pescado, picazón y/o aumento del pH vaginal (49). En mujeres gestantes se asocia a riesgo de aborto espontáneo, ruptura prematura de membranas, parto prematuro, corioamnionitis del feto, recién nacido de bajo peso, e infecciones de la herida quirúrgica.

La recolección de una muestra para diagnóstico se puede realizar con un espéculo durante el examen pélvico, existen diferentes métodos de diagnóstico dentro de los que destacan (Figura 1):

- El de observación de parámetros clínicos que se puede realizar usando los criterios de Amsel, donde se requiere la presencia de tres de las características para diagnosticar VB.
- De investigación usando los criterios de Nugent basados en la tinción del Gram Para la interpretación se considera la puntuación total asignada, y si el valor es de siete a 10 puntos se interpreta como sugestivo de VB, de cuatro a seis puntos se considera microbiota intermedia y de cero a tres se considera normal.
 - su modificación de los criterios de Hay- Isol, quien lo clasifica en grados. Grado uno: normal, grado dos: intermedios y grado tres consistentes con VB. (50)

Criterios de Amsel (Clínicos)	Características (%)
Flujo vaginal	Filante, homogéneo, blanco, adherido a las paredes y uniforme
pH vaginal	> 4.5 (90%)
KOH al 10%	Olor a pescado
Células clave o pista (x40)	> 20% (> 90%)

Tabla 1. Criterios de Amsel.

Fuente: Vaginosis. Microbiota vaginal. Vázquez F, Fernández-Blázquez A, García B. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica* (2019) 37(9) 592-60.

Criterios de Nugent (Tinción de Gram)	Recuento por campo inmersión (valor)	Valor
Bacilos grampositivos tipo Lactobacillus	> 30	0
	5 – 30	1
	1 – 4	2
	< 1	3

	0	4
Bacilos gramnegativos tipo GV y Bacteroides	> 30	4
	5 – 30	3
	1 – 4	2
	< 1	1
	0	0
Bacilos gran variables curvos	> 5	2
	< 1 – 4	1
	0	0

Tabla 2. Criterios de Nugent.

Fuente: Vaginosis. Microbiota vaginal. Vázquez F, Fernández-Blázquez A, García B. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica* (2019) 37(9) 592-60.

Criterios de Hay-Ison (tinción de Gram)	Grado
Predominio de bacilos grampositivos tipo Lactobacillus	1. Normal
Microbiota mixta de algún Lactobacillus y bacilos gramnegativos tipo GV y Mobiluncus	2. Intermedio
Predominio de GV y/o Mobiluncus con pocos/ ningún Lactobacillus	3. VB

Tabla 3. Criterios de Hay-Ison.

Fuente: Vaginosis. Microbiota vaginal. Vázquez F, Fernández-Blázquez A, García B. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica* (2019) 37(9) 592-60.

También, las infecciones de vías urinarias son más frecuentes en mujeres debido a que la uretra es más corta, la proximidad con el ano a la vagina, así como la mayor

predisposición de infección por actividad sexual. Es uno de los problemas de salud más frecuentes durante el embarazo, ocupan el 20% en poblaciones más vulnerables y se asocia con ruptura prematura de membranas, parto pretérmino, así como bajo peso al nacer. (51)

Las infecciones de vías urinarias se dan por la presencia de microorganismos patógenos en cualquier parte del tracto urinario, los uréteres, la vejiga o uretra son las más frecuentes en el embarazo. La bacteriuria asintomática la presenta una persona sin síntomas del tracto urinario, se define por una muestra de orina a mitad del chorro que muestra un crecimiento bacteriano mayor o igual a 10⁵ unidades formadoras de colonia/ml (ufc/ml), representando entre el dos y el 10% de mujeres embarazadas, además, se asocia con un 20 – 30% de riesgo incrementado de pielonefritis en el embarazo y con parto pretérmino.(51)

Los organismos patógenos más asociados con infección de vías urinarias son *Escherichia coli* con el 86%, *Staphylococcus saprophyticus*, *Klebsiella* spp, *Enterobacter* spp, *Proteus* spp, *Enterococcus* spp, *Streptococo* del grupo B, entre otros. (51)

La guía de práctica clínica de México recomienda realizar el tamizaje de bacteriuria asintomática mediante un urocultivo en mujeres embarazadas, y para aquellas personas que no cuenten con un urocultivo se haga tamizaje con tinción del Gram.

La Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) definen el parto pretérmino al que se produce entre la semana 22 y 36.6 SDG. (9)

El parto pretérmino es un problema de salud pública, ya que contribuye hasta en 70% con la mortalidad perinatal a nivel mundial y produce una elevada morbilidad neonatal. En mujeres de bajo riesgo con asociación demostrada de vaginosis bacteriana diagnosticada durante el embarazo incrementa dos veces más el riesgo de parto pretérmino, es por eso por lo que se recomienda la búsqueda intencionada de vaginosis bacteriana debido a su asociación con parto pretérmino. La fibronectina fetal en las secreciones cervicales después de la semana 22 es un marcador de la disrupción de la interfase coriodecidual, y su hallazgo se ha relacionado con un riesgo seis veces para

parto pretérmino antes de la semana 35 y un incremento 14 veces para el riesgo de nacimiento pretérmino antes de la semana 28. (52)

La OMS define el nacimiento prematuro aquel que ocurre antes de las 37 SDG. La prematuridad continúa siendo un importante problema de salud pública, pues sus consecuencias son múltiples. La prevalencia del parto prematuro ha aumentado durante las últimas décadas en la mayoría de los países que presentan factores de riesgo (53). La OMS en 2020 estimó que nacieron 13.4 millones de niños prematuros. La mayoría de ellos ocurren espontáneamente, pero algunos se deben a razones médicas, como infecciones u otras complicaciones del embarazo que requieren la inducción temprana del parto o un parto por cesárea.(54)

La ruptura prematura de membranas es la pérdida de la continuidad de las membranas amnióticas con salida de líquido amniótico transvaginal que se presenta antes del inicio del trabajo de parto. El pronóstico perinatal y tratamiento se relacionan con la edad gestacional al momento en que se rompen las membranas.

Existen dos categorías generales:

- Ruptura de membranas a término: aquella que ocurre después de las 37 semanas de gestación.
- Ruptura de membranas pretérmino: la que se presenta antes de las 37 semanas de gestación, que a su vez se clasifica en:

- Previales (≤ 23 semanas)

La ruptura de membranas previable es la que ocurre antes de la viabilidad fetal. En algunos países se considera cuando es menor de 23 semanas de gestación. La ruptura prematura de membranas pretérmino que sucede antes de las 26 semanas complica de 0.6 a 0.7 % de los embarazos. El pronóstico neonatal es muy malo porque el nacimiento inmediato es letal. (55)El límite de variabilidad varía de acuerdo con cada institución y de acuerdo con su experiencia de su unidad de cuidados intensivos neonatales. (4)

- Remota del término (de las 24 a las 32 semanas)

La ruptura de membranas remota del término es la que sobreviene de la viabilidad fetal hasta las 32 semanas de gestación. Debe procurarse prolongar el embarazo con el propósito de reducir la morbilidad perinatal secundaria a prematuridad, vigilando estrechamente si hay: infección, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, trabajo de parto y daño fetal debido a compresión del cordón umbilical.

- Cercana al término (de las 32 a las 36 semanas)

La ruptura de membranas cerca del término es la que sucede entre las 32 a 36 semanas de gestación. El principal riesgo para el neonato consiste en mayor riesgo de infección que las complicaciones por la prematuridad. El nacimiento expedito de un feto no infectado y sin asfixia se asocia con mejor pronóstico, con elevada posibilidad de supervivencia y bajo riesgo de morbilidad severa. En general, la supervivencia neonatal es alta y las secuelas son poco comunes después de las 32 semanas de gestación. No es recomendable el tratamiento conservador en embarazos mayores de 34 semanas de gestación.(4)

Se denomina periodo de latencia al tiempo que media entre la ruptura del saco amniótico y el comienzo del trabajo de parto, siendo mayor cuanto menor es la edad gestacional en que se produjo la rotura. Se considera que el período de latencia es prolongado (rotura prolongada de las membranas) cuando va más allá de las 24 horas. Y manejo conservador o expectante cuando el tratamiento consiste en prolongar o continuar el embarazo. (56)

Los factores de riesgo son: RPM previa, infección urinaria, vaginosis bacteriana, hemorragias en la segunda mitad del embarazo, parto prematuro previo, tabaquismo crónico, conización, cerclaje, enfermedad pulmonar crónica, embarazo múltiple, polihidramnios, amniocentesis o cordocentesis, embarazo con DIU, índice de masa corporal bajo. (4,26)

Fisiopatología:

La capa interna o amnios es una membrana avascular, resistente y tenaz, pero flexible, es contigua al fluido amniótico que llena el saco amniótico, hasta casi las 34 semanas de gestación, el líquido claro aumenta de volumen a medida que avanza el embarazo, cumpliendo varias funciones como la respiración fetal del líquido amniótico es esencial para el normal crecimiento del pulmón y la deglución fetal permite el desarrollo del tracto gastrointestinal, así como crear un espacio físico que permite el movimiento fetal necesario para el desarrollo musculoesquelético, entre otras. La distensión del saco amniótico la pone en contacto con la capa externa o el corion suave, dando lugar a la formación de un amnio-corion, es de vital importancia para el éxito del embarazo.

La patogénesis de la ruptura de membranas es incierta, pero se cree que hay una variedad de eventos patológicos que interrumpen los procesos homeostáticos e inician una cascada de cambios bioquímicos por un debilitamiento fisiológico de las membranas debido a una disminución de las resistencias. Se ha observado que la zona donde se produce la ruptura llamada “zona de morfología alterada”, es pobre de colágeno II ocasionando la destrucción de las conexiones entre amnios y corion, aumenta el grosor del tejido conectivo, hay un adelgazamiento del citotrofoblasto y decidua, además las células deciduales producen prostaglandinas E2 y F2, lo que favorece las concentraciones principalmente si hay bacterias que terminan en la ruptura de las membranas. (53,57)

Debido a lo anterior, las infecciones del tracto vaginal y urinario alteran la microbiota vaginal que puede colonizar e infectar las membranas amnióticas ya sea en forma directa o por vía hematológica. Las bacterias producen fosfolipasa, estimulando la síntesis de prostaglandinas E2 y F2 por el amnios, corion y decidua, así mismo suelen ascender después de la rotura prolongada de la membrana y durante la gestación o el parto causar infección. Los organismos a menudo se diseminan a lo largo de la superficie corioamniótica para colonizar y replicarse en el líquido amniótico. (58)

Las colagenasas bacterianas y la producción de citoquinas pueden estimular vías celulares que producen la ruptura de membranas y desencadenar un parto prematuro. El aumento de las prostaglandinas E2, además del impacto en la dinámica uterina canaliza

a la activación de metaloproteinasas que por acción catalítica participan en la degradación del colágeno de la membrana corioamniótica. (59)

También, se puede dar una ruptura de membranas cuando existe una incompetencia cervical, debido a que genera una exposición de las membranas a la flora vaginal y diversos cuerpos extraños. (59)

El tabaco, altera el estado nutricional por disminuir el ácido ascórbico. Altera la inmunidad materna generando una menor respuesta del sistema inmunitario materno a las infecciones virales y bacterianas. Además, el sistema inmune por quimiotaxis de los leucocitos produce liberación de elastasa, inactivación de los inhibidores de las proteasas disminuyendo el colágeno y la elastina, comprometiendo la estructura de las membranas ovulares, generando más susceptibilidad a la infección. (59,60)

La distensión de las membranas generada por embarazo múltiple o polihidramnios producirá una elevación de los factores proinflamatorios IL-8 y de la citosina, las cuales activarán las metaloproteinasas, facilitando la rotura de la membrana ovular. (60)

Manifestación clínica: El principal síntoma es la pérdida de líquido amniótico claro, con olor a cloro, abundante, que escurre por los genitales y/o piernas y no se logra contener, manchando la ropa interior de la persona, generando una disminución de la altura del fondo uterino. Algunas veces, la manifestación clínica del flujo es escaso o hemático y obliga a pruebas complementarias para formular el diagnóstico.

El cuadro clínico con infección incluye síntomas como pérdida de líquido fétido y/o purulento, fiebre $>38^{\circ}\text{C}$, taquicardia materna >90 lpm, abdomen doloroso e irritable, sintomatología de shock séptico.(4)

Diagnóstico.

Anamnesis: Antecedente descrito por la paciente de salida de líquido transvaginal y la presencia de líquido en vagina y/o salida de líquido a través del orificio cervical, seguido de la revisión vaginal e indagar los factores de riesgo.

Examen físico: En los genitales externos puede visualizarse una cantidad de variable de líquido amniótico escurriendo de manera espontánea, luego de pedirle a la paciente que

use sus músculos abdominales pujando o tosiendo (maniobra de Valsalva) o después de la movilización transabdominal del feto (maniobra de Tarnier). También, es necesario realizar una especuloscopia (ver anexo uno) para identificar el cuello, observar la salida del líquido amniótico por el orificio cervical externo y verificar si hay dilatación, debido a que cuando se sospecha de una RPM se debe evitar el tacto vaginal, ya que este disminuye el periodo de latencia y aumenta el riesgo de una morbilidad por infección y prematuridad; a menos que sea una RPM de término se hará tacto para valorar si está en trabajo de parto o definir el método de inducción. (4)

Pruebas complementarias:

La cristalografía: el contenido de sales, proteínas y mucina del líquido amniótico hace que, al secarse las sales se cristalicen, la muestra se toma de líquido amniótico del fondo de saco, no del cuello y se esparce por un portaobjeto (26). Esta prueba tiene una sensibilidad del 88%, los falsos negativos del cinco al 10% que pueden ocurrir por presencia de semen, huellas digitales en la laminilla, moco cervical. (4)

La prueba de nitrazina: estriba en evaluar el pH de las paredes vaginales o fondo superior de saco posterior. El pH vaginal es de 4.5 – 6.0 mientras que del líquido amniótico está entre 7.1 - 7.3. La sensibilidad de esta prueba es del 93% aunque puede producir falsos positivos del 1.17% y resultados falsos negativos en un 10%. (4)

Ultrasonido: Debe realizarse para determinar la edad gestacional, presentación fetal, cantidad de líquido amniótico, y realizar pruebas de bienestar fetal (4). Puede confirmar el diagnóstico de RPM si se ha descartado retraso en el crecimiento intrauterino y malformaciones del tracto urinario como causa de oligohidramnios (26).

La evaluación del líquido amniótico se considera semicuantitativa cuando está basada en mediciones ecográficas, se dispone de dos métodos, la profundidad de la cisterna magna (CM) donde la sonda se orienta en un plano longitudinal paralelo a la columna vertebral de la madre, se localiza el CM de líquido amniótico, sin estructura fetal ni cordón, y se mide su diámetro vertical; y la medición del índice de líquido amniótico (ILA) que se divide en cuatro cuadrantes mediante dos rectas perpendiculares que se cruzan a nivel del

ombliigo, la sonda se orienta igual que el método CM sin interposición del cordón ni de los miembros, el ILA es la suma de las profundidades de las cuatro cisternas. (61)

Método de evaluación / Diagnóstico	Medición del Índice del líquido amniótico (ILA)	Profundidad de la cisterna magna (CM).
Oligohidramnios	< 5	< 2
Normalidad ecográfica del ILA	5 - 25	2 - 8
Polihidramnios	> 25	> 8

Tabla 4. Evaluación del líquido amniótico. Elaboración propia.

Fuente: Bonneau S, Raimond E, Gabriel R. Hidramnios y oligoamnios (en los embarazos únicos). EMC - Ginecología-Obstetricia. 2023 Feb;59(1):1–11.

Tratamiento.

El tratamiento dependerá de la edad gestacional y de la condición materna fetal, en este caso abordaremos el manejo en de la ruptura de membranas remota del término, con un manejo conservador debido a que el riesgo a la edad gestacional de la persona es menor in útero que fuera de él, siempre valorando que la condición materna sea estable.

El manejo en estas personas debe ser en hospitalización; al ingreso hospitalario se tomarán muestras de laboratorio como citometría hemática, química sanguínea, tiempos de coagulación, examen general de orina, cultivo cervicovaginal, cultivo de orina y si tiene datos de infección hemocultivo, también, indicarán corticoides para inducción de madurez pulmonar con betametasona 12 mg IM cada 24 horas por dos dosis o dexametasona 6 mg IM cada 12 horas por cuatro dosis.

Además, deben recibir antibióticos, pues el uso profiláctico y terapéutico en la RPM prolonga el periodo de latencia y disminuye el riesgo de proliferación microbiana. El esquema de elección es la ampicilina y eritromicina intravenosa durante dos días, seguido de amoxicilina oral y eritromicina durante 5 días. En caso de alergia a la penicilina reemplazar por cefalosporinas. Este tratamiento será ajustado según los resultados de laboratorio y la condición materna. (4)

Los cultivos cervicales pueden repetirse cada dos semanas; se evaluará el bienestar materno por medio de citometrías hemáticas completas, pruebas de PCR y VHS (Virus del Herpes Simple) dos veces por semana; por último, se valorará el bienestar fetal por medio de ecografías para descartar malformaciones, biometría para las estimaciones de peso y el crecimiento intrauterino, perfil biofísico se repite cada dos semanas o según sea el caso.

Evitar el tacto vaginal a menos que sea extremadamente necesario cuando hay sospecha de trabajo de parto. Efectuar un tacto vaginal en mujeres con RPM aumenta el riesgo de proliferación bacteriana materna y neonatal. El trabajo de parto en la RPM se considera como un mecanismo de defensa, por lo que no se debe intentar detener el parto, es decir, la RPM es contraindicación de tocólisis. (4,26)

Las complicaciones pueden ser prematuridad y todas sus consecuencias, infección perinatal (materna y fetal), compresión o prolapso de cordón umbilical, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.

Capítulo III. Metodología

3.1 Búsqueda de la información

Etapa 0: Espíritu de investigación

Para la elaboración del presente estudio de caso se empleó como recurso principal la Enfermería Basada en Evidencia (EBE), con la finalidad de dar respuesta y poner a disposición la mejor evidencia científica a través de la investigación que sirve como base para la toma de decisiones. La etapa cero es donde se busca cultivar el espíritu de la investigación, recolectado de información verídica y útil, mediante la descripción del escenario clínico, donde se elige a una persona en etapa de desarrollo adulta joven de 22 años de edad con un embarazo de 33.3 SDG por USG de la semana 7.6 y fecha de última menstruación, quien labora en una empresa de marketing digital por medio de HomeOffice como creadora de contenido a las empresas, llevaba su control prenatal en una unidad de salud privada y en el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer en donde se encuentra hospitalizada cursando su 13 día con el diagnóstico de ruptura prematura de membranas pretérmino (14/03/2023 a las 09:30 horas) y cervicovaginitis,

primera gestación. Se tiene como objetivo principal brindar los cuidados oportunos y específicos con base a la mejor evidencia científica existente para el manejo conservador de la ruptura de membranas y el embarazo pueda llegar a término para así disminuir la probabilidad de parto prematuro y mortalidad perinatal. Una vez expuesto el contexto clínico se da la guía para entrar a la etapa uno donde se plantea la pregunta PIO.

Etapa 1: Pregunta PIO.

Tipos de pregunta clínica: Intervención o tratamiento	
Componentes de la pregunta PIO	
P	Mujer embarazada de 33.3 semanas de gestación
I	Efecto de las actividades especializadas en el manejo conservador del embarazo
C	
O	Pérdida transvaginal del líquido amniótico
Pregunta PIO	
¿Qué efecto tienen las actividades especializadas en el manejo conservador de un embarazo de 33.3 SDG por pérdida transvaginal de líquido amniótico?	

Tabla 5. Elaboración de pregunta PICO
Elaboración: Creación propia.

Etapa 2: Búsqueda de la mejor evidencia

Se encontraron las mejores evidencias donde se emplearon descriptores en ciencias de la salud (DeCS) fueron los siguientes: Vaginosis bacteriana/ Vaginosis, Bacterial, Ruptura prematura de membranas fetales/ Fetal membranas, Premature Rupture, Trabajo de parto prematuro/ Obstetric Labor, Premature, Enfermería basada en la evidencia/ Evidence-Based Nursing. Los operadores booleanos utilizados fueron (AND, OR, NOT), se delimitó la búsqueda a: menor de cinco años de antigüedad de publicación con respecto al año actual (2023), estudios en humanos, idiomas inglés y español, guías de

práctica clínica de las cuales se hizo uso de publicaciones más antiguas debido a la falta de actualización, metaanálisis y ensayos clínicos. Las bases de datos consultadas fueron las siguientes: PubMed, BVS, Elsevier, OPS, Scielo, BidiUNAM.

Etapa 3: Lectura crítica

Se consultaron de manera crítica los artículos esperados de la búsqueda, que fueron 558 de manera generalizada, de las cuales se descartaron 443 a medida que se desecha la información. Los motivos por los que se eliminaron los estudios fueron principalmente la fecha de publicación. Los artículos seleccionados fueron evaluados considerando el nivel de evidencia de estudio, revisión de resúmenes para identificar el tema central y su metodología.

Etapa 4: Integración de la evidencia

En esta etapa de implementación se crea un plan de cuidados de enfermería y/o plan de alta, según sea el caso, con intervenciones apropiadas que fueron encontradas a lo largo de la búsqueda de la información de EBE durante las etapas previas.

Etapa 5: Evaluación de resultados

Se realizó la evaluación de los resultados obtenidos tras la ejecución de los planes de cuidado de enfermería perinatal de forma individualizada y objetiva de cada diagnóstico realizado, para valorar la efectividad y el impacto que las intervenciones tuvieron en la persona embarazada, su familia y entorno. Cada plan se evaluó antes y después de su aplicación y se registraron los resultados obtenidos para su análisis posterior.

Etapa 6: Difundir

En la etapa final, que se refiere a la difusión, se espera la publicación de este estudio de caso en una revista de artículos de investigación en enfermería para el público en general, principalmente profesional de la salud, que tenga acceso a estos sitios de consulta en línea, tengan conocimiento para mejorar los cuidados en el manejo conservador para tener como resultado un embarazo de término.

3.2 Sujeto

Persona: Karitza, adulta joven de 22 años, estado civil casada, trabajadora de HomeOffice por aproximadamente ocho horas en las que está sentada frente a la computadora, escolaridad Licenciatura en diseño gráfico, profesa la religión Pentecostés.

Salud: Padre fallecido por meningitis, abuelo materno con enfermedades coronarias. Como antecedentes personales niega toxicomanías, antecedentes quirúrgicos y transfusiones sanguíneas, actualmente hospitalizada por presentar ruptura prematura de membranas el día 14/03/2023 a las 9:30 am, refiere padecer estreñimiento durante su estancia hospitalaria que remite a la ingesta de fibra.

Cuidado: Se encuentra en vías de desarrollo y su sistema de enfermería es parcialmente compensatorio y apoyo educativo. En su red de apoyo la cuidadora principal es su madre. La causa de la dependencia es la indicación de reposo relativo dentro del manejo conservador para mantener un embarazo de alto riesgo.

Entorno: Actualmente, radica en la casa de sus abuelitos, debido a que se encuentra cerca Adel hospital, la casa se ubica en el municipio del centro, ciudad de Villahermosa, en el estado de Tabasco. En donde cumple el rol de hija y nieta. En su hogar menciona que cuenta con todos los servicios públicos básicos, y el servicio de salud cerca. La vivienda es de material y cuenta dos perros de mascota y un gato.

3.3 Material y procedimiento para la elaboración del estudio.

Durante el mes de marzo del año 2023, durante la primera rotación de práctica clínica correspondiente al primer bloque Académico del Posgrado de Enfermería Perinatal del Programa Único de Especialización de Enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de México, con sede en el HRAEM institución pública en el estado de Tabasco, se seleccionó entre las usuarias al sujeto de estudio por elección tomando en cuenta el cumplimiento de los requisitos de inclusión previamente establecidos los cuales se mencionan a continuación:

- Identificar a la mujer embarazada que acepte participar de manera voluntaria en el estudio de caso y su seguimiento.

- La persona firma el consentimiento informado y no renuncia al estudio de caso durante todo el proceso.

Se utilizó el instrumento de valoración general de Dorothea E. Orem que incluye los factores condicionantes básicos, requisitos de autocuidado universales, requisitos de autocuidado de desarrollo y requisitos de desviación de la salud. Para la obtención de los datos se emplearon las técnicas de entrevista, observación y exploración física (inspección, percusión, palpación y auscultación), la recolección de datos se complementó con auxiliares diagnósticos como lo son laboratorios y gabinete. Posteriormente, se realizaron cuatro valoraciones focalizadas con el instrumento de valoración por conformidad del investigador, se genera un plan y un pronóstico esperado de acuerdo con la evaluación completa, posteriormente para dar lugar a la estructuración del esquema metodológico de Orem.

Después de este análisis de información se realizaron nueve diagnósticos de enfermería con el formato PES (Problema, Etiología, Signos y síntomas), de los cuales se elaboró y ejecutó un plan de cuidados de intervenciones de enfermería perinatal individualizado con su respectiva evaluación de efectividad en la usuaria y su entorno, con base en la Enfermería Basada en la Evidencia.

3.4 Aspectos éticos

En el presente estudio se sustentará el consentimiento informado (figura 10) con el Código de Núremberg en los puntos de consentimiento voluntario, búsqueda de resultados fructíferos, que existan investigaciones previas, se eviten el sufrimiento o daño a los participantes, se tome en cuenta el riesgo benéfico, conducido por personas calificadas, posibilidad de abandonar la investigación por parte del participante.

El Informe de Belmont a diferencia del código de Núremberg incluye los principios de justicia, se protegerán los datos personales con fines de investigación, beneficencia ayudará a realizar los cuidados necesarios y no maleficencia no perjudicará su salud.

A nivel nacional, se sustentará en el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud en el título segundo “aspectos éticos de investigación en seres humanos”, capítulo uno “Disposiciones comunes” en el artículo 13 “respeto a su dignidad

y la protección de sus derechos y bienestar de los pacientes”; artículo 14 “la Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a la fracción I se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen, fracción V Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, fracción VI deberá ser realizada por profesionales de la salud, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación y fracción VIII. Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud”; Artículo 17 fracción I “Investigación sin riesgo”. El consentimiento informado también se sustentará en el artículo 20 “Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna”; artículo 21 “para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla” en la fracción I, II, III, VI, VII, VIII, IX, XI; y artículo 22 “El consentimiento informado deberá formularse por escrito” fracción I “Será elaborado por el investigador principal y de acuerdo a la norma técnica que emita la Secretaría” y fracción II “Será revisado y, en su caso, aprobado por la Comisión de Ética de la institución de atención a la salud”. (ver apéndice 2. Consentimiento informado)

Capítulo IV “Investigaciones en Mujeres en edad fértil, embarazadas, durante el trabajo de parto, puerperio, lactancia y Recién Nacidos; de la utilización de Embriones, Óbitos y Fetos y de la Fertilización Asistida” artículo 40 fracción II, IX y X, que corresponde al “Embarazo”, “Puerperio” y “Lactancia” respectivamente.

Capítulo IV. Aplicación del proceso de atención de enfermería

4.1 Valoración inicial.

FECHA: 27 – 03 - 2023

SERVICIO: HOSPITALIZACIÓN ALTO RIESGO

1.- DATOS GENERALES

K.S.S. Diagnóstico de Embarazo de 33.3 SDG por USG traspolado de la semana 7.6, Ruptura prematura de membranas del 14/03/2023 a las 9:30 horas. Expediente 219863. Fecha de ingreso 14/03/2023. No. De cama 36.

2.- FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS

a) Características Personales

Usuaría de 22 años, cursando la etapa de desarrollo de juventud, estado civil casada, de ocupación trabajadora de Home Office de Marketing, Grupo sanguíneo y Rh O+, religión cristiana, escolaridad Licenciatura en Diseño gráfico, originaria de Tamaulipas con domicilio actual en calle escritores #310 col. Gaviotas sur, Centro, Tabasco. Persona responsable de ella es su madre de nombre B. C. B.

Tiene costumbre y/o creencia sobre el control de embarazo, ir al médico apenas se entera que está embarazada para dar seguimiento de manera mensual; puerperio, no salir; cuidado de la persona recién nacida, dar lactancia materna a libre demanda; planificación familiar a favor de planificar el siguiente embarazo.

Su esposo tiene 23 años, escolaridad preparatoria, actualmente estudia la Licenciatura en Médico Cirujano cursando el décimo semestre en la UJAT.

b) Características de la familia.

Es una familia extensa, vive con su esposo y suegra, aunque refiere que ella y su esposo viven en la parte de abajo y su suegra vive en la planta alta; refiere tener una familia muy funcional. El ambiente familiar es tranquilo. El rol que ocupa es el de esposa. Ocupa el número uno de tres hijas, la comunicación con su pareja y su familia es buena.

Ella se reúne con su familia dos veces por semana, realizan actividades como ir de paseo y tomar el té. El ingreso mensual familiar es de \$15,000 mensuales y considera que cubren las necesidades básicas de su hogar, además de sustentar los gastos

ocasionados por las condiciones de salud actuales; la suegra es responsable del sustento familiar.

c) Características ambientales.

Vive en una zona urbana, en una casa con cinco cuartos, 10 ventanas proporcionando ventilación e iluminación adecuada, está construida de material durable y vitropiso; Cocina con gas y cuenta con servicios intradomiciliarios como: agua potable, luz eléctrica, internet y servicio de telefonía 24 horas al día. Recolección de la basura en su hogar de lunes a sábado. Su casa cuenta con drenaje. Convive con conejos.

El tipo de clima donde vive es cálido húmedo. Se transporta en auto propio. Tiene a su alcance instituciones educativas, de salud, parques recreativos y centros comerciales. La colonia donde vive cuenta con alumbrado, alcantarillado, pavimentación, áreas verdes, y vigilancia, tiene zoonosis de tipo doméstica como gatos y nocivos como cucarachas.

3.- REQUISITOS UNIVERSALES DE AUTOCUIDADO.

3.1 Aporte suficiente de aire

Hábitos de salud.

Se observan limpias sus fosas nasales. Niega toxicomanías y alergias. Realiza técnicas para mejorar su respiración como respiraciones profundas y sostenidas. Refiere enfermarse frecuentemente de infección de vías respiratorias en temporada invernal.

Revisión por sistemas.

Se realizó toma de signos vitales obteniendo los siguientes resultados: T/A 110/70, FC 95 lpm, FR 20 rpm, T° 36.5° C, SPO2 98%. Sin embargo, en las hojas de enfermería se registran descensos de la temperatura hasta 35.3°C solo por las noches. Patrón respiratorio normal, sin presencia de ruidos respiratorios. Llenado capilar de un segundo. Piel hidratada con palidez de tegumentos moderada, con piel fría al tacto. Hemoglobina de 13.40 en ocasiones refiere falta de aire.

3.2 Mantenimiento de un aporte suficiente de agua

Hábitos de salud.

Acostumbra a tomar agua natural, bebe dos litros aproximadamente en 24 horas. Le gusta tomar aguas de frutas naturales, no le gusta tomar bebidas gaseosas, jugos, y café, prefiere tomar las bebidas templadas, refiere que el domingo 12/03/2023 su esposo le compro aproximadamente un litro de agua de Jamaica con canela. Tiene acceso a agua purificada. No tiene líquidos parenterales, sin embargo, cuenta con un acceso venoso de inserción periférica en el antebrazo izquierdo, tiene catéter del número 18, con fecha de instalación 27/03/2023 y sello de heparina, permeables para la administración de medicamentos. No teniendo restricción de líquidos en su internamiento.

Revisión por sistemas.

Piel hidratada. Estado de conciencia alerta.

3.3 Aporte suficiente de alimentos

Hábitos de salud.

Peso pregestacional 53 Kg, Peso actual 67 Kg, Talla 1.59, IMC de 21 según la clasificación de la OMS inicio su embarazo con estado de peso adecuado.

En su hogar realiza de cuatro a cinco comidas al día, en su casa desayunaba a las ocho de la mañana, una colación a las 11 de la mañana, comida dos de la tarde, cena siete de la noche, y en ocasiones otra colación a las 10 de la noche, en su hospitalización los horarios de sus alimentos están apegados al mismo de su hogar con una dieta normal. En su hogar consumía a la semana leche 4/7, carne 7/7, huevo 7/7, verduras 5/7, frutas 6/7, tortillas 3/7, pan 3/7, queso 5/7, embutidos 0/7, sal 7/7, azúcar 7/7, legumbres 2/7, comida chatarra 1/7. Le gustan las enchiladas verdes, molletes, los caldos. Le desagrada la cebolla, los embutidos, aderezos y la grasa. Tiene como variante dietética cultural tomar pozol. Dispone al menos de 30 min para consumir su desayuno, una hora para la comida y de 30 – 40 min la cena, consume los alimentos con su esposo, regularmente en el comedor de su hogar. Le da un sentido de amor a la comida.

	Horarios	Alimentos
Desayuno	8:00 am	2 huevos con queso Oaxaca 1 vaso (450 ml) licuado de betabel, fresa y chayote.

Colación	11:00 am	1 mango 2 vasos (500) de agua.
Comida	2:00 pm	Caldo de pollo con verduras 150 g de pechuga de pollo 100 g de verduras en cubos (Zanahoria, chayote, calabaza, apio.) un vaso (450 ml) de agua de Jamaica
Cena	7:00 pm	Caldo de pollo con verduras 150 g de pechuga de pollo 100 g de verduras en cubos (Zanahoria, chayote, calabaza, apio.) un vaso (450 ml) de agua de Jamaica un vaso (450 ml) de agua.
Colación	10:00 pm	un mango un vaso (450 ml) de agua.
TOTALES	Líquidos	2 750 ml
	Sólidos	500 g

Tabla 6. Un día común de comida.
Fuente: Elaboración propia

Tiene indicadas vitaminas Elevit una tableta por vía oral cada 24 horas, como los suplementos alimenticios.

Revisión por sistemas.

En la valoración de la cavidad oral se observan encías, sonrosadas hidratadas, lengua movable, piezas dentarias completa, con caries y sin presencia de halitosis, refiere sangrar en algunas ocasiones al lavarse los dientes. No presenta problemas para la ingestión y

deglución. Durante el primer trimestre de embarazo tuvo muchas náuseas y vómitos, actualmente en algunas ocasiones tiene reflujo, pero no ingiere ningún medicamento para controlarlo.

3.4 Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos

Normalmente, evacua de una a dos veces al día de consistencia blandas de color cafés. Sin embargo, ha presentado cambios en el patrón de eliminación por el embarazo, refiere aumento de flatulencias que son normales en esta etapa, tiene presencia de estreñimiento, refiere evacuaciones cada dos o tres días con consistencias duras de color café oscuro, de acuerdo con la escala de Bristol (ver anexo dos, figura uno) se clasifica en tipo uno interpretándose como estreñimiento importante, tratado con psyllium plantago dos cucharadas en un vaso de agua y posteriormente tomar un vaso de agua por las noches (20:00 horas), no realiza actividad física por indicación médica tiene reposo relativo, refiere se le dificulta hacer las eliminaciones en los cómodos, no tiene privacidad y le incomoda compartir baños con el resto de los pacientes.

Tiene una eliminación vesical de seis a siete veces con un total de 2650 ml en 24 horas, no presenta datos de infección.

FUM confiable 05/08/2022, FPP 12/05/2023, en el momento no ha presentado sangrado transvaginal, perdida transvaginal de líquido amniótico que escurre por las piernas el día (14/03/2023 a las 09:30 horas), patrón de sangrado menstrual normal (eumenorrea), tipo de sangrado menstrual rojo brillante.

3.5 Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.

Hábitos de salud

Su actividad está concentrada en sus actividades laborales en la que pasa entre seis a siete horas sentadas en la computadora de turno matutino – vespertino y las labores del hogar, en su tiempo libre le gusta leer y ver televisión, practica gimnasia. Duerme entre seis a ocho horas en la noche, no hace siestas durante el día. En algunas ocasiones le cuesta conciliar el sueño, su método para conciliar el sueño es leer.

Refiere que en su estancia hospitalaria le cuesta mantener el sueño y en ocasiones presenta insomnio, el ambiente no es favorable porque hay mucho ruido en el ambiente, iluminación excesiva, falta de privacidad y frío debido a que el aire acondicionado está programado en temperaturas muy bajas. Usa de método para conciliar el sueño meditaciones. Debido a esta situación se aplica el cuestionario de calidad de sueño de Pittsburgh (ver anexo tres), obteniendo una puntuación de 12, que interpreta ser merecedora de atención y tratamiento médicos.

Revisión por sistemas.

Cuando se levanta refiere sentirse débil y en ocasiones presenta vértigo. Comenta que en ocasiones tiene dolor de cabeza y fatiga. Nivel de conciencia alerta. Expresa sentirse ansiosa, estresada, presenta ojeras.

Tiene miedo de que su bebé esté en peligro y lo que le pueda pasar a ella.

3.6 Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.

Hábitos de salud.

Se comunica de manera verbal directa, abierta y clara. Tenemos contacto visual, lenguaje corporal, gestos. Presenta temor a la soledad y al abandono. Comenta que su papá falleció cuando ella tenía seis meses, sin embargo, la ausencia de una figura paterna le genera un conflicto interno que aún no puede superar. Refiere que su grupo de amigas es muy pequeño y que es feliz con su pareja. Menciona que durante la estancia hospitalaria se siente muy confundida, triste, angustiada, sola, abrumada, y frustrada por su situación de salud, sin embargo, intenta estar bien por el bienestar de su bebé, la ansiedad se valora por medio de la escala de Hamilton (ver anexo cuatro), obteniendo una puntuación de 21 interpretándose como ansiedad moderada. Además, se aplica escala de Edimburgo (ver anexo cinco), por tener riesgo de depresión materna, en la cual obtiene un puntaje de 12 puntos interpretándose como sin sospecha de depresión.

Revisión por sistemas.

En ocasiones presenta acúfenos. Refiere, tiene miopía y astigmatismo, por lo tanto, usa lentes para mejorar su visión.

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

Hábitos de salud.

La persona refiere no realizar revisiones periódicas recomendadas para cada edad y medidas terapéuticas a menos que está enferma.

Cuenta con inmunizaciones de Tdpa, Influenza y esquema COVID con dos dosis de Pfizer. Pruebas de VIH y VDRL negativas. Utiliza cinturón de seguridad y sabe utilizarlo correctamente, además usa el sillón trasero para viajar. Se realiza autoexploración mamaria de vez en cuando sin encontrar alteraciones, detecta cambios fisiológicos por el embarazo. Nunca se ha realizado papanicolaou. Visita al dentista una vez al año y al oftalmólogo cada seis meses para el ajuste de graduación de sus lentes.

Conoce las medidas de autocontrol para prevenir enfermedades como la actividad física, la alimentación balanceada, uso de preservativo para la prevención de Infecciones de transmisión sexual (ITS). No llevo control pregestacional, refiere haber llevado control prenatal con al menos 10 consultas, sin embargo, no cuenta con Carnet perinatal, tiene un apego al tratamiento médico y manifiesta que sí le gustaría tomar cursos de psicoprofilaxis para saber actuar en su maternidad.

Su tensión la maneja escuchando música, hablando con las personas.

3.8 Promoción del funcionamiento y desarrollo dentro de los grupos sociales, de acuerdo con su potencial, las limitaciones conocidas y el deseo humano de ser normal.

Hábitos de salud.

Realiza baño y cambio de ropa diario, en ropa interior hasta dos veces al día. Aseo bucal tres veces al día. Su aseo perineal es con papel de baño y con técnica de atrás hacia adelante. Se lava las manos 10 – 15 veces al día. Usa Jabón y shampoo para su cuidado personal. La limpieza para ella significa salud mental. Considera que tiene buena imagen corporal y buen estado emocional. El aumento de peso durante el embarazo ha sido un cambio que ha alterado su imagen, pero lo toma de manera positiva y parte del proceso.

Revisión por sistemas.

En su piel tiene presencia de estrías rubra o en fase inflamatoria, color violáceo, cloasma. Sus mamas están simétricas, secreción de calostro, con pezón normal. Genitales con presencia de flujo vaginal blanco, con indicación de aplicación de Nistatina óvulos vaginales de 100 000 UI cada 24 horas.

4. REQUISITOS DE AUTO CUIDADO SEGÚN LAS ETAPAS DE DESARROLLO

Telarca/ Menarca a los 10 años. Ritmo de la menstruación 30 x 4. Gesta uno. IVSA 21 años. Solo ha tenido una pareja sexual. Durante la segunda mitad del embarazo refiere expulsión del tapón mucoso el día 13/03/2023, salida de líquido claro escaso que escurrió por las piernas el día 14/03/2023 a las 9:30 horas sin actividad uterina.

Semanas de gestación por FUM: 33.3 SDG por USG: 33.3

Se realizaron maniobras de Leopold, encontrando al feto en situación longitudinal, en presentación cefálica, posición con dorso a la izquierda, situación de vértice, producto libre; altura de fondo uterino 29 cm, FCF 148 lpm. Peso aproximado fetal de acuerdo con las semanas de gestación 1,794 g.

Expresa que post evento obstétrico desea usar de método anticonceptivo el DIU.

En la evaluación inicial de riesgo perinatal en la primera consulta de embarazo (PREVIGEN II) (ver anexo seis, figura dos) se detecta un alto riesgo, presenta un riesgo medio por la amenaza de aborto que tuvo a las 7 SG que fue controlada y alto riesgo por la ruptura de membranas mayor a 13 horas de evolución.

5. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO ANTE UNA DESVIACIÓN DE LA SALUD.

Karitza inicia sus consultas prenatales en el primer trimestre de embarazo, acude a consulta por salida de líquido amniótico, con diagnóstico de Embarazo de 33.3 SDG por FUM confiable y USG de la semana 7.6, ruptura prematura de membranas pretérmino (14/03/2023 a las 09:30 horas) comprobado por interrogatorio, maniobra de Tarnier y Valsalva y cristalografía positiva, actualmente cursa su 13 día hospitalizada.

Tratamiento actual: Suplementos alimenticios (Vitaminas Elevit), Laxante (psyllium plantago), segundo esquema de Antibiótico (Ampicilina un gramo IV cada seis horas y gentamicina 80 mg intravenosa cada ocho horas por siete días). Cuenta con esquema de maduradores pulmonares completo el día 15/03/2023 a las 12:00 horas a base de betametasona 12 mg IM cada 24 horas por dos dosis., reposo relativo, curva térmica y

frecuencia cardiaca materna cada cuatro horas, vigilar frecuencia y actividad uterina cada hora, pérdidas transvaginales con toalla testigo, vigilar criterios de Gibbs (taquicardia materna, taquicardia fetal, Leucocitosis materna, irritabilidad uterina, leucorrea vaginal maloliente).

Su sentimiento con relación a su estado actual es miedo, angustia por lo que le vaya a pasar a ella o a su bebé.

Previamente en la semana 9.6 de gestación tuvo un hematoma y amenaza de aborto, no estuvo hospitalizada, pero sí en reposo absoluto en casa.

Karitzza expresa que ha sido un embarazo complicado desde el comienzo, psicológicamente ha tenido impactos de noticias fuertes como tener en riesgo la vida de su bebe y de ella, le ha costado adaptarse a esta etapa ya que, se ha tenido que acoplar a estar en reposo relativo teniendo como consecuencia tener que depender de alguien más para realizar actividades básicas para no poner en peligro la vida del binomio.

Niega antecedentes quirúrgicos, transfusiones, enfermedades crónico-degenerativas y alergias.

Se anexa resumen de laboratorios (tabla 8).

Se anexa resumen de ultrasonidos (tabla 9).

DÍA	LABORATORIO	PARÁMETRO	VALOR	VALOR DE REFERENCIA	INTERPRETACIÓN
14/03/2023	Citometría hemática	Hemoglobina	12.80	11–13.50 g/dL	Normal
		Leucocitos	13.50	4.50 – 11 10 ³ /μL	Leucocitosis
		Hematocrito	38.40	33-43 %	Normal
		Plaquetas	331.00	150 – 450 10 ³ /μL	Normal
	Proteína C Reactiva (PCR)	Proteína C Reactiva	0.6	Hasta 1.0 mg/dL	Normal
	Cristalografía		POSITIVA	NEGATIVA	Se confirma la salida de líquido amniótico.
15/03/2023 5:36 HORAS	Citometría hemática	Hemoglobina	12.20	11–13.50 g/dL	Normal
		Leucocitos	18.90	4.50 – 11 10 ³ /μL	Leucocitosis
		Hematocrito	36.40	33-43 %	Normal
		Plaquetas	280.00	150 – 450 10 ³ /μL	Normal
	PCR	Proteína C Reactiva	0.5	Hasta 1.0 mg/dL	Normal
15/03/2023 21:09 HORAS	Citometría hemática	Hemoglobina	12.10	11–13.50 g/dL	Normal
		Leucocitos	16.80	4.50 – 11 10 ³ /μL	Leucocitosis
		Hematocrito	35.90	33-43 %	Normal
		Plaquetas	310.00	150 – 450 10 ³ /μL	Normal

	PCR	Proteína C Reactiva	0.6	Hasta 1.0 mg/dL	Normal
17/03/2023	Cultivo Cérvico – Vaginal	Color	Blanco		
		Cantidad	Escaso		
		Consistencia	Homogéneo		
		Células epiteliales	Moderadas		
		Leucocitos	0 -3 x campo		
		Microbiota bacteriana	Bacilar		
		Tinción del GRAM	Se observa escasos bacilos GRAM positivos		Infección
20/03/2023	Citometría hemática	Hemoglobina	13.30	11–13.50 g/dL	Normal
		Leucocitos	12.90	4.50 – 11 10 ³ /μL	Leucocitosis
		Hematocrito	38.80	33-43 %	Normal
		Plaquetas	288.00	150 – 450 10 ³ /μL	Normal
21/03/2023		Color	Amarillo		
		Aspecto	Ligeramente turbio		
		pH	7		Alcalino
		Celularidad	Abundantes		Presenta una

	Examen general de Orina (EGO)	Urotelio	Hiperplasia celular		infección de vías urinarias
		Otras bacterias	Abundante flora cocoide		
		Eritrocitos	0-1 x campo		
21/03/2023	PCR	Proteína C reactiva	1.54	Hasta 1.0 mg/dL	Normal Valor de referencia 0.0 – 8.0

Tabla 7. Estudios de Laboratorio.
Fuente: Elaboración propia

DÍA / PARÁMETRO	SDG	Peso Fetal Estimado (PFE)	ILA
07/02/2023	26.3	944 gramos	9.5 cc
14/03/2023	32.1	1931 gramos	5.7 cc
22/03/2023	33.3	2153 gramos	11.5 cc
26/03/2023	33.5	2105 gramos	11 cc
	Placenta corporal anterior, grado I de madurez, líquido amniótico dentro de los parámetros normales.		

Tabla 8. Reporte de ultrasonidos.
Fuente: Elaboración propia

Nota: Se recaban estudios de laboratorio y gabinete para la evaluación de las intervenciones planteadas.

DÍA	LABORATORIO	PARÁMETRO	VALOR	VALOR DE REFERENCIA	INTERPRETACIÓN
29/03/2023	Citometría hemática	Hemoglobina	12.80	11–13.50 g/dL	Normal
		Leucocitos	12.5	4.50 – 11 10 ³ /μL	Leucocitosis

		Hematocrito	37.6	33-43 %	Normal
		Plaquetas	279.00	150 – 450 10 ³ /μL	Normal

Tabla 9. Estudios de Laboratorio del día 29/03/2023

Fuente: Elaboración propia

DÍA	PARÁMETRO	SDG	Peso Fetal Estimado (PFE)	ILA
29/03/2023		33.5	2147	10.98
		Placenta corporal anterior, grado III de madurez, líquido amniótico dentro de los parámetros normales, circular simple de cordón.		

Tabla 10. Reporte de ultrasonidos del día 29/03/2023

Fuente: Elaboración propia

ESQUEMA METODOLOGICO

ETAPA DEL DESARROLLO
Embarazo
Adultez

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL

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

AGENCIA DE AUTOCUIDADO

En desarrollo

SISTEMA DE ENFERMERÍA

Apoyo educativo

Parcialmente compensatorio

AGENTE DE CUIDADO

Estudiante de enfermería
perinatal

I. UNIDAD DE OBSERVACIÓN

K. S. S, gesta 1, Embarazo de 33.3 SDG por USG de la semana 7.6, Ruptura prematura de membranas del 14/03/2023 a las 9:30 horas

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO EN LA DESVIACIÓN DE LA SALUD

- Reconoce las limitaciones de su autocuidado
- Expresa deseos de seguir las recomendaciones
- Verbaliza la disposición para llevar a cabo las intervenciones de enfermería

FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES

Edad: 22 años
Escolaridad: Licenciatura terminada
Estado del desarrollo: Adultez
Estado de salud: Alterado
Factor Ambiental: Zona urbana
Sistema de salud: Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer
Sistema familiar: Familia extensa
Factor sociocultural: Religión cristiana
Factor socioeconómico: Nivel económico medio
Patrón de vida: Trabajadora, ama de casa, esposa, hija, nieta.

EXPOSICIÓN DE RIESGOS Maternos:

- Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta
- Parto pretérmino
- Infección/ sepsis
- Estrés materno
- Depresión postparto

Fetales:

- Prematuridad
- Bajo peso al nacer
- Distrés respiratorio
- Muerte fetal

4.2 Diagnósticos de enfermería de valoración inicial

Requisito Universal de Autocuidado	Déficit de Autocuidado	
	Datos Objetivos	Datos Subjetivos
Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.	<ul style="list-style-type: none"> • Hemoglobina de 13.40. • Palidez de tegumentos moderada. • Temperatura: 36.5 °C • Descensos de la temperatura hasta 35.3°C solo por las noches. 	<ul style="list-style-type: none"> • En ocasiones tiene falta de aire • Disminución de la temperatura en el sistema vascular periférico • Piel fría al tacto
Aporte suficiente de alimentos	Vitaminas Elevit como suplemento alimenticio	
Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de Bristol se clasifica en tipo uno • Reposo relativo • FUM confiable 05/08/2022 • FPP 12/05/2023 	<ul style="list-style-type: none"> • Evacuaciones cada dos o tres días • Heces de consistencias duras de color café oscuro • Bristol tipo uno. • Refiere se le dificulta hacer las eliminaciones en los cómodos, no tiene privacidad y le incomoda compartir baños con el resto de los pacientes.

		<ul style="list-style-type: none"> • Perdida transvaginal de líquido amniótico que escurre por las piernas el día (14/03/2023 a las 09:30 horas)
Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo	<ul style="list-style-type: none"> • 12 puntos en cuestionario de calidad de sueño de Pittsburgh, que interpreta ser merecedora de atención y tratamiento médicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pasar 6 -7 horas sentada frente a la computadora • En estancia hospitalaria le cuesta mantener el sueño y en ocasiones presenta insomnio • Ruido en el ambiente • Iluminación excesiva • Falta de privacidad • Temperaturas muy bajas en el área
Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene miopía y astigmatismo, por lo tanto, usa lentes para mejorar su visión. • Ansiedad moderada (21 puntos escala de Hamilton). • Sin sospecha de depresión, 12 puntos escala de Edimburgo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presenta temor a la soledad y al abandono • Durante la estancia hospitalaria se siente muy confundida, triste, angustiada, sola, abrumada, y frustrada por su situación de salud, sin embargo, intenta estar bien por el bienestar de su bebé.

<p>Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Nunca se ha realizado papanicolaou • Control prenatal con al menos 10 consultas, sin embargo, no cuenta con Carnet perinatal • Manifiesta que sí le gustaría tomar cursos de psicoprofilaxis para saber actuar en su maternidad.
<p>Promoción del funcionamiento y desarrollo dentro de los grupos sociales, de acuerdo con su potencial, las limitaciones conocidas y el deseo humano de ser normal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Genitales con presencia de flujo vaginal blanco • Secreción de calostro 	<ul style="list-style-type: none"> • El aumento de peso durante el embarazo ha sido un cambio que ha alterado su imagen, pero lo toma de manera positiva y parte del proceso
<p>Requisito de autocuidado según las etapas de desarrollo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gesta uno. • Semanas de gestación por FUM: 33.3 SDG • Expulsión del tapón mucoso el día 13/03/2023 	<ul style="list-style-type: none"> • Una pareja sexual • Salida de líquido claro escaso que escurrió por las piernas el día 14/03/2023 a las 9:30 horas e inicio de contracciones uterinas.

<p>Requisito de autocuidado ante una desviación de la salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Maniobra de Tarnier y Valsalva positiva • Esquema de maduradores pulmonares 15/03/2023 • Ministración de ampicilina un gramo intravenosa cada seis horas por siete días. • Ministración de gentamicina 80 mg intravenosa cada ocho horas por siete días. • Laboratorios del día 20/03/2023: Hemoglobina 13.3, Hematocrito 38.8, Plaquetas 288, Leucocitos 12.90 • Cristalografía POSITIVA 14/03/2023 • Examen general de orina del 21/03/2023: PH 7, Celularidad: abundantes, Bacterias: Abundante flora cocoide, Eritrocitos: 0-1 por campo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Refiere miedo y angustia • Le ha costado adaptarse a esta etapa por depender de alguien para la realización de actividades básicas de la vida diaria.
---	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Ultrasonido del día: 07/02/2023: R: 26.3, PFE: 944 g, ILA: 9.5 cc 14/03/2023: R: 32.1, PFE: 1931 g, ILA: 5.7 cc. 26/03/2023: R: 33.5, PFE: 2105 g, ILA: 11 cc. 	
--	--	--

Tabla 11. Datos objetivos y subjetivos.
Fuente: Elaboración propia.

Diagnósticos de enfermería.

- Proliferación de organismos patógenos en canal vaginal R/C hábitos de limpieza deficientes M/P presencia de leucorrea, leucocitosis, EGO patológico.
- Riesgo de pérdida de bienestar fetal R/C perdidas de las membranas amnióticas, cambios en los niveles de ILA, cristalografía positiva.
- Déficit en el proceso de defecación R/C reposo absoluto, nutrición baja en fibra M/P esfuerzo para la defecación, heces duras, evacuaciones cada dos o tres días, privacidad insuficiente, dificultad para hacer deposiciones fecales en el cómodo y clasificación de Bristol tipo uno.
- Temperatura corporal inestable (descensos hasta 35.3°C por las noches) R/C fluctuaciones de la temperatura ambiental, inactividad M/P palidez moderada, piel fría al tacto, escalofríos leves.
- Ansiedad R/C desviación de la salud, cambio en el estado de salud M/P estresores, expresa temor, tensión, falta de concentración, miedo, confusión, 21 puntos en escala de Hamilton indicador de ansiedad moderada.
- Riesgo de depresión materna R/C Imagen corporal alterada, factores estresantes, sentimientos de soledad, culpa e insomnio, sin sospecha de depresión con 12 puntos escala Edimburgo.

- Alteración entre la actividad y el descanso R/C sobre estimulación ambiental M/P ansiedad, fatiga, expresa angustia, ojeras, ciclo del sueño – vigilia no reparador, insomnio.

4.3 Plan de intervenciones basado en la valoración inicial

Requisito de autocuidado universal	Prevención de peligros de la vida, el funcionamiento y el bienestar humano		
Operaciones de Diagnóstico	Proliferación de organismos patógenos en canal vaginal R/C hábitos de limpieza deficientes M/P presencia de leucorrea, leucocitosis, EGO patológico.		
Objetivo	Controlar y/o disminuir la proliferación de bacterias genitourinarias para mantener el bienestar materno y fetal.		
Sistema de Enfermería	Parcialmente compensatorio	Método de ayuda	Apoyar a otro/ Enseñar a otro
Prescripción del cuidado	Tratamiento regulador	Fundamentación científica	
<ul style="list-style-type: none"> Administración de medicamentos antibióticos. 	<ul style="list-style-type: none"> Ministración de ampicilina un gramo intravenosa cada seis horas por siete días. Ministración de gentamicina 80 mg intravenosa cada ocho horas por siete días. 	<ul style="list-style-type: none"> La terapia antibiótica combinada ha sido recomendada en el manejo conservador de la RPM y su meta es prevenir o tratar la infección ascendente intrauterina, prolongando así el embarazo y disminuyendo la infección al binomio.(4) Las penicilinas están relacionadas con una reducción significativa en el número de recién nacidos con cultivo de sangre positivos, debido a su cobertura contra el estreptococo grupo B, listeria, enterococcus spp, gardnerella vaginalis, entre otros anaerobios. Así mismo, la gentamicina protege contra escherichia coli, enterobacterias y anaerobios. (4,62) 	

<ul style="list-style-type: none"> • Explicar la importancia de mejorar los hábitos urinarios 	<ul style="list-style-type: none"> • Administración de medicamentos con los 15 correctos • Vaciamiento completo de la vejiga. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los 15 correctos en la administración de medicamentos se refiere a las reglas de seguridad que se deben llevar a cabo cuando se suministra un fármaco con el objetivo de evitar errores. Por ello la administración de medicamentos exige un cuidado intenso y requiere conocimientos específicos, pues cualquier fallo durante esta actividad puede acarrear consecuencias las cuales pueden ser irreversibles y devastadoras. Los 15 correctos son los siguientes: higiene de manos, conocer los antecedentes alérgicos del paciente, tomar los signos vitales antes de la administración del fármaco, medicamento correcto, hora correcta, paciente correcto, técnica de administración correcta, velocidad de infusión correcta, verificar la fecha de caducidad, prepare y administre usted mismo el medicamento, realice el registro de los medicamentos usted mismo después de administrarlos, no administrar medicamentos bajo órdenes verbales y educar al paciente y su familiar sobre fármaco que se administra. (63) • Durante el embarazo, hasta el 90% de las mujeres desarrollan dilatación del sistema colector (uréteres y pelvis renal) y disminución del peristaltismo de los uréteres y vejiga, hechos que facilitan la colonización de las bacterias.
--	---	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Educación y orientación de higiene en zona genital. • Educación sobre el uso de ropa interior de algodón a su egreso hospitalario. • Evitar tener relaciones sexuales. 	<p>Se recomiendan modificaciones en el estilo de vida, micción frecuente y completa, la micción después de mantener relaciones sexuales, consumo de líquidos en forma abundante >2,000 ml y técnicas de aseo urogenital (4). Evitar retardar el vaciamiento vesical por más de tres a cuatro horas. (64)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando se realice la higiene genital, se deben tener las manos limpias, y debe ser de adelante hacia atrás (de lo limpio a lo sucio) para evitar que las bacterias de la región anal pasen a la abertura vaginal, evitando así la proliferación de bacterias en la vagina, deben realizar el aseo genital al menos una vez al día de preferencia a la hora del baño diario. (65) • El uso prolongado de ropa interior fabricada con material sintético puede ocasionar en las mujeres la aparición de infecciones vaginales que producen flujo vaginal, estas prendas no permiten una buena ventilación y, por el contrario, su uso prolongado aumenta la temperatura y la humedad de la zona genital, lo que produce variaciones en el pH vaginal. (65) • Durante las relaciones sexuales sin protección, las bacterias procedentes del tracto genitourinario del hombre
--	--	---

<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre educación sexual en el embarazo. 		<p>aumentan el riesgo de que aparezcan infecciones de vías urinarias, vaginales y de transmisión sexual en las mujeres (66). Debe evitar las relaciones sexuales cuando existe amenaza de parto pretérmino o ruptura prematura de membranas. (67)</p>
<p>Control de casos</p>	<p>Se recaban laboratorios el día 29/03/2023 en el cual se reportan los leucocitos en 12.5 3/μL, encontrando una disminución de 0.5 3/μ en comparación con los resultados del día 21/03/2023, logrando la disminución de la infección de manera progresiva.</p>	

Tabla 12. Plan de intervenciones 1.

Fuente: Elaborado por: Subdirección de Enfermería, Instituto Nacional de Perinatología, Secretaría de Salud, 2015.
Modificado por LE. Nahomy Lopez Pozos

Requisito de autocuidado universal	Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.		
Operaciones de Diagnóstico	Riesgo de pérdida de bienestar fetal R/C perdida de la continuidad de las membranas amnióticas, cambios en los niveles del ILA, cristalografía positiva.		
Objetivo	Mantener líquido amniótico dentro de los parámetros normales (ILA 5 -25 cc) y detectar oportunamente signos de corioamnionitis para lograr que el embarazo llegue a una edad gestacional de termino.		
Sistema de Enfermería	Parcialmente compensatorio	Método de ayuda	Apoyar a otro/ Enseñar a otro
Prescripción del cuidado	Tratamiento regulador	Fundamentación científica	
<ul style="list-style-type: none"> • Administración de medicamentos corticoesteroides y antibióticos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ministración de betametasona 12 mg IM cada 24 horas por dos dosis. • Ministración de antibióticos (mencionados y 	<ul style="list-style-type: none"> • La administración de corticoesteroides antenatales disminuye la morbilidad perinatal (68). La betametasona se recomienda como corticoide prenatal porque se metaboliza menos extensamente por la enzima placentaria 11 beta – hidroxisteroide deshidrogenasa tipo dos, por lo tanto tiene una mejor acción a nivel fetal, además hay evidencia de menor riesgo de hemorragia intraventricular, en comparación de otros medicamentos. (69) • La indicación sistemática de antibióticos en las mujeres con RPM de pretérmino, sin trabajo de parto y sin corioamnionitis 	

<ul style="list-style-type: none"> • Hidratación en el embarazo • Cuidados del embarazo con RPM 	<p>fundamentados anteriormente).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administración de medicamentos con los 15 correctos • Explicar que debe tomar líquidos, aproximadamente 2.3 litros al día. • Reposo absoluto • Vigilar pérdidas transvaginales con toalla testigo por turno. • Curva térmica cada cuatro horas. 	<p>clínica, prolongan el embarazo y reduce morbilidades neonatales.(70)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las personas embarazadas deben tener una ingesta de líquidos de 2.3 litros por día aproximadamente (71). La micción fetal es la principal fuente de líquido amniótico en la segunda mitad del embarazo (58). El aumento de ingesta de agua favorecerá a la micción fetal y con ello el aumento del líquido amniótico. • El reposo en cama favorece el sellado de las membranas, reduce las posibilidades de prolapso de cordón pretérmino y la infección. (56). • Verificar la toalla testigo para determinar las características de las pérdidas transvaginales y la cantidad como evidencia de una evolución complicada. (72) • La infección intraamniótica es cuando hay presencia de fiebre materna >38.8 °C confirmada en intervalo de 30 minutos sin causa infecciosa (53), es por eso la importancia del registro y
---	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorización de la frecuencia cardiaca fetal (FCF) cada hora para identificar oportunamente las alteraciones como taquicardia o bradicardia. • Monitorización de criterios de GIBBS cada cuatro horas. (Fiebre materna, taquicardia fetal y materna, dolor uterino, olor fétido del líquido amniótico, leucocitosis materna). 	<p>revisión de la temperatura y frecuencia cardiaca materna cada cuatro a ocho horas. (68)</p> <ul style="list-style-type: none"> • El objetivo principal de la monitorización fetal continua es identificar el sufrimiento fetal por acidosis hipóxica fetal, el registro grafico mediante la auscultación del corazón fetal permite medir la FCF y analizar el estado de salud del feto. (73) • Se aplican los criterios de Gibbs para la evaluación de corioamnionitis clínica que es diagnosticada por la presencia de fiebre ($> 37.8\text{ }^{\circ}\text{C}$), y al menos dos se los siguientes criterios: taquicardia materna (> 100 latidos por minuto), leucocitosis materna (Leucocitos $> 15,000$ células/ mm³), dolor y sensibilidad uterina, taquicardia fetal (> 160 latidos por minuto) y líquido amniótico maloliente. (74,75)
Control de casos	<p>Se evalúa el día 29/03/2023, el líquido amniótico se mantiene dentro de parámetros normales (ILA 10.98 cc) al momento no presenta perdidas transvaginales, la persona no presenta criterios que nos indiquen una corioamnionitis (Temperatura 36.7°C, FC 76, FCF 145, sin dolor e irritabilidad uterina), logrando continuar en manejo conservador del embarazo a expensas de cualquier eventualidad.</p>	

Tabla 13. Plan de intervenciones 2.

Fuente: Elaborado por: Subdirección de Enfermería, Instituto Nacional de Perinatología, Secretaría de Salud, 2015.

Modificado por LE. Nahomy Lopez Pozos

Requisito de autocuidado universal	Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.		
Operaciones de Diagnóstico	Déficit en el proceso de defecación R/C reposo absoluto, nutrición baja en fibra M/P esfuerzo para la defecación, heces duras, evacuaciones cada dos o tres días, privacidad insuficiente, dificultad para hacer deposiciones fecales en el cómodo y clasificación de Bristol tipo uno.		
Objetivo	Incrementar la frecuencia de evacuaciones y pasar a tipo tres en escala Bristol.		
Sistema de Enfermería	Parcialmente compensatorio	Método de ayuda	Enseñar a otro.
Prescripción del cuidado	Tratamiento regulador	Fundamentación científica	
<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar hábitos dietéticos. • Hidratación • Usar laxantes que incrementan la movilidad intestinal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementar la ingesta de fibra dietética en cada comida. • Ingesta de agua (10 vasos de agua de 300 ml al día). • Psyllium plantago dos cucharadas en un vaso de agua y posteriormente 	<ul style="list-style-type: none"> • El consumo de alimentos altos en fibra incrementa la frecuencia de las deposiciones en comparación a la no suplementación.(76) • El incremento de la ingesta de agua puede ayudar a combatir el estreñimiento que se presenta en la persona embarazada. (76) • El tratamiento con laxantes que estimulan la motilidad intestinal incrementa significativamente la frecuencia de las evacuaciones en comparación con los laxantes 	

<ul style="list-style-type: none"> • Enseñarle aplicación de masajes abdominales 	<p>tomar un vaso de agua por las noches (20:00 horas)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masajes abdominales en dirección a las manecillas del reloj después de cada comida, durante 15 min. 	<p>formadores de bolo fecal (76). El plantago psyllium contiene altos niveles de fibra, que estimula el tracto digestivo, mejora la peristalsis intestinal y el metabolismo.(77)</p> <ul style="list-style-type: none"> • El masaje abdominal realizado entre 15 – 20 minutos después de las comidas, en el sentido de las manecillas del reloj, respetando el reflejo gastrocólico, mejora la defecación. (78)
<p>Control de casos</p>	<p>La persona de cuidado tiene una evacuación diaria, además, logra tener evacuaciones blandas de tipo cuatro de Bristol que se interpreta como normal.</p>	

Tabla 14. Plan de intervenciones 3.

Fuente: Elaborado por: Subdirección de Enfermería, Instituto Nacional de Perinatología, Secretaría de Salud, 2015.
Modificado por LE. Nahomy Lopez Pozos

<p>Requisito de autocuidado universal</p>	<p>Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo</p>
<p>Operaciones de Diagnóstico</p>	<p>Temperatura corporal inestable (descensos hasta 35.3°C por las noches) R/C fluctuaciones de la temperatura ambiental, inactividad M/P palidez moderada, piel fría al tacto, escalofríos leves.</p>
<p>Objetivo</p>	<p>Aumentar la temperatura corporal a 37°C por las noches</p>

Sistema de Enfermería	Parcialmente compensatorio	Método de ayuda	Ayudar a otro
Prescripción del cuidado	Tratamiento regulador	Fundamentación científica	
<ul style="list-style-type: none"> • Control de la temperatura • Regulación de la temperatura 	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar el color de la piel al tomar la temperatura • Monitorización de la temperatura cada cuatro horas. • Utilizar mantas calientes por la noches. • Proporcionar un ambiente cálido para elevar la temperatura corporal. • Proporcionar líquidos orales calientes durante el día. 	<ul style="list-style-type: none"> • En la disminución de la temperatura corporal, los vasos sanguíneos presentan vasoconstricción simpática, los vasos sanguíneos periféricos muestran constricción para conservar el calor, por esta razón se presenta la cianosis, que es la coloración de la piel azulada.(79) • El metabolismo de la persona para el recalentamiento del organismo requiere de mantas secas y calientes o de cualquier otro método de aislamiento del frío. (80,81) • La exposición prolongada con aire muy frío es un factor determinante para la pérdida de calor.(79) • Los líquidos orales calientes producen calor en los órganos abdominales y mejoran la perfusión. (81) 	
Control de casos	La temperatura hospitalaria es integral, por lo que no se puede regular a un ambiente cálido, a pesar de las actividades realizadas solo se pudo alcanzar una temperatura 36°C por las noches.		

Tabla 15. Plan de intervenciones 4.

Fuente: Elaborado por: Subdirección de Enfermería, Instituto Nacional de Perinatología, Secretaría de Salud, 2015.
Modificado por LE. Nahomy Lopez Pozos

Requisito de autocuidado universal	Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.		
Operaciones de Diagnóstico	Ansiedad R/C desviación de la salud, cambio en el estado de salud M/P estresores, expresa temor, tensión, falta de concentración, miedo, confusión, 21 puntos en escala de Hamilton indicador de ansiedad moderada.		
Objetivo	Disminuir la ansiedad de moderada a leve en escala de Hamilton.		
Sistema de Enfermería	Apoyo educativo	Método de ayuda	Enseñar a otro
Prescripción del cuidado	Tratamiento regulador	Fundamentación científica	
<ul style="list-style-type: none"> • Informar la importancia de la expresar su desviación de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la expresión de su sentir acerca de su situación de salud y la importancia de que exprese que hay presencia de movimientos fetales, y bienestar materno. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud, persona y agente de cuidado; con el objetivo de conseguir información oportuna, y completa durante la atención y así reducir complicaciones. (82) En la relación personal de salud – usuaria, la veracidad es el principio fundamental, y la comunicación por parte de la persona de todos los síntomas, creencias, miedos y vivencias, en conjunto con los signos clínicos que presenta, permite al agente de cuidado llegar al 	

<ul style="list-style-type: none"> • Brindar información necesaria, clara y oportuna. • Propiciar el autocuidado 	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar a la persona su condición de salud a medida que ella comprenda. • Fomentar la adherencia al tratamiento. • Enseñarle técnicas de autocuidado para disminuir complicaciones. (Mantenerse en reposo relativo, alimentarse 	<p>diagnóstico correcto y dar tratamiento asertivo (83). La persona debe ser honesta y abierta con el personal de salud, proporcionando información exacta, y completa sobre su historial médico, síntomas y estilo de vida. (84)</p> <ul style="list-style-type: none"> • El personal de salud debe comunicar el estado de salud de la persona, y las diferentes opciones de tratamiento, así como las posibles complicaciones con un lenguaje coloquial, sin tanto tecnicismo médico, de tal manera que pueda comprender la información y retroalimentar en caso de que no haya sido tan clara. (82,83) • La adherencia terapéutica es una conducta de salud clave para aumentar la efectividad de las intervenciones y mejorar la situación de salud de la persona. (85) La persona debe participar activamente en su autocuidado, siguiendo las recomendaciones de la enfermera perinatal. (84) • El agente de cuidado brinda educación para la salud, con la finalidad de favorecer el desarrollo de capacidades de autocuidado tanto de las personas como de su comunidad y entorno, aumentando la eficacia de su cuidado. (86)
--	--	--

<ul style="list-style-type: none"> • Crear un ambiente profesional de confianza, seguridad. • Proporcionar actividades sin esfuerzo. 	<p>sanamente, beber agua tres litros diarios, tomar precaución para evitar caídas).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escuchar con atención • Presentarse por nombre, profesión. • Utilizar tonos de voz medio, así como el contacto físico y visual. • Hablar con seguridad. • Fomentar actividades de terapia ocupacional (dibujar, escribir o leer) 	<ul style="list-style-type: none"> • El personal debe escuchar activamente a la persona, comprender sus necesidades, preocupaciones y personalizar la atención médica en consecuencia. Los pacientes que no se sienten escuchados o comprendidos por el agente de cuidado tienden a no apegarse al tratamiento (84). Escuchar activamente implica prestar atención de los anhelos del paciente, que permiten una mayor cobertura y libertad para la transferencia del propio sufrimiento, sin juzgar. Crea una relación entre la persona y el agente de cuidado de calidad y confianza. (87) • La terapia ocupacional ayuda a controlar y prevenir enfermedades, involucrando activamente a los pacientes en actividades que generen interés, placer, y satisfacción, consiguiendo un beneficio terapéutico y garantizando la pronta recuperación de las personas que se encuentran hospitalizadas. (88)
--	--	--

<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer el confort materno con técnicas de relajación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Respiraciones profundas diafragmáticas. 10 cada 12 horas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Es un estado de equilibrio físico, mental, emocional y espiritual que necesita de una actitud determinada. Las técnicas de relajación actúan manteniendo la atención centrada en un estímulo simple de forma pasiva mientras se detiene toda actividad.(89) • Los ejercicios de respiración más utilizados en el control de ansiedad son las respiraciones diafragmáticas con el objetivo de conectarse consigo mismo, de esta manera las personas son capaces de autorregular su organismo, contribuyendo a disminuir la tensión muscular para poder gestionar de forma autónoma los ataques de ansiedad, evitando que estos sucedan y en caso de que haya su intensidad sea menor. (90)
<p>Control de casos</p>	<p>Mediante la comunicación efectiva sobre la desviación de salud se genera un ambiente de confianza y seguridad, así mismo, la usuaria acepta su condición de salud y comprende la importancia del apego al tratamiento, siendo posible la disminución del miedo de la persona, además participa activamente en técnicas de relajación y actividades de terapia ocupacional, lo que favorece su estado de ánimo y tranquilidad, logrando disminuir 8 puntos en la escala de Hamilton, pues su puntaje en la evaluación de las intervenciones fue de 13, lo que corresponde a una ansiedad leve.</p>	

Tabla 16. Plan de intervenciones 5.

Fuente: Elaborado por: Subdirección de Enfermería, Instituto Nacional de Perinatología, Secretaría de Salud, 2015.
Modificado por LE. Nahomy Lopez Pozos

Requisito de autocuidado universal	Mantenimiento entre la sociedad y la interacción social.		
Operaciones de Diagnóstico	Riesgo de depresión materna R/C Imagen corporal alterada, factores estresantes, sentimientos de soledad, culpa e insomnio, sin sospecha de depresión con 12 puntos escala Edimburgo.		
Objetivo	Favorecer el estado emocional de la mujer en estado de gravidez.		
Sistema de Enfermería	Apoyo educativo	Método de ayuda	Enseñar a otro.
Prescripción del cuidado	Tratamiento regulador	Fundamentación científica	
<ul style="list-style-type: none"> Acompañamiento durante el embarazo, parto y puerperio. 	<ul style="list-style-type: none"> Fomentar su autoestima. Reconocer sus virtudes, y la confianza de ella misma. 	<ul style="list-style-type: none"> La baja autoestima es, sin duda, el factor más señalado y comprobado como agente fundamental, y de este nace la inseguridad, el temor al rechazo, un déficit importante en el control de emociones. De aquí derivan la mayor parte de las conductas de riesgo para un embarazo temprano, y por ello la necesidad de intervención en un nivel profundo en la autoestima en la mujer embarazada.(91) 	

<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre la salud mental. • Brindar atención multidisciplinaria con el equipo de salud. • Propiciar la participación del entorno de la persona de cuidado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar la importancia de la salud mental durante el embarazo. • Gestionar cita con el área de psicología. • Aplicar la escala de depresión posparto de Edimburgo. • Comunicar a su red de apoyo el riesgo de depresión prenatal. 	<ul style="list-style-type: none"> • La salud mental debe completarse como parte de una atención integral del embarazo (92). La promoción y prevención de la salud mental prenatal/ materna, son de suma importancia para reducir las secuelas en las mujeres y sus bebés, debido a que la depresión ante parto tiene un impacto negativo tanto en la madre como en el niño, influyendo en la capacidad cognitiva y el desarrollo del lenguaje y comportamiento del niño. (93) • La atención médica de la paciente con depresión debe ser multidisciplinaria, con un grupo integrado por obstetras, enfermeras perinatales, psicología, psiquiatría. (92) • La depresión prenatal es factor de riesgo para la depresión posparto y muchos de los casos detectados en el puerperio, en realidad comienzan en la gestación. Uno de los factores de riesgo para la depresión durante el posparto son los acontecimientos vitales estresantes durante el embarazo, es recomendable utilizar la escala de Edimburgo como tamizaje de la depresión en la persona embarazada y en el periodo posparto. Se recomienda fomentar en su red de apoyo que otorgue apoyo emocional durante la gestación, ya que
--	---	---

		contribuye a que la mujer se adapte a las circunstancias de su embarazo. (76)	
Control de casos	<p>La persona menciona que el acompañamiento y el apoyo emocional le han hecho sentir seguridad, empoderamiento y fortaleza durante su estancia hospitalaria.</p> <p>La mujer en la escala Edimburgo obtuvo 12 puntos, interpretándose sin sospecha de depresión, sin embargo, está a un punto de indicar sospecha de depresión por lo que se solicita intervención del área de psicología para confirmar el diagnóstico, quienes el día 29/03/2023 mencionan que no presenta depresión pero sí un trastorno de adaptación.</p>		

Tabla 17. Plan de intervenciones 6.

Fuente: Fuente: Elaborado por: Subdirección de Enfermería, Instituto Nacional de Perinatología, Secretaría de Salud, 2015. Modificado por LE. Nahomy Lopez Pozos

Requisito de autocuidado universal	Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.		
Operaciones de Diagnóstico	Alteración entre la actividad y el descanso R/C sobre estimulación ambiental M/P ansiedad, fatiga, expresa angustia, ojeras, ciclo del sueño – vigilia no reparador, insomnio, 12 puntos en cuestionario de Pittsburgh.		
Objetivo	Disminuir a cinco la puntuación del cuestionario de calidad de sueño de Pittsburgh		
Sistema de Enfermería	Parcialmente compensatorio	Método de ayuda	Ayudar a otro/ guiar a otro

		los patrones de sueño propiciando en los pacientes no tener un sueño reparador y por ende alteración en el sistema homeostático e inmunológico. (95)
Control de casos	Se ha mejorado el ambiente para que pueda descansar, sin embargo, no se cumple el objetivo pues a la evaluación se obtiene una puntuación de siete que entra en la categoría de merecer atención médica, esto debido a las actividades cotidianas y emergentes propias del ambiente hospitalario.	

Tabla 18. Plan de intervenciones 7.

Fuente: Elaborado por: Subdirección de Enfermería, Instituto Nacional de Perinatología, Secretaría de Salud, 2015.
Modificado por LE. Nahomy Lopez pozos

4.4 Valoraciones focalizadas

PRIMERA VALORACIÓN FOCALIZADA				
Fecha: 14/04/2023	Hora: 13:00	Servicio: Consulta externa/ Tococirugía		
Diagnóstico médico	<ul style="list-style-type: none"> • Embarazo de 36 SDG • Ruptura prematura de membranas • Probable sufrimiento fetal • Infección de vías urinarias 			
Medicamentos prescrito	<ul style="list-style-type: none"> • Ampicilina un gr IV cada seis horas por siete días • Eritromicina 250 mg VO cada seis horas por siete días 			
Sistema de Enfermería: Parcialmente compensatorio	Método de Ayuda: Guiar a otro/ enseñar a otro	Agencia: Agencia de cuidado dependiente		
Signos vitales				
T/A: 130/80	F.C. 66	F.R. 24	T. 36°	F.C.F 142
Notas de la valoración				
<p>Karitza de 22 años, cursando con 36 SDG, consiente, orientada en tiempo y espacio, mucosas hidratadas, niega datos de enfermedad hipertensiva, así como salida de líquido transvaginal y criterios de Gibbs (taquicardia materna, taquicardia fetal, Leucocitosis materna, irritabilidad uterina, leucorrea vaginal maloliente), tórax simétrico, campos pulmonares ventilados, ruidos cardiacos presentes, rítmicos y adecuado tono, mamas con presencia de calostro, presencia de movimientos fetales, extremidades inferiores sin compromiso cardiocirculatorio.</p>				

Acude a la consulta de control prenatal de alto riesgo para su seguimiento con signos vitales dentro de parámetros normales. Expone ultrasonido del área materno – fetal de la institución con el reporte siguiente:

DÍA	SDG	PFE	ILA	PLACENTA
PARÁMETRO				
11/04/2023	34.2	2, 301	9. 73 cc	Placenta posterior grado III

Tabla 19. Reporte de ultrasonido del día 11/04/2023

Fuente: Elaboración propia

Como parte del seguimiento se realiza prueba de bienestar fetal, el trazo se interpreta según la nomenclatura del “Dr. C BRAVADO” (ver anexo siete), resultando de mediano riesgo, sin contracción uterina en 10 minutos, mantiene una línea basal de 140 lpm, variabilidad mínima detectable 5 lpm, ausencia de aceleraciones y desaceleraciones, interpretado por el sistema de clasificación de la FCF según el Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano (NICHD, por sus siglas en inglés) (ver anexo ocho) categoría II. (ver anexo nueve, figura tres), por lo que se requiere de una segunda valoración de prueba de bienestar fetal para la determinación de la categoría.

Se decide su ingreso al servicio de Tococirugía para una segunda valoración, y monitorización correspondiente. Se vuelve a realizar la prueba de bienestar fetal, que se interpreta según la nomenclatura del “Dr. C BRAVADO”, resultando de bajo riesgo, sin contracciones en 10 minutos, mantiene una línea basal de 130 lpm, variabilidad moderada de seis a 25 lpm, aceleraciones de 15 lpm con duración de poco más de 15 segundos y regresa a la línea base en menos de dos minutos, ausencia de desaceleraciones, interpretado por el sistema de clasificación de la FCF según el NICHD categoría I. (ver anexo diez, figura cuatro)

Sin embargo, en los estudios de laboratorio (ver tabla 9) hay presencia de Leucocitos con 14.80, por lo que se decide ingreso a hospital de alto riesgo, para proceder con esquema de antibioticoterapia y monitorizar criterios de Gibbs, ya que no presenta perdidas transvaginales, líquido amniótico dentro de parámetros normales comprobado por ultrasonido, está hemodinámicamente estable, sin datos de alarma que ameriten interrupción del embarazo.

DÍA	LABORATORIO	PARÁMETRO	VALOR	VALOR DE REFERENCIA	INTERPRETACIÓN
14/04/2023	Citometría hemática	Hemoglobina	13.20	11–13.50 g/dL	Normal
		Leucocitos	14.80	4.50 – 11 10 3/μL	Leucocitosis
		Hematocrito	39.20	33-43 %	Normal
		Plaquetas	289	150 – 450 10 3/μL	Normal

Tabla 20. Laboratorios del día 14/04/2023.
Fuente: Elaboración propia.

En la evaluación de riesgo perinatal de cada consulta durante la evolución del embarazo (PREVIGEN III) (ver anexo 11, figura cinco), se concluye un alto riesgo por la ruptura de membranas ovulares preexistentes e infección por leucocitos elevados.

Requisitos de autocuidado de desviación de la salud

Reconoce la importancia de su hospitalización para mejorar su estado de salud para el bienestar del binomio, expresa sentir temor porque interrumpen el embarazo; la desviación de la salud genera efectos psicológicos y fisiológicos en su estilo de vida; actualmente sería su segunda hospitalización durante el embarazo.

Requisitos universales de autocuidado

Requisito	Datos objetivos	Datos subjetivos
Requisito de autocuidado ante una desviación de la salud	Leucocitos 14.80 3/ μ L	
Exposición a riesgos:		
Maternos: <ul style="list-style-type: none"> • Sepsis materna • Cesárea • Muerte 	Fetales: <ul style="list-style-type: none"> • Corioamnionitis • Perdida del bienestar fetal • Prematurez 	Neonatales: <ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo (SDRA). • Muerte

SEGUNDA VALORACIÓN FOCALIZADA

Fecha: 20/04/2023	Hora: 17:00	Servicio: Domicilio de la persona.
Diagnóstico médico	<ul style="list-style-type: none"> • Embarazo de 36.6 SDG • IVU en tratamiento • Ruptura de membranas 	
Medicamentos prescritos	<ul style="list-style-type: none"> • Ampicilina 500 mg VO cada seis horas por cinco días • Eritromicina 250 mg VO cada ocho horas por cinco días 	
Sistema de Enfermería:	Método de Ayuda:	Agencia:

Parcialmente compensatorio	Enseñar a otro/ guiar a otro	Agencia de autocuidado		
Signos vitales:				
T/A: 103/74	F.C. 87	F.R. 20	T. 36.3°	F.C.F 148
Notas de la valoración				
<p>Este contacto de seguimiento se realizó en donde reside actualmente la paciente que es la casa de sus abuelitos porque viven cerca de la unidad hospitalaria, presenta AFU 32 cm, la persona se encuentra consiente, orientada en las tres esferas neurológicas, presencia de movimientos fetales, así como el aumento de las estrías rubras en la zona abdominal, disminución de las ojeras. Actualmente, según las maniobras de Leopold se encuentra en situación longitudinal, presentación cefálica, posición dorso a la izquierda.</p> <p>El motivo de la visita domiciliaria es para brindar el apoyo educativo perinatal de preparación al parto, lactancia materna, cuidados de la persona recién nacida y en el puerperio, en la cual la paciente muestra interés a su aprendizaje, mismo que se valora con un cuestionario (ver apéndice 3) que se aplica antes y después, obteniendo un puntaje de 4 (conocimiento moderado) y 8 (conocimiento suficiente) respectivamente; así como monitorización de la adherencia al tratamiento antibiótico mencionado anteriormente, que se indicó al egreso hospitalario el día 16/04/2023.</p> <p>En la evaluación de riesgo perinatal de cada consulta durante la evolución del embarazo (PREVIGEN III), se concluye un alto riesgo por la ruptura de membranas ovulares de larga evolución.</p>				
Requisitos de autocuidado de desviación de la Salud				

Comprende la importancia de adherencia al tratamiento, actualmente refiere empezar a sentir nervios por que se acerca la fecha del parto, además menciona haberse adaptado a su padecimiento actual y todas las recomendaciones médicas para lograr un embarazo de termino.

Requisitos universales de autocuidado		
Requisito	Datos objetivos	Datos subjetivos
Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento moderado • Conocimiento suficiente 	Interés por el aprendizaje sobre los temas tratados en la visita domiciliaria
Exposición a riesgos:		
Maternos: <ul style="list-style-type: none"> • Sepsis materna • Parto pretérmino • Oligohidramnios 	Fetales: <ul style="list-style-type: none"> • Prematurez • Riesgo de bienestar fetal (taquicardia o bradicardia) 	Neonatales <ul style="list-style-type: none"> • Dificultad respiratoria

TERCERA VALORACIÓN FOCALIZADA		
Fecha: 21- 22/04/2023	Hora: 14:00	Servicio: Tococirugía, HRAEM
Diagnóstico médico 21/04/2023	<ul style="list-style-type: none"> • Embarazo de 37 SDG • Ruptura de membranas • Inducción de trabajo de parto • Trabajo de parto fase latente 	
Diagnóstico médico 22/04/2023	<ul style="list-style-type: none"> • Inducción fallida del Trabajo de parto • Puerperio inmediato quirúrgico post cesárea 	

Medicamentos prescritos 21/04/2023	<ul style="list-style-type: none"> • Cefotaxima un gramo IV cada ocho horas • Misoprostol 25 mcg sublingual cada cuatro horas por cuatro dosis 																		
Medicamentos prescritos 22/04/2023	<ul style="list-style-type: none"> • Cefotaxima un gramo IV cada ocho horas por siete días • Gentamicina 80 mg IV cada ocho horas por cinco días • Ketorolaco 60 mg IV dosis única • Ketorolaco 30 mg IV cada ocho horas por tres días • Metoclopramida 10 mg IV cada ocho horas por dos días • Omeprazol 40 mg IV dosis única 																		
Sistema de Enfermería: Parcialmente compensatorio	Método de Ayuda: Guiar a otro Ayudar a otro	Agencia: Agencia de cuidado dependiente Agencia de enfermería																	
Signos vitales																			
T/A: 110/70	F.C. 70	F.R. 19	T. 36.4°	F.C.F 145															
Notas de la valoración 21/04/2023																			
<p>Persona que acude el día 21/04/2023 a las 10:00 am a la consulta de control prenatal de alto riesgo con 37 SDG para su seguimiento; durante la exploración física se realiza especuloscopia en la que se observa salida de líquido claro corroborado por Tarnier y Valsalva, con presencia de movimientos fetales y niega contracciones uterinas. Presenta un ultrasonido (tabla 22), que en comparación con el del día 11 de abril hay un disminución de 1.93 cc de líquido amniótico.</p>																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">DÍA</th> <th style="width: 10%;">SDG</th> <th style="width: 15%;">PFE (gramos)</th> <th style="width: 10%;">ILA</th> <th style="width: 35%;">PLACENTA</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">PARÁMETRO</th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>20/04/2023</td> <td>36.4</td> <td>3045</td> <td>7.8 cc</td> <td>Placenta posterior grado III</td> </tr> </tbody> </table>					DÍA	SDG	PFE (gramos)	ILA	PLACENTA	PARÁMETRO					20/04/2023	36.4	3045	7.8 cc	Placenta posterior grado III
DÍA	SDG	PFE (gramos)	ILA	PLACENTA															
PARÁMETRO																			
20/04/2023	36.4	3045	7.8 cc	Placenta posterior grado III															

Tabla 21. Reporte de ultrasonido del día 20/04/2023
Fuente: Elaboración propia

Por lo anterior se decide su ingreso al servicio de Tococirugía, a la valoración presenta signos vitales estables, la persona se encuentra consiente, orientada en las tres esferas neurológicas, campos pulmonares ventilados, ruidos cardiacos rítmicos de buen tono e intensidad, abdomen globoso a expensas de útero gestante con presencia de movimientos fetales, altura de fondo uterino de 32 cm, producto libre, por lo que calcula peso estimado fetal por índice de Jhonson 3,100 gramos, según las maniobras de Leopold en situación longitudinal, presentación cefálica, posición dorso a la izquierda, al tacto vaginal el cérvix con un cm de dilatación 20% de borramiento, posterior, formado largo. Bishop de tres (ver anexo 12, tabla 34). Pelvis con diámetros de estrecho superior, excavación y estrecho inferior, suficientes. Se realiza prueba de bienestar fetal que se interpreta según la nomenclatura del “Dr. C BRAVADO”, resultando de bajo riesgo, una contracción en 10 minutos, mantiene una línea basal de 130 lpm, variabilidad moderada de seis a 25 lpm, aceleraciones de 15 lpm con duración de poco más de 15 segundos y regresa a la línea base en menos de dos minutos, ausencia de desaceleraciones, interpretado por el sistema de clasificación de la FCF según el NICHD categoría I. (ver anexo 13, figura 6).

Además, se realizan laboratorios con los siguientes resultados:

DÍA	LABORATORIO	PARÁMETRO	VALOR	VALOR DE REFERENCIA	INTERPRETACIÓN
21/04/2023	Citometría hemática	Hemoglobina	13.80	11–13.50 g/dL	Normal
		Leucocitos	12.50	4.50 – 11 10 3/ μ L	Leucocitosis
		Hematocrito	40.90	33-43 %	Normal

		Plaquetas	285	150 – 450 10 ³ /μL	Normal
	Pruebas de coagulación	TP	11.10	10.70 – 13.80 Segundos (seg)	Normal
		TPT	26.10	25 – 38 Seg	Normal
	PCR	Proteína C Reactiva	0.6	Hasta 1.0 mg/dL	Normal
	EGO	Proteínas	NEGATIVO	NEGATIVO	Normal

Tabla 22. Laboratorios del día 21/04/2023.

Fuente: Elaboración propia.

Con el sustento de las pruebas antes mencionadas, y la edad gestacional de término se decide la interrupción del embarazo por vía vaginal, utilizando el método de inducción del trabajo de parto, que se inicia a las 20:00 horas con Misoprostol dosis de 25 microgramos sublingual cada cuatro horas, con FCF de 140 lpm, además se indican intervenciones no farmacológicas para favorecer el trabajo de parto como esferodinamia, deambulación, posición libre, líquidos a libre de manda, musicoterapia y aromaterapia.

En la evaluación de riesgo perinatal en el inicio del trabajo de parto (PREVIGEN IV) (ver anexo 14, figura siete) representa un bajo riesgo porque el líquido amniótico es claro, sin embargo, es un alto riesgo por la ruptura de membranas.

Nota de valoración 22/04/2023

Signos vitales

T/A: 107/82	F.C. 82	F.R. 21	T. 36.6°	F.C.F 152
--------------------	----------------	----------------	-----------------	------------------

A las 0:00 horas del día 22/04/2023 se ministra la segunda dosis de misoprostol, el cérvix se encuentra posterior, con dos cm de dilatación, borramiento del 40%, blando, con índice de Bishop de cuatro. La persona se comporta colaboradora en las actividades, expresa sentirse en confianza y segura al contar con el acompañamiento de la enfermera estudiante de la especialización en Perinatal, así como disminución del dolor a tres en escala de EVA (ver anexo 15, figura 8), quien resuelve dudas del plan de manejo.

En seguimiento de la inducción, a las 04:00 horas, FCF 148 lpm, se ministra la tercera dosis de misoprostol, a la exploración el cérvix se mantiene como en la segunda dosis de manera posterior, con tres cm de dilatación, borramiento del 40%, blando, con índice de Bishop de cuatro. La actividad uterina es irregular al presentar dos contracciones en 10 minutos con duración de 40 segundos, manteniendo la escala del dolor en tres.

En la evaluación de riesgo perinatal en la evolución del trabajo de parto (PREVIGEN V) (ver anexo 16, figura nueve) hay un riesgo medio por dilatación de 3 cm, sin embargo, sigue siendo alto riesgo por la ruptura de las membranas, y uso de inducción con misoprostol.

A las 08:00 horas, la paciente expresa dolor por escala de EVA de seis, signos vitales estables y FCF de 151 lpm, a la exploración el cérvix presenta tres cm de dilatación con el 50% de borramiento, posterior, producto en primer plano de Hodge, el equipo de ginecología y obstetricia decide interrumpir el embarazo por vía abdominal debido a que consideran que hay falla en la inducción al trabajo de parto.

A las 10:10 horas pasa a quirófano, proceden a realizar asepsia y antisepsia, bloqueo regional, posteriormente inician la cirugía; a las 10:34 Nace producto único vivo femenino con tono muscular, que respira y llora al nacer por lo que se realiza pinzamiento tardío del cordón umbilical de 60 segundos, así como apego inmediato e inicio de lactancia materna, posteriormente pasa a cuna de calor radiante, en donde se realizan los cuidados esenciales de cada bebé, encontrando paciente con adecuada adaptación al medio extrauterino de 37 SDG por Capurro, Apgar de 8/9 al minuto y 9/9 a los

cinco minutos, peso 3,250 gramos, talla 52 centímetros, aparentemente sano. Durante el acto quirúrgico la cavidad uterina se encuentra eutérmica, la placenta está completa, líquido claro, la madre presenta sangrado de 400 ml, involución uterina sin complicaciones, sin embargo, por la ruptura de membranas de larga evolución se difiere la colocación del dispositivo intrauterino (DIU).

Signos vitales

T/A: 110/70	F.C. 85	F.R. 18	T. 36°
--------------------	----------------	----------------	---------------

Siendo las 11:01 horas, pasa al área de recuperación, en donde se fortalece la enseñanza de lactancia materna, se inicia dieta líquida a tolerancia, vigilancia de perdidas transvaginales, cuidados de la herida quirúrgica, vendaje abdominal compresivo, monitorización de signos vitales. Iniciar deambulacion cuando pase a hospitalización.

En la evaluación de riesgo perinatal al nacimiento en el recién nacido (PREVIGEN VI) (ver anexo 17, figura 10) hay un alto riesgo por el antecedente de ruptura de membranas; sin embargo, la persona recién nacida presenta adecuado peso al nacer y aparentemente sana.

Requisito de autocuidado 21/04/2023

Requisito	Datos objetivos	Datos subjetivos
<ul style="list-style-type: none"> Requisito de autocuidado según las etapas de desarrollo: Resolución del embarazo actual. Requisitos de autocuidado ante una desviación de la salud 	<ul style="list-style-type: none"> ILA de 7.8 cc Cérvix un centímetro de dilatación 20% de borramiento, posterior, formado largo. Bishop de 3 Salida de líquido transvaginal Leucocitos 12.50 3/μ Misoprostol 25 microgramos sublingual cada 4 horas por tres dosis 	<ul style="list-style-type: none"> Refiere movimientos fetales Pelvis suficiente.

Requisito de autocuidado 22/04/2023		
Requisito	Datos objetivos	Datos subjetivos
<ul style="list-style-type: none"> Requisito de autocuidado según las etapas de desarrollo Resolución del embarazo actual. Requisitos de autocuidado ante una desviación de la salud 	<ul style="list-style-type: none"> 0:00 horas Cérvix dos centímetros de dilatación 40% de borramiento, posterior 04:00 horas Cérvix tres centímetros de dilatación 40% de borramiento, posterior Actividad uterina irregular, dos contracciones en 10 minutos con duración de 40 segundos 08:00 horas, Cérvix tres centímetros de dilatación 50% de borramiento, posterior, producto en primer plano de Hodge Dolor con seis y tres en escala EVA Pinzamiento tardío 60 segundos Recién nacido de término, eutrófico. Placenta completa 400 ml de sangrado 10:10 Bloqueo regional Sangrado 	<ul style="list-style-type: none"> Expresa sentimientos de seguridad y un ambiente de confianza Apego inmediato Inicia de lactancia materna Involución uterina sin complicaciones Inicia dieta líquida a tolerancia
Exposición a riesgos:		
Maternos: <ul style="list-style-type: none"> Sepsis materna Oligohidramnios Hemorragia obstétrica Desprendimiento de placenta 	Fetales: <ul style="list-style-type: none"> Corioamnionitis Perdida del bienestar fetal Asfixia 	Neonatales: <ul style="list-style-type: none"> SDRA Sepsis neonatal Enterocolitis necrosante

		- Muerte
--	--	----------

CUARTA VALORACIÓN FOCALIZADA			
Fecha: 23/04/2023	Hora: 19:00	Servicio: Hospitalización	
Diagnóstico médico	<ul style="list-style-type: none"> • Puerperio mediato quirúrgico post cesárea 		
Medicamentos prescritos	<ul style="list-style-type: none"> • Cefotaxima un gramo IV cada ocho horas por siete días • Gentamicina 80 mg IV cada ocho horas por cinco días • Ketorolaco 30 mg IV cada ocho horas por tres días 		
SEGUIMIENTO DEL PUERPERIO Y LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA (LME)			
Sistema de Enfermería: Parcialmente compensatorio	Método de Ayuda: Guiar a otro/ enseñar a otro	Agencia: Agencia de autocuidado Agencia de enfermería	
Signos vitales:			
T/A: 118/75	F.C. 98	F.R. 18	T. 38.1°
Notas de la valoración			
<p>Esta valoración de seguimiento a la persona se brinda en el área de hospitalización, cursando su segundo día post operada de cesárea en puerperio mediato, consiente, orientada en las tres esferas neurológicas, niega datos de vasoespasmo y bajo gasto cardiaco. A la exploración física se palpan mamas turgentes con secreción de calostro, abdomen blando y depresible a la palpación con involución uterina por debajo de la cicatriz umbilical, adecuado tono, herida quirúrgica limpia, sin datos de infección (zona caliente, salida de secreciones pus o sangre, mal olor,</p>			

enrojecimiento, irritabilidad). Perdidas transvaginales de 50 mililitros, loquios de color vino oscuro, sin presencia de olor fétido.

La madre refiere haber iniciado deambulaci3n por la noche del d1a 22/04/2023, sin dificultad ni presencia de mareos, as1 como tolerancia de dieta normal; lactancia materna establecida con un buen agarre y postura tanto del beb3 como de la madre, a la valoraci3n con escala LATCH (ver anexo 18, figura 11) obtiene una puntuaci3n de 9 que se interpreta como sin dificultad con la lactancia por lo que no requiere ayuda para amamantar. Producci3n de calostro.

Sin embargo, los resultados de laboratorio interpretan leucocitosis (ver tabla 24). Se decide manejo antimicrobiano previamente mencionado.

D1A	LABORATORIO	PAR1METRO	VALOR	VALOR DE REFERENCIA	INTERPRETACI3N
22/04/2023	Citometr1a hem1tica	Hemoglobina	13	11–13.50 g/dL	Normal
		Leucocitos	28	4.50 – 11 10 ³ /μL	Leucocitosis
		Hematocrito	32	33-43 %	Normal
		Plaquetas	275	150 – 450 10 ³ /μL	Normal
	Prote1na C Reactiva (PCR)	Prote1na C Reactiva	0.5	Hasta 1.0 mg/dL	Normal

Tabla 23. Laboratorios del d1a 23/04/2023.

Fuente: Elaboraci3n propia.

Recién nacida activa – reactiva a estímulos, coloración de tegumentos Kramer uno, fontanelas normotensas, cavidad oral hidratada, con reflejo de succión y deglución, campos pulmonares adecuadamente ventilados, ruidos cardiacos presentes con adecuado tono y ritmo, abdomen blando y depresible a la palpación, muñón umbilical sin datos de infección o sangrado, refiere la madre tener evacuaciones y micciones frecuentes.

En la evaluación de riesgo perinatal en el recién nacido de 0 – 6 días (PREVIGEN VII) (ver anexo 19, figura 12) se concluye que por obtener un alto riesgo en el PREVIGEN VI se mantendrá en observación debido a que representa un alto riesgo, sin embargo, la persona recién nacida no ha presentado complicaciones y está aparentemente sana.

Requisitos universales de autocuidado		
Requisito	Datos objetivos	Datos subjetivos
<ul style="list-style-type: none"> Requisito de autocuidado según las etapas de desarrollo Resolución del embarazo actual. 	<ul style="list-style-type: none"> Temperatura de 38.1° Leucocitos 28 3/μL Perdidas transvaginales de 50 mililitros. Producción de calostro 	
Exposición a riesgos:		
Maternos: <ul style="list-style-type: none"> Sepsis puerperal Hemorragia obstétrica Muerte 	Neonatales: <ul style="list-style-type: none"> Ictericia neonatal 	

4.5 Diagnósticos de enfermería por valoraciones focalizadas

- Disposición para mejorar el autocuidado en el embarazo M/P expresa el deseo de adquirir conocimientos del proceso de maternidad, puerperio y preparación para el cuidado de la persona recién nacida.
- Riesgo de falla en la inducción del trabajo de parto R/C nuliparidad, dinámica uterina irregular, Bishop de 3.
- Manejo ineficaz del dolor R/C desconocimiento a la evolución del trabajo de parto M/P presenta facies del dolor, desesperación, angustia, seis puntos en escala de EVA.
- Riesgo de hemorragia por atonía uterina R/C inducción con prostaglandinas y procedimiento quirúrgico.
- Éxito de la lactancia materna M/P buen agarre, postura corporal de la madre y el bebé correcta, nueve puntos en escala de LATCH.
- Proliferación de bacterias R/C ruptura de membranas con periodo de latencia prolongado más de 72 horas M/P fiebre de 38.1°C, 28 3/μL de leucocitos.

4.6 Plan de intervenciones basado en las valoraciones focalizadas

Requisito de autocuidado universal	Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humanos		
Operaciones de Diagnóstico	Disposición para mejorar el autocuidado en el embarazo M/P expresa el deseo de adquirir conocimientos del proceso de maternidad, puerperio y preparación para el cuidado de la persona recién nacida.		
Objetivo	Crear nuevos conocimientos que sean suficientes para enfrentar la etapa del embarazo, parto y puerperio.		
Sistema de Enfermería	Apoyo educativo	Método de ayuda	Enseñar a otro
Prescripción del cuidado	Tratamiento regulador	Fundamentación científica	
Informar sobre el proceso del embarazo, parto y puerperio.	Charla educativa con los siguientes temas: Cuidados de un embarazo de alto riesgo Preparación al parto Lactancia materna Cuidados de la persona recién nacida Cuidados en el postparto	Las mujeres que realizan el curso de educación perinatal participan en forma activa durante el trabajo de parto, controlan el temor, dolor y aplican las técnicas no farmacológicas, logrando con esto acortar el tiempo de trabajo de parto y obtienen conocimientos acerca del proceso, lo que rompe con esta cadena de miedo-ansiedad-dolor que se genera. (96)	

Control de casos	<p>La persona demuestra interés en los temas, participa activamente, se aclaran dudas, logrando un aprendizaje.</p> <p>Lo anterior se comprueba por el aumento de 4 puntos en el cuestionario elaborado para medir los conocimientos obtenidos.</p>
-------------------------	---

Tabla 24. Plan de intervenciones 8.

Fuente: Elaborado por: Subdirección de Enfermería, Instituto Nacional de Perinatología, Secretaría de Salud, 2015.
Modificado por LE. Nahomy Lopez Pozos

Requisito de autocuidado universal	Requisito de autocuidado según la etapa de desarrollo		
Operaciones de Diagnóstico	Riesgo de falla en la inducción del trabajo de parto R/C nuliparidad, dinámica uterina irregular, Bishop de 3.		
Objetivo	Progresión del trabajo de parto a 5 centímetros de dilatación, actividad uterina regular.		
Sistema de Enfermería	Parcialmente compensatorio/ Apoyo educativo	Método de ayuda	Ayudar a otro/ enseñar a otro
Prescripción del cuidado	Tratamiento regulador	Fundamentación científica	
<ul style="list-style-type: none"> Administrar prostaglandinas 	<ul style="list-style-type: none"> Misoprostol 25 microgramos sublingual cada cuatro horas por cuatro dosis. 	<ul style="list-style-type: none"> El misoprostol es un análogo sintético de la prostaglandina E1(PGE1), que se utiliza para la inducción del parto. El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos sugiere el uso de PGE1 para la maduración cervical y la inducción del parto en 	

<ul style="list-style-type: none"> • Valorar el progreso del trabajo de parto • Comprobar bienestar fetal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Administración de medicamentos con los 15 correctos • Realizar tacto vaginal con guantes, cada cuatro horas y registrar en el partograma. • Monitorización de la frecuencia cardiaca fetal cada hora. 	<p>intervalos de tres a seis horas para evitar el riesgo de taquisistolia uterina. El misoprostol sublingual ofrece mejores resultados en términos de un intervalo más corto hasta el parto y un parto vaginal exitoso dentro de las 24 horas en comparación con el misoprostol vaginal. (97).</p> <p>Los índices elevados de episiotomías y cesáreas son indicadores del elevado nivel de medicalización de la atención materna. (96)</p> <ul style="list-style-type: none"> • El 17.1% de las inducciones del trabajo de parto concluyen en un fracaso de la inducción, al no alcanzarse la dilatación de cuatro centímetros, así como la incapacidad de generar contracciones regulares, es decir, no se logra alcanzar la fase activa del trabajo de parto. Ante una falla en la inducción del trabajo de parto, la finalización del embarazo resultará en cesárea o parto instrumentado (98). La OMS recomienda realizar tactos vaginales cada cuatro horas para la identificación de la progresión del trabajo de parto. (99) • La indicación de prostaglandinas se asocia con taquisistolia, con o sin cambios en la frecuencia cardiaca fetal; además de complicaciones maternas como
--	---	---

<ul style="list-style-type: none"> • Monitorización de la dinámica uterina 	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar motilidad fetal • Evaluar las características de la actividad uterina (ver anexo 20, tabla 35): frecuencia, intensidad, duración y tono, cada 4 horas. 	<p>hiponatremia, síntomas gastrointestinales e hiperestimulación uterina.(100)</p> <ul style="list-style-type: none"> • La monitorización de la actividad uterina es importante porque permite la supervisión de la progresión del trabajo de parto. La actividad uterina es adecuada cuando se produce dilatación cervical progresiva y descenso fetal. La monitorización de las contracciones uterinas puede guiar la necesidad de medicación uterotónica o parto operatorio cuando el trabajo de parto no progresa adecuadamente. (101)
<p>Control de casos</p>	<p>Durante la ministración de prostaglandinas, la frecuencia cardiaca fetal se mantiene dentro de los parámetros normales (120 – 160 lpm), sin embargo, no se logra establecer el trabajo de parto en fase activa, debido a que debería esperarse las 24 horas para determinar su progresión, es decir, aumentar la dilatación a seis centímetros, dinámica uterina regular entre cuatro y cinco contracciones en 10 minutos y duración de 40 - 60 segundos, sin embargo, este se interrumpe a las 12 horas del inicio de las prostaglandinas por decisión médica, por lo que no se cumple con el objetivo.</p>	

Tabla 25. Plan de intervenciones 9.
Fuente: Elaboración propia.

<p>Requisito de autocuidado universal</p>	<p>Requisito de autocuidado según la etapa de desarrollo</p>
--	--

Operaciones de Diagnóstico	Manejo ineficaz del dolor R/C desconocimiento a la evolución del trabajo de parto M/P presenta facies del dolor, desesperación, angustia, seis puntos en escala de EVA.		
Objetivo	Disminuir o mantener el dolor en seis en escala de EVA.		
Sistema de Enfermería	Parcialmente compensatorio/ apoyo educativo	Método de ayuda	Guiar a otro/ enseñar a otro
Prescripción del cuidado	Tratamiento regulador	Fundamentación científica	
<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer un ambiente de confianza continuo. • Medidas no farmacológicas para aliviar el dolor, favorecer el encajamiento del feto y progresión del trabajo de parto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acompañamiento afectivo, informar las fases del trabajo de parto. • Musicoterapia según la elección de la persona, a volumen bajo. 	<ul style="list-style-type: none"> • El acompañamiento durante el trabajo de parto y el nacimiento ayuda a las mujeres a sentirse seguras, fuertes, confiadas y protegidas, así como los beneficios significativos de apoyo, disminución del uso de analgesia intraparto y cesárea, mejorando los resultados maternos y perinatales. (102) • La música tiene beneficios sobre el cuerpo humano como disminuir la presión arterial, el pulso, relajar los músculos, mejorar la respiración y tener movimientos más rítmicos, funciona como elemento distractor que aumenta la sensación de control y provoca un aumento de los niveles de endorfinas (103). La música influye en el estado de ánimo de la persona, por lo que una melodía adecuada le produce tranquilidad y paz fundamental para el momento del parto, además podría 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Masaje y aplicación de calor, a tolerancia de la persona. 	<p>tener efectos positivos en el alivio del dolor, aunque no se puede comprobar porque la evidencia existente es de baja calidad (104).</p> <p>Se recomienda el uso de técnicas de relajación durante el trabajo de parto como la respiración profunda, relajación muscular progresiva y musicoterapia. (105)</p> <ul style="list-style-type: none"> • El masaje inhibe las señales dolorosas, aumenta el flujo sanguíneo, mejora la oxigenación de los tejidos, disminuye los niveles de ansiedad y estrés, relaja los músculos tensos, permite un mayor control del parto (106). <p>El calor genera vasodilatación y por consiguiente aumenta el flujo sanguíneo, influyendo en la transmisión de los impulsos dolorosos e incrementa la elasticidad del colágeno de los tejidos, reduciendo el dolor y aumentando la satisfacción materna (107).</p> <p>El masaje y la aplicación del calor incrementan los niveles de serotonina y dopamina reduciéndose los de cortisol; eso tiene como consecuencia la relajación de los músculos, el confort, el alivio y disminuye la fatiga y ansiedad (104).</p>
--	---	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar la técnica de esferodinamia y explicar sus beneficios. • Deambulación y posición libre de la madre, 	<p>Se recomienda el uso de técnicas manuales como masajes y compresas calientes para el control del dolor en el trabajo de parto (105)</p> <ul style="list-style-type: none"> • La utilización de la pelota promueve la relajación y mejora la postura de la persona, fortalece el piso pélvico, principalmente el músculo elevador del ano, pubococcígeo y la fascia pélvica (107). Está indicado en aquellas mujeres que están en fase latente o en el inicio de la fase activa del trabajo de parto, debido a que presentan contracciones dolorosas tolerables, permitiéndoles soportar el movimiento y los cambios de posición. No solo reduce el dolor, disminuye la tensión muscular en la zona de las lumbares y el suelo pélvico facilitando la dilatación del cérvix y ayudando a que el bebé avance por el canal de parto y se encaje en la pelvis (104). La implementación del uso de la pelota obstétrica puede ser una estrategia para aliviar el dolor durante el trabajo de parto. (105) • La posición vertical y estar en movimiento durante la fase latente acorta su duración, disminuye la sensación dolorosa, proporciona un sentimiento de libertad y ayuda a reducir la tensión muscular (104), además
--	--	--

<ul style="list-style-type: none"> • Valorar bienestar materno – fetal. • Evaluar progresión del trabajo de parto 	<p>informar los beneficios de la posición vertical.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingesta de líquidos vía oral para mantener el aporte energético. • Monitorización los signos vitales maternos (temperatura, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial) y la frecuencia cardiaca feta para valorar la variabilidad, ascensos y descensos. • Realizar tacto vaginal cada cuatro horas, dinámica uterina 	<p>contribuye al descenso de la presentación fetal a través del canal de parto (107). Se recomienda la libre movilidad y adopción de la postura vertical durante el trabajo de parto. (105)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una buena hidratación mejora el rendimiento físico, por lo tanto, durante el trabajo de parto, contribuye al progreso de este(108). En mujeres con trabajo de parto no complicado se recomienda la ingesta de líquidos claros. (105) • Se recomienda auscultar intermitentemente la frecuencia cardiaca fetal durante el trabajo de parto cada 15 – 30 min, durante un minuto después de la contracción uterina (105). Es importante la monitorización de signos vitales de la madre para prevenir, detectar y manejar la aparición de complicaciones que pueden desencadenar daños irreversibles o fatales para la madre. • Para evaluar el progreso del trabajo de parto se debe hacer exploración vaginal por medio del tacto, esté debe ser cada cuatro horas durante la fase activa del trabajo
---	--	--

	(frecuencia, duración e intensidad)	de parto para disminuir infecciones maternas y neonatales. (105)
Control de casos	Durante la fase latente del trabajo de parto por inducción se logra aliviar el dolor mediante las estrategias no farmacológicas, refiriendo tres de dolor en escala EVA, además, la persona colabora en todas las intervenciones, lo que ayuda a lograr los objetivos planteados.	

Tabla 26. Plan de intervenciones 10.

Fuente: Elaborado por: Subdirección de Enfermería, Instituto Nacional de Perinatología, Secretaría de Salud, 2015.
Modificado por LE. Nahomy Lopez Pozos

Requisito de autocuidado universal	Requisito de autocuidado según la etapa de desarrollo		
Operaciones de Diagnóstico	Riesgo de hemorragia por atonía uterina R/C inducción con prostaglandinas y procedimiento quirúrgico.		
Objetivo	Vigilar y detectar oportunamente un sangrado mayor a 1000 mililitros		
Sistema de Enfermería	Parcialmente compensatorio	Método de ayuda	
Prescripción del cuidado	Tratamiento regulador	Fundamentación científica	
<ul style="list-style-type: none"> Control y vigilancia de signos vitales en la cirugía. 	<ul style="list-style-type: none"> Tomar signos vitales cada 15 minutos durante la cirugía, principalmente 	<ul style="list-style-type: none"> Se recomienda monitorizar de manera frecuente la temperatura corporal de la madre, presión arterial, ritmo cardiaco y frecuencia respiratoria, oximetría de pulso, llenado capilar e identificar alteraciones (109). El 	

<ul style="list-style-type: none"> • Administración de medicamentos oxitócicos. • Propiciar la contractilidad uterina. • Balance hídrico 	<p>tensión arterial y frecuencia cardiaca.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrar oxitocina 20 unidades cuando sale el hombro anterior del recién nacido. • Administración de medicamentos con los 15 correctos • Vigilar involución uterina por debajo de la cicatriz umbilical, los loquios y sus características (vino oscuro, sangrado menor a 1000 cc, sin olor maloliente) • Control de líquidos: ingresos y egresos 	<p>aumento de la frecuencia cardiaca (taquicardia) y la disminución de la tensión arterial, son en primer lugar los signos clínicos del choque hipovolémico, que es la pérdida grave de sangre. (110)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se recomienda administrar uterotónicos después de la salida del hombro anterior de la persona recién nacida para reducir el riesgo de hemorragia posparto. (105) • Valorar altura y firmeza del fondo uterino e identificar las características del sangrado transvaginal que son color, olor, cantidad (109). La ineffectividad de la contracción uterina producirá pérdida sanguínea que podría desencadenar un shock hipovolémico.(111) • El balance hídrico es el resultado de comparar el volumen y composición tanto de los líquidos recibidos como de las pérdidas, enmarcando una comparación en un tiempo determinado.
---	--	---

Control de casos	Durante la cesárea el sangrado fue de 400 cc lo que corresponde a un sangrado normal y en el puerperio de 50 cc, involución uterina por debajo de la cicatriz umbilical, lo que disminuye el riesgo de sangrado al tener adecuado tono.
-------------------------	---

Tabla 27. Plan de intervenciones 11.

Fuente: Elaborado por: Subdirección de Enfermería, Instituto Nacional de Perinatología, Secretaría de Salud, 2015.
Modificado por LE. Nahomy Lopez Pozos

Requisito de autocuidado universal	Requisito de autocuidado según la etapa de desarrollo		
Operaciones de Diagnóstico	Éxito de la lactancia materna M/P buen agarre, postura corporal de la madre y el bebé correcta, nueve puntos en escala de LATCH.		
Objetivo	Mantener el puntaje de nueve a 10 puntos en la escala LATCH		
Sistema de Enfermería	Apoyo educativo	Método de ayuda	
Prescripción del cuidado	Tratamiento regulador	Fundamentación científica	
<ul style="list-style-type: none"> • Explicar los beneficios e importancia de la lactancia materna. • Cuidados del pezón. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acompañamiento y asesoría de lactancia. • Lubricación del pezón: después de cada toma extraerse unas gotas de 	<ul style="list-style-type: none"> • Los programas de lactancia con seguimiento y el acompañamiento o apoyo por un profesional sanitario aumenta la confianza y capacidad para amamantar, además, disminuye los casos de abandono a la lactancia (112). • El pezón y la areola tienen protección especial dada por las glándulas de Montgomery que secretan un tipo de grasa con efecto bactericida y lubricante, además la 	

<ul style="list-style-type: none"> • Reforzar las técnicas para brindar lactancia materna, aprendidas en las clases de psicoprofilaxis obstétrica 	<p>leche y untarlo en todo el pezón para hidratarlo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Corregir postura: la madre debe tener las espaldas cómodas y relajadas, además dejar caer los pechos hacia enfrente y el bebé hacer una línea recta entre la oreja, hombro y cadera. 	<p>leche que queda al final de la toma también los protege por lo que no deben lavarse después de cada tetada (112).</p> <ul style="list-style-type: none"> • La postura de la madre y del bebé es la mejor prevención de las grietas. La posición de la madre debe estar cómoda y tener a la persona recién nacida lo más cerca posible (Se recomienda la regla “panza del bebé – panza de la mamá”); la persona recién nacida debe ser quien se acerque al pecho, se consigue mediante la estimulación, rozando con el pezón su labio inferior, así abrirá la boca, sus labios deben abarcar no solo el pezón sino también buena parte de la areola.(113) <p>Una buena postura para amamantar es la que facilita un agarre correcto de la persona recién nacida al seno materno y permite a la madre estar cómoda, relajada y tranquila. Es recomendable variar la posición para amamantar con la finalidad de comprimir distintos sitios de la areola y el pezón (113). Posiciones para amamantar (114):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Posición natural o biológica: La madre recostada y la persona recién nacida echa en decúbito ventral sobre de ella.
--	---	--

<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar estado emocional de la persona. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar el agarre correcto para prevenir grietas en el pezón. • Fomentar el apego para favorecer la involución uterina y el éxito de la lactancia materna. 	<ul style="list-style-type: none"> - Posición clásica: madre sentada y la persona recién nacida acunada. - Madre acostada. - Balón de Rugby o posición por debajo del brazo. - Posición de caballito. • El agarre es correcto cuando (112,114): <ul style="list-style-type: none"> - Su boca está bien abierta, los labios evertidos hacia afuera. - El mentón de la persona recién nacida toca el pecho, nariz cerca del seno. - Se ve más areola por arriba que por debajo de la boca. - Alineación de la persona recién nacida oreja – hombro – cadera. • La madre produce hormona oxitocina – prolactina que facilitan no solo la secreción de leche, sino que ayudan a producir el apego o vínculo (115). El apego durante la primera hora de vida contribuye a calmar a la persona recién (114) nacida y favorece el sentimiento maternal, base del apego. • Brindar apoyo emocional, fortalece su seguridad y confianza en sí misma (114). La lactancia materna se
---	---	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre signos de alarma de depresión posparto y la importancia de su red de apoyo. 	asocia a una disminución de la depresión posparto (112), sin embargo, si hay presencia de depresión posparto no se recomienda suspender la lactancia, ya que puede empeorar el estado anímico de la madre.(113)
Control de casos	La persona se encuentra en una agencia de autocuidado de vías de desarrollo debido a que la lactancia materna es un proceso de adaptación y aprendizaje, sin embargo, se logra establecerla, así como mantener una puntuación de 10 en la escala de LATCH.	

Tabla 28. Plan de intervenciones 12.

Fuente: Elaborado por: Subdirección de Enfermería, Instituto Nacional de Perinatología, Secretaría de Salud, 2015.
Modificado por LE. Nahomy Lopez Pozos

Requisito de autocuidado universal	Requisito de autocuidado según la etapa de desarrollo		
Operaciones de Diagnóstico	Proliferación de bacterias R/C ruptura de membranas con periodo de latencia prolongado más de 72 horas M/P fiebre de 38.1°C, 28 3/μL de leucocitos.		
Objetivo	Reducir los leucocitos a 18 3/μL y disminuir la temperatura corporal a 37.5°C.		
Sistema de Enfermería	Parcialmente compensatorio/ Apoyo educativo	Método de ayuda	Actuar por otra persona/ ayudar a otro

Prescripción del cuidado	Tratamiento regulador	Fundamentación científica
<ul style="list-style-type: none"> • Administración de antibióticos. • Control de temperatura corporal • Cuidados de la herida quirúrgica • Atender los cuidados del puerperio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cefotaxima un gramo IV cada ocho horas por siete días • Gentamicina 80 mg IV cada ocho horas por cinco días • Administración de medicamentos con los 15 correctos • Monitorización de la temperatura corporal cada 6 horas. • Mantener zona de herida quirúrgica limpia. • Vigilar signos de infección al momento de la curación. • Curación cada 24 horas. 	<ul style="list-style-type: none"> • La administración de antibióticos profilácticos previos a la incisión de la piel se asocia a una disminución de las infecciones del sitio quirúrgico en la operación de la cesárea. (109) • La fiebre puerperal se reconoce por fiebre posterior a las 24 horas posparto, con dos tomas de T° axilar >38°C separadas por 6 horas. (26). • Mantener el apósito durante 24 horas, y realizar curación diaria de la herida. Evaluar diariamente el sangrado, aumento del dolor y posibles signos inflamatorios o dehiscencia de la herida. (116) • En la ruptura prematura de membranas de larga evolución aumenta el riesgo del parto por cesárea y la infección posparto. (117)

<ul style="list-style-type: none"> • Valorar los estudios de laboratorio para identificar presencia de infección. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar las características de los loquios (olor, color, cantidad) • Interpretar los resultados de citometría hemática para dar el tratamiento correspondiente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Es importante considerar los aspectos clínicos y de laboratorio para el control de infecciones. La citometría hemática preferentemente cada 24 horas, por la presencia de leucocitosis. (118)
Control de casos	<p>La ministración de los medicamentos en el momento oportuno, la participación de la usuaria al expresar los signos de alarma como la fiebre, y la colaboración para las tomas de muestra, ayudaron al diagnóstico oportuno y la disminución de proliferación de bacteria, comprobado por disminución de la temperatura corporal a las 23:00 horas con 37.3°C y los resultados de laboratorio de la citometría hemática del día 24/04/2022 en donde los leucocitos tienen 18 3/μL, presentando una disminución de 10 3/μL en comparación con los resultados del día 22/04/023.</p>	

Tabla 29. Plan de intervenciones 13.

Fuente: Elaborado por: Subdirección de Enfermería, Instituto Nacional de Perinatología, Secretaría de Salud, 2015.
Modificado por LE. Nahomy Lopez Pozos

4.7 Plan de alta		
Fecha: 24/04/2023	Hora: 7:00	Servicio: Hospitalización
Diagnóstico médico	<ul style="list-style-type: none"> • Puerperio mediato quirúrgico post cesárea 	

		Plaquetas	241	150 – 450 10 ³ /μL	Normal
	Proteína C Reactiva (PCR)	Proteína C Reactiva	0.6	Hasta 1.0 mg/dL	Normal

Tabla 30. Laboratorios del día 24/04/2023.

Fuente: Elaboración propia.

Debido a que la persona presenta mejoría con el tratamiento antimicrobiano, se decide su egreso hospitalario en conjunto con el equipo de ginecología y obstetricia.

PLAN DE ALTA DE LA MADRE	
MANEJO Y TRATAMIENTO	ACTIVIDADES
FARMACOLÓGICO	Cefalexina 500 miligramos tabletas VO una cada ocho horas por siete días.
	Sulfato ferroso 200 miligramos tabletas VO una cada 24 horas por 30 días.
	Tramadol/ Paracetamol 325/37.5 miligramos tabletas VO una cada ocho horas por cinco días.
CUIDADOS GENERALES	Curación de herida quirúrgica diaria con agua y jabón, secar y cubrir con gasa seca.
	Acudir a urgencias en caso de dolor de cabeza, zumbido de oídos, visión borrosa, sangrado transvaginal abundante y/o fétido, mareo, fiebre, dolor epigástrico y/o hipocondrio derecho, datos de infección de herida quirúrgica.
	Continuar con la deambulación, evitar hacer actividades que impliquen mucho esfuerzo.
	Dieta normal, disminuir alimentos irritantes.
	Vigilancia del puerperio en su centro de salud a los siete días post cesárea.

CONSULTAS DE SEGUIMIENTO	Retiro de puntos en su centro de salud u Hospital de la mujer en 10 días.
	Fortalecer educación de lactancia materna exclusiva seis meses, cita a clínica de lactancia en 10 días.
PROMOCIÓN A LA SALUD	Educación sobre los signos de depresión posparto y la importancia de su red de apoyo.
	Educación sobre planificación familiar, asistir a su centro de salud u Hospital de la mujer para la colocación de implante subdérmico.

Tabla 31. Plan de alta de la madre
Fuente: Elaboración propia.

PLAN DE ALTA DEL RECIÉN NACIDO	
MANEJO	ACTIVIDADES
CUIDADOS GENERALES	Cordón umbilical, lavarlo con agua y jabón al momento del baño del bebé, y posteriormente mantenerlo seco.
	Fortalecer el apego piel con piel, contactos visuales y verbal con la persona recién nacida.
	Baño diario.
	Lactancia materna exclusiva como alimentación.

	Identificar signos de alarma y acudir al médico de manera inmediata (succión inadecuada, anuria (ausencia de la micción) y evacuación, presencia de fiebre, ictericia, cianosis, dificultad respiratoria, crisis convulsivas, distensión abdominal e hipotermia)
CONSULTAS DE SEGUIMIENTO	Realizar el tamiz entre el tres y cinco días después del nacimiento.
	Aplicación de las vacunas BCG y Hepatitis B. Al nacer o consultar en el centro de salud la disponibilidad.
	Consultar al pediatra a los siete, 14, 42 días de nacido.
PROMOCIÓN A LA SALUD	Educación sobre el sueño seguro.
	Educación sobre la seguridad en el carro.

Tabla 32. Plan de alta de la madre
Fuente: Elaboración propia

Capítulo V.

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones.

En este estudio de caso se cumple el objetivo principal que es brindar acompañamiento durante el embarazo de alto riesgo con ruptura prematura de membranas con manejo conservador, además se logra llegar a las 37.1 SDG considerando que la interrupción del embarazo es a una edad gestacional de término, sin presencia de corioamnionitis por lo que la persona recién nacida no presenta morbilidad, razón por la que permanece en alojamiento conjunto con su madre mientras cursa un puerperio inmediato.

La creación de planes de cuidados especializados y personalizados de manera respetuosa e intercultural, fundamentados con evidencia científica, fueron elaborados en base a las necesidades y alteraciones de la persona durante la evolución de su embarazo. Los sistemas de enfermería parcialmente compensatorio en conjunto con el sistema de apoyo educativo fortalecieron la agencia de autocuidado en vías de desarrollo para prolongar la interrupción del embarazo hasta el término de este y disminuir el riesgo de complicaciones.

Es importante que la persona y el agente de cuidado generen un entorno de confianza y seguridad para obtener resultados favorables al término del embarazo mediante la participación de la persona y el logro del autocuidado.

Recomendaciones:

Se recomienda el control y seguimiento del embarazo de bajo riesgo por profesionales de enfermería con especialidad en perinatal y en gestaciones de alto riesgo en conjunto con el equipo de ginecología y obstetricia.

Los enfermeros perinatales además de brindar cuidados especializados brindan atención esmerada, de calidad y humanizada, siendo la persona gestante la protagonista en el sistema de salud, además tienen como objetivo la inclusión del trinomio (madre- hijo-padre), también, el acompañamiento en el proceso de desarrollo del embarazo, brindando a la embarazada seguridad y confianza.

Es importante que en las consultas prenatales se haga la detección oportuna de infecciones vaginales y urinarias en los primeros meses de embarazo, así como la promoción de acudir a los servicios de salud de manera inmediata al presentar signos de alarma de enfermedades hipertensivas, pérdidas transvaginales y ausencia de los movimientos fetales. Por lo anterior, es importante el desarrollo de enfermería perinatal en el control prenatal para fortalecer el bienestar de la persona durante la etapa perinatal.

Fomentar la creación de planes de cuidado personalizados, incluyendo a la persona como un ser biopsicosocial, teniendo en cuenta que antes de llegar a la estancia hospitalaria tenía una vida aparentemente sana, evitando sistematizar las intervenciones.

El parto pretérmino sigue siendo un eje de investigación para los profesionales de salud, el cual debe continuar porque es un problema de salud pública, y las futuras investigaciones favorecerán para el abordaje oportuno y contribuir a la disminución de las estadísticas.

Referencias

1. Borja Torres RA, Mora Euvin KE, Ramírez López GL, Albán Estrada EC. Incidencia de la ruptura prematura de membrana en adolescentes embarazadas. RECIAMUC. 2019 Jan 30;3(1):328–52.
2. Fernández V, Vélez J, Cabezas M, Álvarez J. Complicaciones materno fetales y factores de riesgo en gestantes con ruptura prematura de membranas en un hospital de Guayaquil. Journal of American Health. 2022 Feb 14;5(1).
3. Velaña-Sinchiguano JE, Pico-Naranjo JX. Ruptura prematura de membranas en el embarazo. Polo del Conocimiento. 2018 Aug 1;3(8):655.
4. García L, Galeana E, Palacios G, Maciel C, Hernandez R, Lagunas F. Diagnostico y Tratamiento de la Ruptura Prematura de Membranas Pretérmino [Internet]. CENETEC. MÉXICO; 2018 [cited 2023 Sep 2]. Available from: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SEDENA-446-18/ER.pdf>
5. Lopez Garcia R. [Premature rupture of membranes and chorioamnionitis]. Rev Latinoam Perinatol. 1988;8(1):33–41.
6. Información Básica del Estado de Tabasco. Tabasco; 2021 May.
7. España Y, Baquedano V. Cuidados de enfermería basados en Dorotea Orem en ruptura prematura de membrana y oligoamnios. Revista científica de la Escuela Universitaria de las Ciencias de la Salud. 2019 Dec;6:40–8.
8. Aguiñiga K. Evaluación del manejo médico y desenlace neonatal en pacientes con embarazo de 24-36.6 semanas de gestación con ruptura prematura de membranas en el hospital materno infantil de Mexicali durante el periodo del 1ro de diciembre del 2019 al 01 de diciembre del 2020. [Mexicali, Baja California]: Universidad Autónoma de Baja California; 2022.
9. Gutiérrez Ramos M. Manejo actual de la rotura prematura de membranas en embarazos pretérmino. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2018 Sep 28;64(3):405–13.
10. Meléndez N, Barja J. Factores de riesgo asociados con la ruptura prematura de membranas pretérmino en pacientes de un hospital del Callao, Perú. Ginecol Obstet Mex. 2021 Aug 30;88(1).
11. Espitia FDLH. Síndrome de flujo vaginal (vaginitis / vaginosis): Actualización diagnóstica y terapéutica. Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal. 2021 Jul 19;10(2):42–55.
12. Schiavenato M, Chu F. PICO: What it is and what it is not. Nurse Educ Pract. 2021 Oct;56:103194.
13. González-Domínguez E, Barajas-Espinosa AR. PICO: Eje central de la Enfermería Basada en la Evidencia y su Relación con el Método Científico. Ciencia Huasteca Boletín Científico de la Escuela Superior de Huejutla. 2023 Jan 5;11(21):36–8.

14. Cañón M, Buitrago-Gómez Q. La pregunta de investigación en la práctica clínica: guía para formularla. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2018 Jul;47(3):193–200.
15. Brown D. A Review of the PubMed PICO Tool: Using Evidence-Based Practice in Health Education. *Health Promot Pract.* 2020 Jul 24;21(4):496–8.
16. Eriksen MB, Frandsen TF. The impact of patient, intervention, comparison, outcome (PICO) as a search strategy tool on literature search quality: a systematic review. *J Med Libr Assoc.* 2018 Oct;106(4):420–31.
17. Campos-Asensio C. Cómo elaborar una estrategia de búsqueda bibliográfica. *Enferm Intensiva.* 2018 Oct;29(4):182–6.
18. Pérez Águila R, Montes de Oca Montano JL, Home Martínez A. Indización biomédica: sus tesauros, bases de datos y representación del contenido temático de la bibliografía especializada. *Biblioteca Universitaria.* 2023 Aug 2;26(1).
19. DeCS/ MeSH [Internet]. 2006. Vaginosis Bacteriana .
20. DeCS/MeSH [Internet]. 2016. Embarazo.
21. DeCS/ MeSH [Internet]. 2005. Rotura Prematura de Membranas Fetales .
22. DeCS/ MeSH [Internet]. 2012. Trabajo de parto prematuro.
23. DeCS/ MeSH [Internet]. 2018. Autocuidado.
24. DeCS/MeSH [Internet]. 2014. Enfermería Basada en la Evidencia.
25. Hospital Clinic, Hospital Sant Joan de Déu, Universidad de Barcelona. Rotura prematura de membranas a término y pretérmino. Centro de Medicina fetal y neonatal de Barcelona. Barcelona; 2023.
26. Carvajal J. XIV Edición Manual de Obstetricia y Ginecología / 2023. Escuela de Medicina . Pontificia universidad católica de Chile; 2023. p. 217–26.
27. Telayneh AT, Ketema DB, Mengist B, Yismaw L, Bazezew Y, Birhanu MY, et al. Pre-labor rupture of membranes and associated factors among pregnant women admitted to the maternity ward, Northwest Ethiopia. *PLOS global public health.* 2023;3(3):e0001702.
28. Zhuang L, Li ZK, Zhu YF, Ju R, Hua SD, Yu CZ, et al. Latency period of PROM at term and the risk of neonatal infectious diseases. *Sci Rep.* 2022 Jul 18;12(1):12275.
29. Prelabor Rupture of Membranes. *Obstetrics & Gynecology.* 2020 Mar;135(3):e80–97.
30. Secretaría de Salud [Internet]. 2011. Lineamiento general para la elaboración de planes de cuidados de enfermería.
31. Miranda-Limachi KE, Rodríguez-Núñez Y, Cajachagua-Castro M. Proceso de Atención de Enfermería como instrumento del cuidado, significado para estudiantes de último curso. *Enfermería Universitaria.* 2019 Nov 5;16(4).

32. Elsevier Connect [Internet]. 2019. Proceso de Enfermería en cinco pasos: pensamiento crítico y valoración.
33. Martorell Librada. Proceso de atención de enfermería en el Instituto de Hematología e Inmunología . Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia. 2020 Feb 20;
34. Lineamientos técnicos para la aplicación del Proceso de atención de enfermería en el continuo del cuidado en las Redes integrales e integradas de salud. Ministerio de Salud. San Salvador; 2019. p. 12–3.
35. Licenciatura en Enfermería y Obstetricia. Nodo universitario, Universidad de Guanajuato . 2018. Unidad didáctica 4: Proceso enfermero. .
36. Facultad de Iztacala [Internet]. 2020. p. 1–32 El Proceso de Atención de Enfermería.
37. Naranjo Y. Modelos metaparadigmáticos de Dorothea Elizabeth Orem. Scielo. 2019 Nov 19;23(6).
38. Pujay P. Prácticas de autocuidado basado en el modelo de Dorothea Orem y el estado nutricional de los trabajadores de una empresa de transportes, Apurimac - 2023. [Callao, Perú]: Universidad Nacional de Callao; 2023.
39. Caiche C. Nivel de conocimiento sobre la atención a pacientes con VIH-SIDA por los estudiantes de enfermería Santa Elena, 2022-2023. [La libertad, Ecuador]: Universidad Estatal Península de Santa Elena; 2023.
40. Romero A, Sanmartin M, Aguilar M. Eclampsia - abordaje enfermero basada en la teoría de Dorothea Orem: a propósito de un caso. Polo del Conocimiento. 2023 Jan 4;8(1).
41. Machado F, Casanova M, Gonzalez W, Casanova D, Ramírez M. Historia de Dorothea Orem y sus aportes a las teorías de la enfermería. Centro Virtual de Convenciones de Salud2023. Pinar del Río, Cuba: I Jornada de Secciones Provincial Capitulo Ciego de Ávila; 2023. p. 1–8.
42. Orem D. Modelo de Orem. Cuarta edición. Barcelona, España.: Ediciones Científicas y Técnicas, S.S; 1993. 136–247 p.
43. Raile M, Marriner Ann. Modelos y teorías en enfermería. Séptima. Barcelona, España: ELSEVIER; 2011. 265–281 p.
44. Figueredo-Borda N, Ramírez-Pereira M, Nurczyk S, Diaz-Videla V. Modelos y teorías de enfermería: sustento para los cuidados paliativos. Enfermería: Cuidados Humanizados. 2019 Aug 17;8(2).
45. Abou Chacra L, Fenollar F, Diop K. Bacterial Vaginosis: What Do We Currently Know? Front Cell Infect Microbiol. 2021;11:672429.
46. Elkafas H, Walls M, Al-Hendy A, Ismail N. Gut and genital tract microbiomes: Dysbiosis and link to gynecological disorders. Front Cell Infect Microbiol. 2022;12:1059825.
47. Saraf VS, Sheikh SA, Ahmad A, Gillevet PM, Bokhari H, Javed S. Vaginal microbiome: normalcy vs dysbiosis. Arch Microbiol. 2021 Sep;203(7):3793–802.

48. Vazquez F, Fernández-Blázquez A, García B. Vaginosis. Microbiota vaginal. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2019 Nov;37(9):592–601.
49. Coudray MS, Madhivanan P. Bacterial vaginosis—A brief synopsis of the literature. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2020 Feb;245:143–8.
50. Vazquez F, Fernández-Blázquez A, García B. Vaginosis. Microbiota vaginal. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2019 Nov;37(9):592–601.
51. CENETEC. Prevención, abordaje y manejo de bacteriuria asintomática e infección de vías urinarias durante el embarazo. *Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones*. . México; 2021.
52. Guía de Practica Clinica. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del parto pretérmino [Internet]. CENETEC. Ciudad de Mexico ; 2017 [cited 2023 Jul 13]. Available from: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/063GER.pdf>
53. Orias Vásquez M. Ruptura prematura de membranas. *Revista Medica Sinergia*. 2020 Nov 22;5(11):e606.
54. Organización Mundial de la Salud. OMS. 2023 [cited 2023 Jul 13]. Nacimientos prematuros. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
55. Romero Juan, Álvarez Guadalupe, Cruz Irma, Muciño Yolitzma, Toledano Malinalli. 11. Ruptura prematura de membranas pretérmino. *Guía de práctica clínica. Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia*. 2017;
56. Susacasa Sandra, Frailuna María, Swistak Érica, Mondani María, Fabra Luisa, Martínez Marcela. Rotura prematura de membranas. *Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sardán* . 2019;165–79.
57. Fajardo W, Henriquez K. *Guía de manejo de ruptura prematura de membranas* . [San Salvador]: Universidad de el Salvador; 2020.
58. Cunningham G, Leveno K, Bloom S, Dashe J, Hoffman B, Casey B, et al. *Williams obstetricia*. 25°. MC Graw Hill Education, editor. Ciudad de Mexico : Booksmedicos.org; 2019.
59. Forestieri O, Uranga A. *Salud de la mujer. Enfoque interdisciplinario de su proceso de atención* [Internet]. Buenos Aires, Argentina: Universidad Nacional de la Plata (UNPL); 2022 [cited 2023 Nov 22]. 1689–1719 p. Available from: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/148052>
60. Carbajal M, Solange J. Caso clínico: rotura prematura de membranas. *Universidad Católica de Santa María* . Arequipa, Perú; 2019.
61. Bonneau S, Raimond E, Gabriel R. Hidramnios y oligoamnios (en los embarazos únicos). *EMC - Ginecología-Obstetricia*. 2023 Feb;59(1):1–11.
62. Hatem O, Villalba P. Características y factores de riesgo en la ruptura prematura de membranas en embarazo. *International Journal of Good Conscience* . 2020 Sep;15(2):1–12.

63. Siguenza B, Carabajo J, Vázquez M. Administración correcta de medicamentos . Ministerio de salud pública. Cuenca, Ecuador: República del Ecuador; 2022.
64. Víquez Víquez M, Chacón González C, Rivera Fumero S. Infecciones del tracto urinario en mujeres embarazadas. *Revista Medica Sinergia*. 2020 May 1;5(5):e482.
65. Sellanes M, Silveira V. Conocimientos sobre los hábitos higiénicos de la vulva en adolescentes del liceo N°26 Liber Falco. [Montevideo, Uruguay]: Universidad de la República Uruguay; 2022.
66. Carrasco A, Valladolid S. Hábitos de higiene en gestantes con síndrome de flujo vaginal que asisten al Centro de Salud de Corrales, 2020. [Tumbes, Perú]: Universidad Nacional de Tumbes; 2020.
67. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Control prenatal del embarazo normal. *Revista Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*. 2018;61(5):510–27.
68. Rodríguez M, Miranda O, Reséndiz A. Tratamiento de la ruptura prematura de membranas pretérmino (24-33.6 semanas): evidencia científica reciente. *Ginecol Obstet Mex*. 2018 May;86(5).
69. Rojas Pérez L, Cruz B, Rojas Cruz L, Rojas A, Rojas A, Villagómez M. Maduración pulmonar fetal nuevas evidencias. *La ciencia al servicio de la salud y la nutrición*. 2023 Apr 20;14(1):35–45.
70. Ovalle A, Figueroa J. Beneficios de los antibióticos en la rotura prematura de membranas de pretérmino y factores que intervienen en la eficacia del tratamiento. *Revisión narrativa. Rev Chil Obstet Ginecol*. 2021 Dec 30;86(5).
71. Lacarriere D, Ruiz Y, Vázquez M. Atención y cuidados multidisciplinarios en el embarazo. *Guía de práctica clínica: evidencias y recomendaciones*. México: CENETEC; 2022.
72. Méndez L, Rodríguez M. *Manual de procedimientos del servicio de labor*. Universidad Autónoma de Tlaxcala. Tlaxcala: Facultad de Ciencias de la Salud; 2018.
73. Silverio S. Valor predictivo del monitoreo materno electrónico fetal en el diagnóstico distocia funicular en gestantes del hospital regional de Pucallpa del periodo de enero a junio del 2018 . [Huánuco, Perú]: Universidad de Huanuco; 2020.
74. Sarmiento LC, Gutiérrez LA, Sandoval DK. Parámetros del líquido amniótico para diagnóstico de respuesta inflamatoria en parto pretérmino. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2022 Jul 12;87(3).
75. Verdy C, Matute E, Vásquez N, Andrade E. Corioamnionitis, definición, métodos de diagnóstico y repercusión clínica . *Journal of American Health*. 2020 Jul 2;3(2).
76. Bañuelos Angel, Guzman Alejandro, Rios Rogelio, Resendiz Faustino, Bautista Benjamin, Gonzalez David, et al. Instituto Mexicano del Seguro Social. 2017. *Control Prenatal con Atención Centrada en la Paciente* .

77. Wojciechowicz-Budzisz A, Pejcz E, Spychaj R, Harasym J. Mixed Psyllium Fiber Improves the Quality, Nutritional Value, Polyphenols and Antioxidant Activity of Rye Bread. *Foods*. 2023 Sep 22;12(19):3534.
78. Albuquerque GPM de, Faleiros F, França ISX de, Carneiro TTA, Lima MAM de, Coura AS. Cuidados de enfermería en programas de reeducación intestinal para pacientes con intestino neurogénico. *Cogitare Enfermagem*. 2023;28.
79. Picón-Jaimes YA, Orozco-Chinome JE, Molina-Franky J, Franky-Rojas MP. Control central de la temperatura corporal y sus alteraciones: fiebre, hipertermia e hipotermia. *MedUNAB*. 2020 Mar 31;23(1):118–30.
80. Torres S, Bolaños JA, López MA. Intervenciones de enfermería en el mantenimiento de normotermia perioperatoria: Revisión Sistemática. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*. 2023 Jul 6;4(2).
81. enfermeriacelayane. Universidad de Guanajuato. 2018 [cited 2023 Sep 4]. Unidad didáctica 5: Cuidados de enfermería a personas con problemas de termoregulación. Available from: <https://blogs.ugto.mx/enfermeriaenlinea/unidad-didactica-5-cuidados-de-enfermeria-a-personas-con-problemas-de-termoregulacion/>
82. Consejo de Salubridad General. Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente [Internet]. Secretaria de Salud. Ciudad de Mexico: Dirección General de Calidad y Educación en Salud; 2023 [cited 2023 Sep 4]. Available from: http://csg.gob.mx/descargas/pdf/certificacion-establecimientos/modelo_de_seguridad/acciones_ModeloCSG/AESPCSG-DGCES16junio2023.pdf
83. Guerrero D, Guerrero D, Escobar O, Herrera J. La relación médico-paciente en la actualidad. Una revisión. *Polo del conocimiento*. 2022 Apr;7(4):1038–56.
84. Condori Salluco NF, Choque Rojas LA. Humanización de los profesionales de la salud como un desafío para la salud pública. *Revista Científica Ciencia Médica*. 2023 Mar 9;25(2):94–5.
85. Ortega J, Sánchez D, Rodríguez Ó, Ortega J. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Scielo* [Internet]. 2018 Sep [cited 2023 Sep 4];16(3). Available from: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226
86. Soto P, Masalan P, Barrios S. La educación en salud, un elemento central del cuidado de enfermería. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2018 May;29(3):288–300.
87. Oliveira Friestino JK, Luchini Junior D, Lange Biesek L, Marcon G, Fonsêca GS. Comunicación y salud mental: características relacionadas con la empatía en médicas y médicos del primer nivel de atención en Chapecó, Santa Catarina, Brasil. *Salud Colect*. 2020 Dec 20;16:e3034.
88. Devia S, Ordóñez Andrea. Volición en gestantes hospitalizadas en alto riesgo obstétrico frente a la estimulación prenatal. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*. 2022 Dec;21(2):117–24.

89. Guerra F, Tárraga M, Madrona F, Romero M, Tárraga P. Uso de técnicas alternativas o de relajación como terapia al dolor crónico. *Scielo*. 2023 Jan 23;6(10).
90. Castro M, Allar A, Riquelme C, Lobos M, González E, Herrera G. Manejo de la ansiedad y estrés: cómo sobrellevarlos a través de diferentes técnicas. *Revista Confluencia*. 2021;4(1):110–5.
91. Mora Ana, Hernandez Marcelino. Embarazo en la adolescencia. *Ginecol Obstet Mex*. 2015 May;83.
92. Santiago L, Ibarra P, Rendón M, Treviño P, Islas D, Porras G, et al. Depresión posparto: prevalencia y factores de riesgo asociados en una muestra de población mexicana. *Ginecol Obstet Mex*. 2023 Feb;91(4):227–40.
93. Silva MM de J, Serrano TB de M, Porcel G da S, Monteiro BB, Clapis MJ. Riesgo de depresión durante el embarazo en la atención prenatal de riesgo habitual. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2023 Dec;31.
94. Merino Milagros, Ruiz Ainhoa, Madrid Juan, Martínez María, Puertas Francisco, Asencio Amaury, et al. Sueño saludable: evidencias y guías de actuación. Documento oficial de la Sociedad Española de Sueño. *Rev Neurol*. 2016 Oct;63.
95. Cruz-Rivera G, Castillo-Martínez G, Hernández-Carranco RG, Reséndiz-González E, Rangel-Torres MDS, Gutiérrez-Gómez T. Calidad y cantidad de sueño en pacientes hospitalizados. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. 2023 Feb 23;7(1):5566–82.
96. Martínez A, Karchmer S. Psicoprofilaxis obstétrica. La realidad actual. *Scielo*. 2022 Apr 4;19.
97. Pergialiotis V, Panagiotopoulos M, Constantinou T, Vogiatzi Vokotopoulou L, Koumenis A, Stavros S, et al. Efficacy and safety of oral and sublingual versus vaginal misoprostol for induction of labour: a systematic review and meta-analysis. *Arch Gynecol Obstet*. 2022 Dec 6;308(3):727–75.
98. Consenso de Obstetricia. Inducción al trabajo de parto. Federación Argentina de Sociedad de Ginecología y Obstetricia. Argentina; 2019.
99. Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones de la OMS: Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positivo. Washington, D.C.; 2019.
100. Fuenmayor D, Chávez M. Inductoconducción fallida en trabajo de parto a término. Hospital Carlos Andrade Marín 2020. . [Riobamba, Ecuador]: Universidad Nacional de Chimborazo; 2021.
101. Rosen H, Yogev Y. Assessment of uterine contractions in labor and delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2023 May;228(5):S1209–21.
102. Bohren MA, Hazfiarini A, Vazquez Corona M, Colomar M, De Mucio B, Tunçalp Ö, et al. From global recommendations to (in)action: A scoping review of the coverage of companion of choice for women during labour and birth. *PLOS Global Public Health*. 2023 Feb 1;3(2):e0001476.

103. Jaimes Valencia ML, Pereira Moreno D, Pedraza Acosta AJ, Carvajal Cárdenas KX, Mejía Rondón FJ, Aparicio Díaz LA, et al. Manejo no farmacológico del dolor en la atención del parto: experiencia desde las prácticas formativas. *Revista Cuidarte*. 2019 Sep 13;10(3).
104. Montero A. Métodos no farmacológicos como medida efectiva en el control del dolor en el parto eutócico: revisión narrativa. [Madrid, España]: Universidad Autónoma de Madrid; 2023.
105. Jaime G, Martínez L, Ortíz I, Moncada A, Yt M. Vigilancia y atención amigable en el trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. CENETEC. México; 2019.
106. Palet-Rodríguez M, Torrubia-Pérez E. Utilidad de las terapias complementarias en el manejo de dolor durante el parto: una revisión integradora. *Enfermería Global*. 2023 Apr 1;22(2):465–96.
107. Correa M, Salgado K, Moreno J. Efectividad de los métodos no farmacológicos en el manejo del dolor en el trabajo de parto. Vol. 9, Universidad de Terapacá. Arica, Chile: *J. health med. sci.*; 2023. p. 65–70.
108. Vico P, Ruiz E, Iglesias J. Hidratación durante el trabajo de parto. *Parainfo digital monográficos de investigación en salud*. 2018 Nov 8;XII(28).
109. López N, Posadas A, Pérez Ángel, De la Torre T, Ávila L, Matínez R, et al. Prevención y manejo de la hemorragia postparto. CENETEC [Internet]. 2021 [cited 2023 Sep 5]; Available from: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-103-21/ER.pdf>
110. Contreras M, Carmona A, Montelongo F. Índice de choque como marcador inicial de choque hipovolémico en hemorragia obstétrica de primer trimestre. *Medicina crítica (Colegio Mexicano de Medicina Crítica)*. 2021 Feb 15;33(2).
111. Castiblanco Montañez RA, Coronado Veloza CM, Morales Ballesteros LV, Polo González TV, Saavedra Leyva AJ. Hemorragia postparto: intervenciones y tratamiento del profesional de enfermería para prevenir shock hipovolémico. *Revista Cuidarte*. 2022 Mar 15;13(1).
112. Morales López S, Colmenares Castaño M, Cruz Licea V, Iñarritu Pérez M del C, Maya Rincón N, Vega Rodríguez A, et al. Recordemos lo importante que es la lactancia materna. *Revista de la Facultad de Medicina*. 2022 Mar 10;65(2):9–25.
113. Consejería de Salud del Gobierno de la Rioja. Guía de lactancia materna para profesionales de la salud [Internet]. Servicio de Promoción de la Salud de la Dirección General de Salud Pública y Consumo. 2010 [cited 2023 Sep 6]. Available from: https://www.aeped.es/sites/default/files/8-guia_prof_la_rioja.pdf
114. Ministerio de Salud. Guía técnica para la consejería en lactancia materna. Tercera. Lima, Perú; 2019.
115. Provincia de Neuquén. Lactancia materna y banco de leche humana Neuquén [Internet]. Ministerio de Salud de la Provincia de Neuquén. Neuquén, Argentina; 2021 [cited 2023 Sep 6]. Available from: <https://www.saludneuquen.gob.ar/wp-content/uploads/2023/02/Anexo-Lactancia-Humana-BHL.pdf>

116. Hospital Sant Joan de Déu. Medicina Materno Fetal. Barcelona, España: Clínic Barcelona; [cited 2023 Sep 5]. Protocolo: Cesárea. Available from: <https://portal.medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/cesarea.pdf>
117. Reynaga A. Factores de riesgo materno en gestantes con ruptura prematura de membranas del servicio gineco obstetricia del hospital de andahuaylas 2016. [Huancavelica, Perú]: Universidad Nacional de Huancavelica; 2018.
118. Linares L. Comparación diagnóstica entre corioamnionitis versus corioamnionitis subclínica en pacientes obstétricas que verificaron parto en el hospital nacional san juan de dios santa ana en el período de enero a diciembre del 2018. [Santa Ana, El Salvador]: Universidad de el Salvador; 2019.
119. Clínica de atención primaria I. Especuloscopia, toma de PAP y tacto vaginal. Facultad de medicina. Chile: universidad de chile ; 2021.
120. Téliz M, Achar N, Romero R, Adame B, Conde B, Mora J. Prevención, diagnóstico, tratamiento y referencia de la paciente con amenaza de aborto en el primer y segundo nivel de atención. Catálogo maestro de guías de práctica clínica. Ciudad de México: CENETEC; 2020.
121. Grupo de salud mental de la FCM. Prevalencia de depresión, ansiedad y consumo de alcohol y factores relacionados en mujeres $\geq 18 - 49$ años en las áreas de influencia de los médicos en servicio social, año 2019-2020. Tegucigalpa, Honduras; 2020.
122. Leeman L. Soporte vital avanzado en obstetricia. 2017th ed. ALSO Advanced Life Support in Obstetrics; 2017.

Anexos

1.- Técnica para realizar la especuloscopia

La especuloscopia es una técnica que se realiza mediante la introducción de espéculo bivalvo y se visualiza vagina y cérvix, así como se lleva a cabo para la extracción de muestras. (119,120)

Equipo:

- Camilla (no necesariamente ginecológica)
- Fuente de luz
- Especulo
- Guantes

Técnica:

- Lavado de manos
- Presentarse con la paciente y explicar el procedimiento a realizar.

- Preparación del material
- Indicar a la paciente que se acueste en posición ginecológica
- Lavarse las manos y calzarse los guantes.
- Tomar el especulo vaginal e introducirlo suavemente, no se debe insistir si la musculatura vaginal opone resistencia, en caso de ocurrir tranquilizar a la usuaria y volver a intentar.
- La punta del instrumento se acerca al vestíbulo de la vulva en una posición oblicua.
- Con el dedo índice y medio de la otra mano se separan los labios menores ejerciendo presión hacia los lados y hacia atrás.
- Se introduce el especulo ejerciendo presión sobre la pared posterior y en el interior de la vagina se gira de la posición oblicua inicial al plano horizontal. (Se debe tener cuidado de no pellizcar los labios menores ni traccionar vellos).
- El instrumento debe seguir la inclinación hacia el lado dorsal de la vagina.
- Al llegar al fondo, se abren las hojas del especulo. Éste se debe ubicar de tal modo que el cuello uterino quede claramente a la vista. A veces, es necesario retirarlo un poco para luego reintroducirlo o cambiar su inclinación.
- Una vez que el cérvix está a la vista, se deja fija la apertura del instrumento. Teniendo una buena iluminación, se observan las características de las estructuras que están a la vista, se inspecciona si hay secreciones y se toman las muestras que correspondan.
- Posteriormente se retira, cerrando las hojas del especulo, y se gira a posición vertical traccionando hasta que esté completamente a fuera.

2.- Escala de Bristol de Heces

La escala de Bristol es una herramienta útil para poder medir objetivamente el patrón de heces y así poder determinar si predomina más la diarrea o el estreñimiento.



Figura 1. Escala de Bristol.

Fuente: Zeledón Corrales N, Serrano Suárez JA, Fernández Agudelo S. Síndrome intestino irritable. Revista Médica Sinergia. 2021 Feb 1;6(2):e645.

3.- Cuestionario de índice de calidad de sueño de Pittsburgh

Instrucción: Las siguientes preguntas hacen referencia a la manera en que ha dormido durante el último mes. Intente responder de la manera más exacta posible lo ocurrido durante la mayor parte de los días y noches del último mes. Por favor conteste todas las preguntas.

1. Durante el último mes, ¿cuál ha sido, usualmente, su hora de acostarse?

2. Durante el último mes, ¿cuánto tiempo ha tardado en dormirse en las noches del último mes?

- a) ≤ 15 min.
- b) Entre 16-30 min.
- c) Entre 31-60 min.
- d) Más de 60 min.

3. Durante el último mes, ¿a qué hora se ha estado levantando por la mañana?

4. ¿Cuántas horas calcula que habrá dormido verdaderamente cada noche durante el último mes?

(el tiempo puede ser diferente al que permanezca en la cama) (Apunte las horas que cree haber dormido).

Para cada una de las siguientes preguntas, elija la respuesta que más se ajuste a su caso. Por favor, conteste todas las preguntas.

5. Durante el último mes, ¿cuántas veces ha tenido problemas para dormir a causa de: (marque con una "X")

a) No poder conciliar el sueño en la primera media hora:

- Ninguna vez en el último mes.
- Menos de una vez a la semana.
- Una o dos veces a la semana.
- Tres o más veces a la semana.

b) Despertarse durante la noche o de madrugada:

- Ninguna vez en el último mes.
- Menos de una vez a la semana.
- Una o dos veces a la semana.
- Tres o más veces a la semana.

c) Tener que levantarse para ir al sanitario:

- Ninguna vez en el último mes.
- Menos de una vez a la semana.
- Una o dos veces a la semana.
- Tres o más veces a la semana.

d) No poder respirar bien:

- Ninguna vez en el último mes.
- Menos de una vez a la semana.
- Una o dos veces a la semana.
- Tres o más veces a la semana.

e) Toser o roncar ruidosamente:

- Ninguna vez en el último mes.
- Menos de una vez a la semana.
- Una o dos veces a la semana.
- Tres o más veces a la semana.

f) Sentir frío:

- Ninguna vez en el último mes.
- Menos de una vez a la semana.
- Una o dos veces a la semana.
- Tres o más veces a la semana.

g) Sentir demasiado calor:

- Ninguna vez en el último mes.
- Menos de una vez a la semana.
- Una o dos veces a la semana.
- Tres o más veces a la semana.

h) Tener pesadillas o “malos sueños”:

- Ninguna vez en el último mes.
- Menos de una vez a la semana.
- Una o dos veces a la semana.
- Tres o más veces a la semana.

i) Sufrir dolores:

- Ninguna vez en el último mes.
- Menos de una vez a la semana.
- Una o dos veces a la semana.
- Tres o más veces a la semana.

j) Otras razones (por favor descríbalas a continuación):

- Ninguna vez en el último mes.
- Menos de una vez a la semana.
- Una o dos veces a la semana.
- Tres o más veces a la semana.

6. Durante el último mes ¿cómo valoraría, en conjunto, la calidad de su dormir?

- Bastante Buena.
- Buena.
- Mala.
- Bastante mala.

7. Durante el último mes, ¿cuántas veces habrá tomado medicinas (por su cuenta o recetadas por el médico) para dormir?

- () Ninguna vez en el último mes.
- () Menos de una vez a la semana.
- () Una o dos veces a la semana.
- () Tres o más veces a la semana.

8. Durante el último mes, ¿cuántas veces ha sentido somnolencia mientras conducía, comía o desarrollaba alguna otra actividad?

- () Ninguna vez en el último mes.
- () Menos de una vez a la semana.
- () Una o dos veces a la semana.
- () Tres o más veces a la semana.

9. Durante el último mes, ¿ha representado para usted mucho problema el “tener ánimos” para realizar alguna de las actividades detalladas en la pregunta anterior?

- () Ningún problema.
- () Un problema muy ligero.
- () Algo de problema.
- () Un gran problema.

Instrucciones para calificar el índice de calidad de sueño de Pittsburgh

Componente uno: calidad de sueño subjetiva:

Examine la pregunta seis, y asigne el valor correspondiente.

RESPUESTA VALOR

Bastante buena	0
Buena	1
Mala	2
Bastante mala	3

Calificación del componente uno: _____

Componente dos: latencia de sueño:

1. Examine la pregunta dos, y asigne el valor correspondiente.

RESPUESTA	VALOR
≤15 minutos	0
16-30 minutos	1
31-60 minutos	2
>60 minutos	3

2. Examine la pregunta cinco, y asigne el valor correspondiente.

RESPUESTA	VALOR
Ninguna vez en el último mes	0
Menos de una vez a la semana	1
Una o dos veces a la semana	2
Tres o más veces a la semana	3

3. Sume los valores de las preguntas dos y cinco.

4. Al valor obtenido asigne el valor correspondiente.

SUMA DE 2 Y 5A	VALOR
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

Calificación del componente dos: _____

Componente tres: duración del dormir:

Examine la pregunta cuatro y asigne el valor correspondiente.

RESPUESTA	VALOR
>7 horas	0
6-7 horas	1
5-6 horas	2
<5 horas	3

Calificación del componente tres: _____

Componente cuatro: eficiencia de sueño habitual.

1. Calcule el número de horas que se pasó en la cama, en base a las respuestas de las preguntas tres (hora de levantarse) y pregunta uno (hora de acostarse).

2. Calcule la eficiencia de sueño (ES) con la siguiente fórmula:

$[\text{Núm. horas de sueño (pregunta cuatro)} \div \text{Núm. horas pasadas en la cama}] \times 100 = \text{ES} (\%)$.

3. A la ES obtenida asigne el valor correspondiente.

RESPUESTA	VALOR
>85%	0
75-84%	1
65-74%	2
<65%	3

Calificación del componente cuatro: _____

Componente cinco: alteraciones del sueño:

1. Examine las preguntas 5b a 5j y asigne a cada una el valor correspondiente.

RESPUESTA	VALOR
Ninguna vez en el último mes	0
Menos de una vez a la semana	1
Una o dos veces a la semana	2
Tres o más veces a la semana	3

2. Sume las calificaciones de las preguntas 5b a 5j.

3. A la suma total, asigne el valor correspondiente.

SUMA DE 5B A 5J	VALOR
0	0
1-9	1
10-18	2
19-27	3

Calificación del componente 5: _____

Componente seis: uso de medicamentos para dormir.

Examine la pregunta siete y asigne el valor correspondiente.

RESPUESTA	VALOR
Ninguna vez en el último mes	0
Menos de una vez a la semana	1
Una o dos veces a la semana	2
Tres o más veces a la semana	3

Calificación del componente seis: _____

Componente siete: disfunción diurna

1. Examine la pregunta ocho y asigne el valor correspondiente.

RESPUESTA	VALOR
-----------	-------

Ninguna vez en el último mes	0
Menos de una vez a la semana	1
Una o dos veces a la semana	2
Tres o más veces a la semana	3

2. Examine la pregunta nueve y asigne el valor correspondiente.

RESPUESTA	VALOR
Ningún problema	0
Problema muy ligero	1
Algo de problema	2
Un gran problema	3

3. Sume los valores de la pregunta ocho y nueve.

4. A la suma total, asigne el valor correspondiente.

SUMA DE 8 Y 9	VALOR
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

Calificación del componente siete: _____

Calificación global del icsp:

(Sume las calificaciones de los siete componentes)

Calificación global: _____

Interpretación:

- Menor de cinco: Sin problema de sueño
- Entre cinco y siete: merece atención médica
- Entre ocho y 14: merece atención y tratamiento médicos
- Mayor o igual a 15: problema grave de sueño

4.- Escala de Hamilton para la Ansiedad (121)

Síntomas de los estados de ansiedad	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave Incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso	0	1	2	3	4

Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad					
2. Tensión Sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud	0	1	2	3	4
3. Temores A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes	0	1	2	3	4
4. Insomnio Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar	0	1	2	3	4
5. Intelectual (Cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día	0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, convulsiones clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofoco y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, laridos vasculares, sensación de desmayo.	0	1	2	3	4

10. Síntomas respiratorios Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales Dificultad para tragar como a veces, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago, lleno, vómitos, acuosos, nauseas, vómitos, sensación de estómago, vacío, digestión, lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinario Micción frecuente, micción, urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la rigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección impotencia	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos Boca seca, robot, palidez, vértigos, cefalea de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general) Tenso/a, no relajado/a, Agitación nerviosa: Manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud: pasarse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial Comportamiento (fisiológico) Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 lpm sacudidas enérgica de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados	0	1	2	3	4

Tabla 33. Escala de Hamilton para la Ansiedad

Fuente: Grupo de salud mental de la FCM. Prevalencia de depresión, ansiedad y consumo de alcohol y factores relacionados en mujeres $\geq 18 - 49$ años en las áreas de influencia de los médicos en servicio social, año 2019-2020. Tegucigalpa, Honduras; 2020.

Interpretación:

- < 17 ansiedad leve
- 18 – 24 ansiedad moderada
- 25 – 30 ansiedad severa
- 31 – 56 ansiedad muy severa

5.- Escala Depresión de Edimburgo para Embarazo y Posparto

Como usted está embarazada, me gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor subraye la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos siete días.

1.- He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas.

- a) Tanto como siempre
- b) No tanto ahora
- c) Mucho menos ahora
- d) No, nada

2.- He disfrutado mirar hacia delante

- a) Tanto como siempre
- b) Menos que antes
- c) Muchos menos que antes
- d) Casi nada

3.- Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mi misma innecesariamente

- a) No, nunca
- b) No, con mucha frecuencia
- c) Sí, a veces
- d) Sí, la mayor parte del tiempo

4.- He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo

- a) No, nunca
- b) Casi nunca
- c) Sí, a veces
- d) Sí, con mucha frecuencia

5.- He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo

- a) No, nunca
- b) No, no mucho
- c) Sí, a veces
- d) Sí, bastante

6.- Las cosas me han estado abrumando

- a) No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre
- b) No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien
- c) Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre
- d) Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto

7.- Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir

- a) No, nunca
- b) No, con mucha frecuencia
- c) Sí, a veces
- d) Sí, la mayor parte del tiempo

8.- Me he sentido triste o desgraciada

- a) No, nunca
- b) No, con mucha frecuencia
- c) Sí, a veces
- d) Sí, la mayor parte del tiempo

9.- Me he sentido tan desdichada que he estado llorando

- a) No, nunca
- b) Sólo ocasionalmente
- c) Si, bastante a menudo
- d) Sí, la mayor parte del tiempo

10.- Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) A veces
- d) Sí, bastante a menudo

A las respuestas se les otorga un puntaje de 0, 1, 2 y 3 de acuerdo a la letra marcada:

- a) = 0 puntos
- b) = 1 punto
- c) = 2 puntos
- d) = 3 puntos

El puntaje total se calcula sumando los puntajes para cada uno de los 10 ítems.

Interpretación Escala Depresión de Edimburgo para Embarazo y Posparto

Durante el embarazo una puntuación de 13 o más puntos indica sospecha de depresión.

En el posparto una puntuación de 10 o más puntos indica sospecha de depresión posparto.

Nota: Cualquier puntaje distinto de cero en la pregunta N° 10 requiere de evaluación adicional dentro de 24 horas

6.- PREVIGEN II.

I. DATOS GENERALES			
01. Edad (años)	● 20 a 30	● 15 a 19	● 14 y menos
02. Edad (años)		● 31 a 35	● 36 y más
03. Peso al inicio (kg)	● 51 a 64	● 65 a 75	● 76 y más
04. Peso al inicio (kg)		● 41 a 50	● 40 y menos
05. Estatura cms.	● 1.50 y más	● 1.45-1.49	● 1.44 y menos
06. Nivel Socioeconómico	● Alto y medio	● Bajo	● Muy bajo
07. Estado civil	● Casada	● Soltera	● Sin cónyuge
08. Estado civil	● Unión libre	● Viuda	
09. Actitud	● Adecuada	● Inadecuada	● Muy alterada
II. ANTECEDENTES			
10. Paridad	● 1 a 3	● 4 a 6	
11. Paridad		● Nullípara	
12. Parto anterior	● Normal	● Difícil	● Traumático
13. Abortos consecutivos	● No	● 2 y más	
14. Cesáreas previas	● No	● Una	● 2 y más
15. Parto Pretérmino	● No	● Uno	● 2 y más
16. Preeclampsia-eclampsia	● No	● Sí	
17. Hijos de 250 g. y menos	● No	● Uno	● 2 y más
18. Hijos de 4000 g. y más	● No		● Sí
19. Muertes Perinatales	● No	● Uno	● 2 y más
20. Hijo malformado	● No		● Sí
21. Cirugía previa pélvica	● No	● Ginecológica	● Útero
III EMBARAZO ACTUAL			
22. Consanguinidad	● No		● Sí
23. Factor Rh.	● Positivo	● Negativo	● Negativo
		● No inmunizada	● Inmunizada
24. Hemoglobina en g.	● 11 y más	● 8 a 10.9	● Menos de 8
25. Tabaquismo	● No	● Sí	
26. Alcoholismo	● No	● Sí	
27. Toxicomanías	● No	● Sí	
28. Amenaza de aborto (menos de 22 semanas)	● No	● Controlada	● Activa
29. Amenaza de parto pretérmino (23 a 36 semanas)	● No	● Controlada	● Activa
30. Hemorragia Ginecológica	● No	● Controlada	● Activa
31. Cardiopatía	● No	● Controlada	● Activa
32. Nefropatía	● No	● Controlada	● Activa
33. Diabetes	● No	● Controlada	● Activa
34. Hipertensión crónica	● No	● Controlada	● Activa
35. Hipertensión del embarazo	● No	● Controlada	● Activa
36. Ruptura de membranas	● No	● 12 hs. y menos	● 13 hs. y más
37. Otros especifique:		●	●
	● Riesgo Bajo	● Riesgo Medio	● Riesgo Alto

**EVALUACIÓN INICIAL DE RIESGO PERINATAL
EN LA PRIMERA CONSULTA DE EMBARAZO**

PREVI  II

Figura 2. PREVIGEN II.

Fuente: CIMI-Gen. Sistema para detección, evaluación y registro de riesgo perinatal. Asociación hispano mexicana, I.A.P. Ciudad de México.

7.- Nomenclatura del Dr. C. BRAVADO para la interpretación de los trazos de la FCF. (122)

Dr = Determinar el riesgo

C = Contracciones

Bra = Línea base

V = Variabilidad

A = Aceleraciones

D = Desaceleraciones

O = Interpretación

8.- Sistema de clasificación de la FCF según el Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano (NICHD, por sus siglas en inglés). (122)

Categoría I: Indica mediciones normales altamente predictivas de estado ácido - base normal del feto en el momento de la observación deben incluir todas las características siguientes:

- Línea de base de 110 a 160 lpm
- Variabilidad moderada de la línea de base
- Ausencia de desaceleraciones tardías o variables
- Ausencia o presencia de desaceleraciones tempranas
- Ausencia o presencia de aceleraciones (espontáneas o provocadas)

Categoría II: los trazos de categoría II son indeterminados, no son predictivos del estado ácido - base y no pueden ser clasificados en la categoría I ni en la categoría II. Estos trazos requieren una inmediata evaluación e implementación de intervenciones para abordar los trazos.

Categoría III: estos trazos son predictivos del estado ácido - base fetal anormal en el momento en el que son observados, requieren una inmediata evaluación e intervenciones oportunas para hacer frente a este patrón. Los trazos de esta categoría incluyen:

- Patrón sinusoidal
- Variabilidad ausente de FCF con cualquiera de los siguientes casos:
 - desaceleraciones tardías recurrentes
 - desaceleraciones variables recurrentes
 - Bradicardia

9.- Trazo I de prueba sin estrés de bienestar fetal

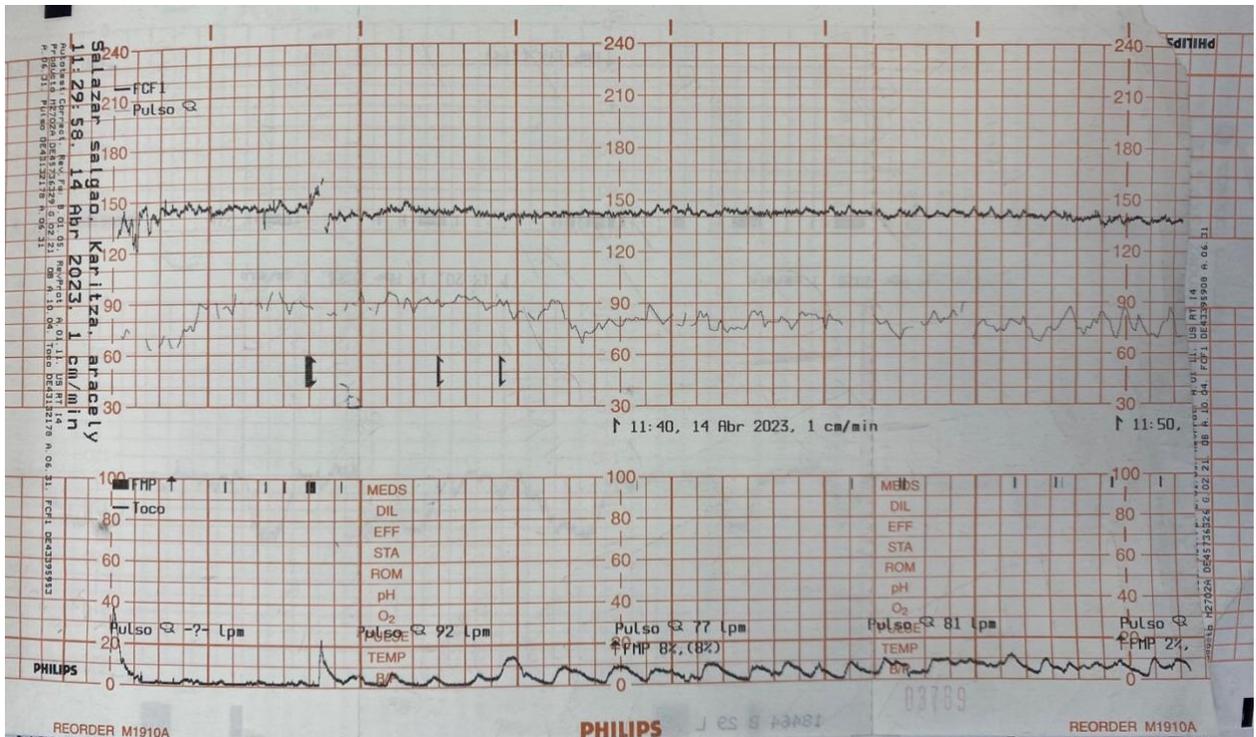


Figura 3. Trazo no reactivo.
 Elaboración: Tomada del expediente.

10.- Trazo II de prueba sin estrés de bienestar fetal

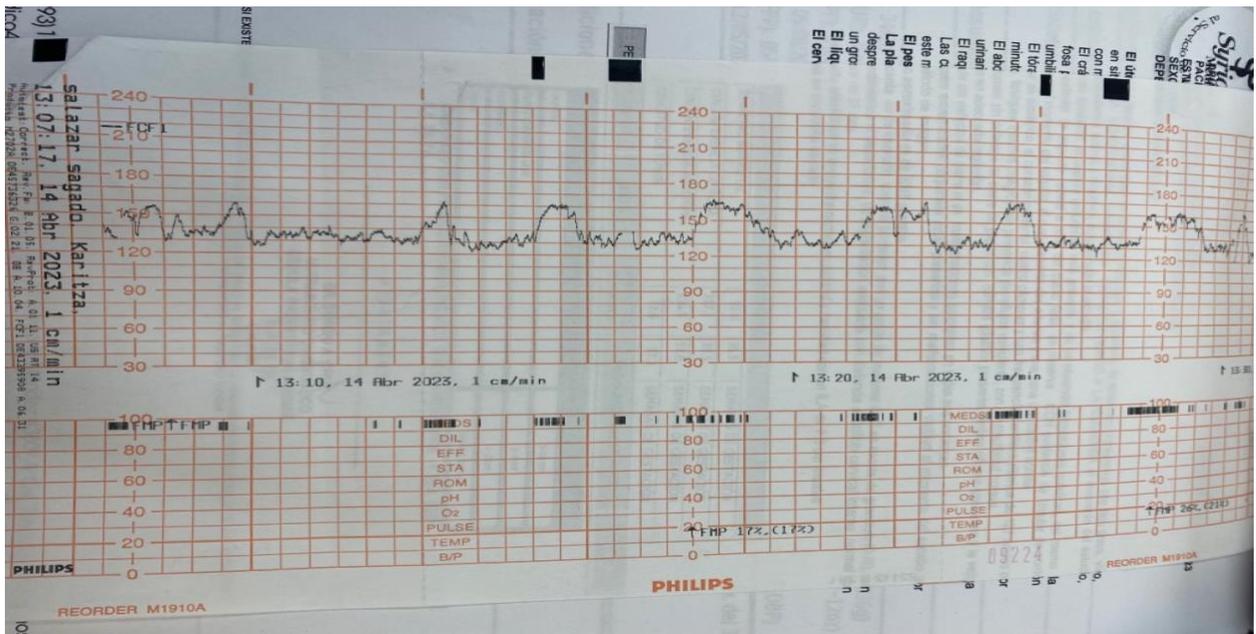


Figura 4. Trazo reactivo.
Elaboración: Tomada del expediente.

11.- PREVIGEN III

01. Presión arterial Sistólica	● 80 – 139	● 140 – 160	● 161 y más
02. Presión arterial Diast.	● 60 - 90	● 91 – 109	● 110 y más
03. Aumento de peso (kg/mes)	● 1 a 1.5	● 1.6 a 2.9	● 3.0 y más
04. Aumento de peso (kg/mes)		● Sin aumento	● Disminución
05. Aumento F.U. (cms/mes)	● 3 a 5	● 6-7	● 8 y más
06. Aumento F.U. (cms/mes)		● 1-2	● No aumento
07. Líquido amniótico (cant.)	● Normal	● Moderado ↑	● Exagerado ↑
08. Líquido amniótico (cant.)		● Moderado ↓	● Exagerado ↓
09. Movimientos fetales	● Normal	● Moderado ↑	● Exagerado ↑
10. Movimientos fetales		● Moderado ↓	● Exagerado ↓
11. Hemorragia genital	● No	● Mínima	● Regular Intensa
12. Membranas ovulares	● Integras	● Rotas 12 hs. y menos	● Rotas 13 hs y más
13. Contracciones uterinas antes de 37 semanas (por hora)	● 1 y menos	● 2 a 3	● 4 y más
14. Aborto (menos de 22 sem.)	● No	● Amenaza	● En evolución
15. Parto Pretérmino (22-36 sem)	● No	● Amenaza	● En evolución
16. Infección Urinaria	● No	● Controlada	● Activa
17. Otras alteraciones maternas Especifique: _____		● _____	● _____
18. Otras alteraciones fetales Especifique: _____		● _____	● _____
19. Otros especifique: _____		● _____	● _____

● Riesgo Bajo ● Riesgo Medio ● Riesgo Alto

**EVALUACIÓN DE RIESGO PERINATAL
EN CADA CONSULTA DURANTE LA EVOLUCIÓN
DEL EMBARAZO**

PREVI^{Gen} III

Figura 5. PREVIGEN III.

Fuente: CIMI-Gen. Sistema para detección, evaluación y registro de riesgo perinatal. Asociación hispano mexicana, I.A.P. Ciudad de México.

12.- Test de Bishop.

Puntuación	0	1	2	3
Posición del cérvix	Posterior	Medio	centrado	
Consistencia	Dura	Media	blanda	
Borramiento	0 – 30%	40 – 50%	60 – 70%	> 70%

Dilatación	0 cm	1 – 2 cm	3 – 4 cm	> 4 cm
Plano de Hodge	Libre	I – II	III	IV

Tabla 34. Test de Bishop

Fuente: Hospital Clínic, Hospital Sant Joan de Déu, Universidad de Barcelona.
 Protocolo: Maduración cervical e inducción del parto. Medicina materno fetal.
 Barcelona, España.

13.- Trazo III de prueba sin estrés de bienestar fetal



Figura 6. Prueba de bienestar fetal, trazo del día 21/04/2023
 Elaboración: Expediente.

14.- PREVIGEN IV

01. Riesgo en el embarazo	● Bajo	● Medio	● Alto
02. Emotividad Edo. psicológico	● Tranquila	● Excitada	● Sin control
Actividad Uterina Contracciones	03. Frecuencia (10')	● 3 a 4	● Menos de 3
	04. Intensidad	● Normal	● Baja
	05. Duración Seg.	● 40 a 60	● 61 a 90
	06. Tono	● Normal	● Hipotónico
07. Dilatación cérvix cm/hora	● 1-2	● 3 y más	● Estacionaria
Frecuencia Cardíaca Fetal	08. Basal	● 121 - 150	● 111-120
	09. Basal		● 151-160
	10. Ritmo	● Dip I	● Dip Variable
11. Valoración respuesta fetal	● Reactiva	● No reactiva	● Bradicardia
12. Valoración respuesta fetal		● Taquicardia	
13. Pelvis	● Útil	● Límite o dudosa	● Desproporción
14. Membranas	● Integras	● Rotas 12 hs. y menos	● Rotas 13 hs. y más
15. Presentación	● Cefálica		● Otras
16. No. de fetos	● Uno		● 2 y más
Líquido Amniótico	17. Cantidad	● Normal	● Regular
	18. Cantidad		● Poli ↑
	19. Color	● Claro	● Verdoso
	20. Color		● Olígo ↓
	21. Calidad	● Grumoso	● Verde osc.
22. Peso calculado (J. Toshach)	● 2500-3499	● 2000-2499	● Menos 2000
23. Peso calculado (J. Toshach)		● 3500-3999	● 4000 y más
24. Placenta. Inserción	● Normal	● Baja marginal	● Previa
25. Cordón. Compresión	● Sin datos	● Sospecha	● Positivo
26. Malformaciones	● No	● Maternas	● Fetales
27. Madre. Complicaciones	● No	● Controladas	● Sin control
28. Otros especifique: _____		● _____	● _____
	● Riesgo Bajo	● Riesgo Medio	● Riesgo Alto

EVALUACIÓN DE RIESGO PERINATAL EN EL INICIO DEL TRABAJO DE PARTO

PREVI  *Gen IV*

Figura 7. PREVIGEN IV.

Fuente: CIMI-Gen. Sistema para detección, evaluación y registro de riesgo perinatal. Asociación hispano mexicana, I.A.P. Ciudad de México.

15.- Escala de EVA

Escala EVA Valoración del dolor

ESCALA VISUAL ANALÓGICA

Se debe tener presente el **estado cognitivo del paciente**, ya que la escala numérica se puede configurar por **colores o caras expresivas**



Se debe señalar el **punto de la línea** que más se ajusta a la **percepción del dolor**

Escala utilizada para **objetivar el dolor** y a su vez lograr un **mejor control de este**

Figura 8. Escala de EVA.

Fuente: Información sanitaria. Real Federación Española de Salvamento y Socorrismo. 2022 [cited 2023 Nov 10]. Escala EVA valoración del dolor. Available from: <https://rfess.es/2020/10/escala-eva-valoracion-del-dolor/>

16.- PREVIGEN V.

01. Riesgo en PREVI Gen IV	● Bajo	● Medio	● Alto
02. Frecuencia cardíaca fetal	● 121-150	● 111-120	● 110 y menos
03. Frecuencia cardíaca fetal		● 151-160	● 161 y más
04. Valoración respuesta fetal	● Reactivo	● No reactivo	● Bradicardia
05. Valoración respuesta fetal		● Taquicardia	
06. Tono uterino	● Normal	● Hipotonía	● Hipertonía
07. Frecuencia cont. en 10 min.	● 2 a 4	● Incoordinación	● Taquisistolia
08. Duración seg.	● 40-60	● Menos de 40	● 61 y más
09. Dilatación cervical cm/hora	● 1-2	● 3 y más	● Estacionaria
10. Descenso Presentación	● Normal	● Rápida	● Difícil
11. Temperatura G.C.	● 36-37	● Menos de 36	● Más de 37
12. T/A. Sistólica	● 80-139	● 140 a 160	● 161 y más
13. T/A Diastólica	● 60-90	● 91 a 109	● 110 y más
14. Membranas	● Integras	● Rotas 12 hs. y menos	● 13 hs. y más
15. Inducción	● No	● Oxitocina	● Oxitocina y otros
16. Anestesia	● No. Local	● Regional	● General
17. Uteroinhibidores	● No		● Sí
18. Parto atendido en:	● Cama	● Expulsión	● Quirófano
19. Episiotomía	● Sí	● Desgarros	
20. Fórceps	● No	● Profiláctico	● Indicado
21. Duración del T.P. hs.	● Menos de 6	● 6-8	● 9 y más
22. Alumbramiento	● Espontáneo	● Dirigido	● Manual
23. Acretismo placentario	● No		● Sí
24. Hemorragia	● Normal	● Moderada	● Excesiva
25. Otros especifique _____		● _____	● _____

● Riesgo Bajo
● Riesgo Medio
● Riesgo Alto

EVALUACIÓN DE RIESGO PERINATAL EN LA EVOLUCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

PREVI Gen V

Figura 9. PREVIGEN V.

Fuente: CIMI-Gen. Sistema para detección, evaluación y registro de riesgo perinatal. Asociación hispano mexicana, I.A.P. Ciudad de México.

17.- PREVIGEN VI.

I. ANTECEDENTES

- | | | | |
|---------------------------|--------|---------|--------|
| 01. Riesgo en el embarazo | ● Bajo | ● Medio | ● Alto |
| 02. Riesgo en el parto | ● Bajo | ● Medio | ● Alto |

II. TRABAJO DE PARTO Y PARTO

- | | | | |
|--------------------------|------------------|-----------------|-----------------------|
| 03. Duración dilatación | ● Normal | ● Muy rápida | ● Prolongada |
| 04. Duración expulsivo | ● Normal 1-2 hs. | ● Muy rápido | ● Prolongado |
| 05. Ruptura de membranas | ● 6 hs. y menos | ● 7-12 horas | ● 13 y más |
| 06. Líquido amniótico | ● Con grumos | ● Emulsionado | ● Sin grumos |
| 07. Líquido amniótico | ● Claro | ● Sanguinolento | ● Con sangre |
| 08. Líquido amniótico | ● Claro | ● Amarillento | ● Verdoso |
| 09. Líquido A. Cantidad | ● Normal | ● Regular ↑ | ● Exagerado ↑ |
| 10. Líquido A. Cantidad | | ● Regular ↓ | ● Exagerado ↓ |
| 11. Placenta desprendida | ● No | | ● Desprend. prematuro |
| 12. Placenta peso | ● Normal | ● Aumentado | ● Muy bajo |
| 13. Placenta infartos | ● No | ● Aislados | ● Múltiples |
| 14. Cordón cms. | ● 31-60 | ● 61 y más | ● 30 y menos |
| 15. Cordón posición | ● Normal | ● Circular laxa | ● Circular apretado |
| 16. Anestesia | ● No y B.P.D. | ● Analgesia | ● General |
| 17. Parto | ● Cefálico | | ● Pélvico |
| 18. Nacimiento | ● Parto | ● Fórceps prog. | ● Fórceps urg. |
| 19. Nacimiento | | ● Cesárea prog. | ● Cesárea urg. |
| 20. Trauma fetal | ● No | | ● Si |

III NEONATO

- | | | | |
|-------------------------------|-------------|-------------|-----------------|
| 21. Peso en gramos | ● 2500-3499 | ● 2000-2499 | ● Menos de 2000 |
| 22. Peso en gramos | | ● 3500-3999 | ● 4000 y más |
| 23. Edad gest. Capurro (sem) | ● 37-41 | ● 33-36 | ● 32 y menos |
| 24. Edad gest. Capurro (sem). | | | ● 42 y más |
| 25. Apgar 5to. minuto | ● 07-10 | ● 04-06 | ● 01-03 |
| 26. Reanimación, maniobras | ● Normales | ● Moderadas | ● Intensivas |
| 27. Signos de infección | ● No | ● Sospecha | ● Positivo |
| 28. Sufrimiento fetal | ● No | ● Moderado | ● Severo |
| 29. Malformaciones | ● No | ● Menor | ● Mayor |
| 30. Otros especifique: _____ | | | ● _____ |
- Riesgo Bajo ● Riesgo Medio ● Riesgo Alto

EVALUACIÓN DE RIESGO PERINATAL AL NACIMIENTO EN EL RECIEN NACIDO

(Se aplica en los primeros 15 minutos)

PREVI  VI

Figura 10. PREVIGEN VI.

Fuente: CIMI-Gen. Sistema para detección, evaluación y registro de riesgo perinatal. Asociación hispano mexicana, I.A.P. Ciudad de México.

18.- Escala de puntuación LATCH.

PARÁMETROS	ESCALA DE Puntuación LATCH		
	0 SE CUMPLE ALGUNO DE LOS PARÁMETROS DE LA EVALUACIÓN	1 SE CUMPLE ALGUNO DE LOS PARÁMETROS DE LA EVALUACIÓN	2 SE CUMPLEN TODOS LOS PARÁMETROS DE LA EVALUACIÓN
(L - LATCH) FORMA EN LA QUE EL BEBÉ SE ENGANCH A AL PECHO	 <ul style="list-style-type: none"> Demasiado dormido No se coge al pecho 	 <ul style="list-style-type: none"> Repetidos intentos de colocarse Mantiene el pezón en la boca Llega a succionar 	 <ul style="list-style-type: none"> Agarra al pecho Lengua debajo Boca ajustada Succión rítmica
(A - AUDIBLE SWALLOWING) CANTIDAD DE LA DEGLUCIÓN AUDIBLE	 <ul style="list-style-type: none"> Ninguno 	 <ul style="list-style-type: none"> Un poco de ruido o signos de transferencia de leche tras estimulación 	 <ul style="list-style-type: none"> Espontáneo e intermitente < 24 horas de vida Espontáneo y frecuente > 24 horas de vida
(T - TYPE OF NIPPLE) TIPOLOGÍA/ FORMA DE PEZÓN	 <ul style="list-style-type: none"> Invertidos 	 <ul style="list-style-type: none"> Planos 	 <ul style="list-style-type: none"> Evertidos tras estimulación
(C - CONFORT) COMODIDAD DE LA MADRE	 <ul style="list-style-type: none"> Mamas ingurgitadas Grietas Dolor severo 	 <ul style="list-style-type: none"> Mamas llenas Pezón lesionado Daño medio 	 <ul style="list-style-type: none"> Mamas blandas No hay dolor
(H - HOLD POSITIONING) NIVEL DE AYUDA PARA MANTENER LA POSICIÓN AL PECHO	 <ul style="list-style-type: none"> Ayuda total (el personal mantiene al niño colocado en el pecho) 	 <ul style="list-style-type: none"> Minimiza la ayuda (colocar almohada) El profesional se coloca de un lado y la madre del otro El profesional lo coloca y luego la madre continúa 	 <ul style="list-style-type: none"> No necesita ayuda La madre es capaz de mantener al niño colocado

INTERPRETACIÓN:

0-3 PUNTOS	DIFICULTAD IMPORTANTE
4-8 PUNTOS	DIFICULTAD MODERADA
9-10 PUNTOS	SIN DIFICULTAD/SITUACIÓN ÓPTIMA

Las puntuaciones bajas de LATCH indican la necesidad de **intervención activa, soporte, y seguimiento posterior al alta**. Una evaluación < 9 indica necesidad de mayor apoyo y vigilancia de la lactancia de esas madres por parte de los profesionales



Figura 11. Escala de puntuación LATCH.
Fuente: Sánchez A. VYGON value life. 2022 [cited 2023 Nov 3]. Valoración de una lactancia eficaz: la escala LATCH . Available from: <https://campusvygon.com/escala-latch/>

19.- PREVIGEN VII

01. Riesgo en PREVI Gen VI	● Bajo	● Medio	● Alto
02. Pérdida de peso	● Hasta 8%	● 9-12%	● 13% y más
03. Control de temperatura	● Sí		● No
04. Alimentación	● Al seno	● Otra	
05. Dispepsia	● No	● Moderada	● Severa
06. Onfalitis	● No	● Sí	
07. Ictericia	● Leve	● Moderada	● Severa
08. Succión deglución	● Normal	● Fatiga	● Anormal
09. Llanto	● Normal	● Agudo	● Débil
10. Convulsiones	● Ausentes.	● Focal	● Generalizada
11. Respuesta. Examen.	● Normal	● Agitación	● Letargo
12. Fontanelas	● Normal	● Deprimida	● Tensa
13. Tono muscular	● Normal	● Hipertónico	● Hipotónico
14. Movimientos anormales	● No	● Temblor	● Clónicos
15. Opistótonos	● No		● Si
16. Asimetría postural	● No		● Si
17. Cadera	● Normal	● Abducción	● Ortolani pos.
18. Prensión	● Con jalón	● Sin jalón	● Ausente
19. Búsqueda	● Normal	● Limitada	● Ausente
20. Moro	● Normal	● Asimétrico	● Ausente
21. Endereza miembros inferiores	● Normal	● Incompleto	● Ausente
22. Cabeza sigue tronco	● Si		● No
23. Marcha	● Normal	● Incompleta	● No
24. Otros especifique: _____	● _____	● _____	● _____

● Riesgo Bajo ● Riesgo Medio ● Riesgo Alto

**EVALUACIÓN DE RIESGO PERINATAL
EN EL RECIÉN NACIDO DE 0-6 DÍAS**

PREVI Gen VII

Figura 12. PREVIGEN VII

Fuente: CIMI-Gen. Sistema para detección, evaluación y registro de riesgo perinatal. Asociación hispano mexicana, I.A.P. Ciudad de México.

20.- Características de la actividad uterina

Característica	Unidad de Medida
Tono basal	8 – 10 mmHg
Intensidad	80 – 120 Unidades de Montevideo
Frecuencia	4 – 5 en 10 minutos
Duración	30 – 90 segundos

Tabla 35. Características de actividad uterina

Fuente: Cunningham G, Leveno K, Bloom S, Dashe J, Hoffman B, Casey B, et al.
Williams obstetricia. 25°. MC Graw Hill Education, editor. Ciudad de México:
Booksmedicos.org; 2019

Apéndices

1.- Valoración perinatal

GUÍA DE VALORACIÓN PERINATAL CON LA TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM

Fecha: _____ Servicio: _____ Enfermera Perinatal: _____

1. DATOS GENERALES

Nombre _____ Dx: _____ Expediente: _____
Fecha de ingreso: _____ Fecha de egreso: _____ No. Cama: _____

2. FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS (FCB)

a) CARACTERÍSTICAS PERSONALES

Edad: _____ Estado de desarrollo: infancia__ adolescencia__ juventud__ adultez__
Estado Civil: _____ Ocupación: _____
Tipo de esfuerzo que implica la ocupación: _____
Grupo sanguíneo y Rh _____
Religión _____ Escolaridad _____ Lugar de origen _____
¿Pertenece a alguna etnia? Sí__ No__ Lengua: _____
Costumbre y/o creencia sobre el control del embarazo: _____
Costumbres y/o creencias sobre el control del puerperio: _____
Costumbres y/o creencias sobre el cuidado del recién nacida: _____
Costumbres y/o creencias sobre la planificación familiar: _____
¿Ha estado hospitalizado anteriormente por el mismo padecimiento? Sí__ No__ Fecha: _____
Domicilio actual: _____
Delegación/municipio/Entidad Federativa _____ Teléfono _____
Persona Responsable _____ Parentesco: _____ teléfono _____
Actividad recreativa: _____

Pareja: Edad: _____ Escolaridad: _____ Ocupación: _____ Grupo y Rh: _____
Trabaja actualmente: _____ Condición de salud actual: _____

b) CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA.

Número de integrantes: _____ ¿Con quién vive? _____
Tipo de familia (anexo 1) Nuclear__ Extensa__ Integrada__ Desintegrada__ Homoparental__ otro: _____
APGAR familiar: (Anexo 2) muy funcional__ moderadamente disfuncional__ grave disfunción__
Familiograma (anexo 3) _____ Ecomapa (anexo 4) _____
Descripción del ambiente familiar: _____
Rol de la usuaria dentro de la familia: _____
Número de hermanos: _____ Lugar que ocupa: _____
Comunicación con: La pareja _____ Hijos: _____ Otros: _____
Cada cuando se reúne con su familia: _____
Actividades que realiza con la familia: _____
¿Quién es el sustento de la familia? _____ Ingreso mensual familiar _____
¿Considera que se cubren las necesidades básicas del hogar? _____
¿Cuenta con el recurso económico para afrontar los costos ocasionados por las condiciones de salud actuales? _____
Persona que puede asumir la responsabilidad del cuidado: _____
Percepción de los miembros de la familia sobre el estado de salud de la usuaria: _____

c) CARACTERÍSTICAS AMBIENTALES.

Vivienda: Área rural Área urbana
Casa Departamento Propia Rentada Otra
No. cuartos Cuarto propio
No. Ventanas Ventilación Iluminación
Tipo de Construcción: Percedero Durable: Mixta:
Piso: Vitropiso Cemento Tierra Otro:
Servicios: Gas: Petróleo: Leña: Otros:
Agua: potable pozo pipa Características del agua y frecuencia
Luz eléctrica
Eliminación de basura: Recolección en el hogar cielo abierto La queman La entierran
Drenaje Fosa séptica Fecalismo a ras del suelo Letrina
Teléfono: Particular, fijo público: Vigilancia/seguridad
¿Convive con animales?

Características ambientales de la comunidad:

Tipo de Clima:
Medios de transporte:
Centros Educativos: J.N. Primaria Secundaria Preparatoria Universidad
Acceso a los sistemas de atención de salud:
Centros Recreativos
Centros Comerciales
Servicios públicos: Alumbrado Alcantarillado Pavimentación Áreas verdes Vigilancia
Zoonosis: sí No Tipo Fauna nociva

d) Disposición y adecuación de los recursos

¿Quién es el sustento de la familia? Ingreso mensual familiar
¿Considera que se cubren las necesidades básicas del hogar?

3. REQUISITOS UNIVERSALES DE AUTOCUIDADO (RUA)

3.1 APORTE SUFICIENTE DE AIRE

3.1.1 Hábitos de salud:

Higiene de fosas nasales
Fuma Número de cigarros al día Convive con fumadores: Sí No ¿Quiénes?
Exposición a gases nocivos ¿Usa técnicas que mejoren su respiración? Sí No especificar
Asma Alergias sí No especificar:
Infección en vías respiratorias frecuentes sí no Describa:
Infección respiratoria actual:
Uso de medicamentos para mejorar la respiración: Sí No ¿Cuáles?

3.1.2 Revisión por sistemas:

Aparato respiratorio: FC FR T/A TEMP SPO₂
Llenado capilar FCF
Patrón respiratorio: Normal Bradipnea Taquipnea Apnea Disnea Ortopnea Otro
Ruidos respiratorios: sí No Tos Estertores Sibilancias Roncus Crepitaciones Otro
Nariz: (deformación, obstrucción, desviación, mucosas, u otra)
Dispositivo en vía aérea: Puntas nasales Mascarilla facial Cánula Endotraqueal Traqueotomía Otro
Apoyo ventilatorio: Ciclado por Volumen Presión Modo Controlado Asisto/control
Frecuencia ventilatoria Sensibilidad FiO₂ PIP PEEP
Flujo de O₂
Secreciones: Hialinas Espesas Coloración: tipo de secreción:
Sistema Tegumentario: Coloración de piel y mucosas:
Sistema cardiovascular: (inspección, soplos):
Sistema vascular periférico: disminución de temperatura llenado capilar varices edema periférico
Cianosis: Miembros inferiores miembros superiores

Cardiopatías: Hipertensión Arterial ___ Hipotensión Arterial ___ Dolor torácico ___ taquicardia___ taquipnea___
Hemoglobina: _____
Estado de ansiedad: ___ Sensación de falta de aire: ___

3.2 MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AGUA

3.2.1 Hábitos de salud:

Acostumbra a tomar agua: _____
Líquidos orales en 24 horas (cantidad y tipo): _____
Líquidos que le gustan: _____
Líquidos que le desagradan: _____
Preferencia en la temperatura de los líquidos: Calientes ___ Fríos ___ Templados ___
Conocimiento sobre requerimientos de agua de acuerdo con sus necesidades: _____
Consumo de agua: potable ___ purificada ___ hervida ___ puede mantener el aporte de agua suficiente: _____
Consumo de bebidas alcohólicas: sí ___ no ___ frecuencia: _____ cantidad: _____
Líquidos Parenterales: _____
Medicamentos en solución: _____
Terapia de Electrolitos séricos: _____
CVC ___ CVP ___ PIC ___ Sitio de inserción: _____ Características: _____
No. Catéter: _____ Fecha de instalación: _____ Fecha de última curación: _____
Flebitis: sí ___ No ___ Grado _____ (anexo 5) Flebitis química ___ flebitis mecánica ___ flebitis infecciosa ___
Líquidos orales ingeridos durante el trabajo de parto: _____
Líquidos parenterales administrados durante el trabajo de parto: _____
Control de líquidos en 24 horas: _____
Total de ingresos _____ total de egresos _____

3.2.2 Revisión por sistemas:

Hidratación de Mucosas: _____ Piel: _____
Edema (ver anexo 6. Escala de Godet) grado I ___ grado II ___ grado III ___ grado IV ___ grado V ___
sudoración: ___ polidipsia ___ turgencia de la piel _____
Estado de conciencia: _____
Glasgow: (Anexo 7) Puntuación _____ Leve ___ moderado ___ grave ___
Ramsay (anexo 8) Nivel: 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ Descripción: _____

3.3 APORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS

Peso pregestacional _____ peso actual _____ Talla _____ IMC _____ (anexo 9 clasificación OMS)
Peso bajo ___ peso normal ___ sobrepeso ___ obesidad I ___ obesidad II ___ obesidad III ___

3.3.2 Hábitos de salud:

Apetito: _____
Cuántas comidas realiza durante el día _____ apetito _____
Por semana consume: leche ___ carne ___ huevo ___ verduras ___ Frutas ___ tortillas ___
pan ___ quesos ___ embutidos ___ sal ___ azúcar ___ Legumbres ___
comida chatarra _____
Alimentos que le gustan: _____
Alimentos que le desagradan: _____
Variantes dietéticas culturales: _____
Variantes religiosas: _____
Modificaciones médicas dietéticas desde ingreso al hospital: _____
Tipo de dieta: _____
Suplementos alimenticios: sí ___ no ___ especificar: _____
Tiene problemas relacionados con la ingestión? sí ___ no ___ especificar: _____
¿Tiene problemas relacionados con la digestión? sí ___ no ___ especificar: _____

¿Qué sentido le da a la comida? amor___ recompensa___ supervivencia___ paliativo___ aburrimiento___ otro_____

¿Con quién come? _____

¿En dónde come? _____

¿Cuánto tiempo dispone para cada comida? Desayuno_____ comida_____ cena_____

¿Existe algún trastorno alimenticio? Sí___ No___

Especifique: Bulimia___ anorexia___ atracones___ hiperémesis gravídica___

	Horarios	Alimentos y cantidad
Desayuno		
Colación		
Comida		
Colación		
Cena		
Adicionales		

3.3.3 Revisión por sistemas:

Boca: dolor dentario___ endodencia___ sangrado en encía___ sialorrea___ úlceras bucales___ gingivitis___ Aftas___ candida___ pérdida del gusto___ halitosis___ dificultad para masticar___ pica___ otros: _____

Utiliza prótesis dental_____ tiene caries: _____ dientes flojos: _____

Ausencia de dientes_____ obturaciones: _____

Condiciones anatómicas que dificulten la ingesta alimenticia: _____

Garganta: (dolor, disfagia, antecedentes estreptocócicos, dolor abdominal, acidez): _____

Aparato digestivo: náusea___ vómito___ anorexia___ polifagia___ eructos___ dolor abdominal___ Indigestión___ acidez___ reflujo___

Incapacidad de la deglución secundario a déficit neurológico___ Causa: _____

Sonda orogástrica___ sonda nasogástrica___ gastrostomía___

3.4 PROVISIÓN DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN Y LOS EXCREMENTOS

3.4.1 Evacuación intestinal

Tipo de evacuación (ver escala de Bristol. Anexo 10) 1___ 2___ 3___ 4___ 5___ 6___ 7___

Olor_____ Color_____ Consistencia_____

Hábitos de eliminación intestinal en 24 horas: _____

¿Ha presentado cambios en patrón de eliminación por el embarazo o puerperio? Sí___ no___

especifique: _____

Presencia de:

hiperperistaltismo___ Distensión abdominal___ Incontinencia___ Estreñimiento___ Diarrea___

Flatulencia___ Dolor al evacuar___ Fisuras___ Sangre en heces___ STDA___ STDB___

Hemorroides___ Ostomías___ localización de ostomía: _____

Medidas para facilitar la defecación sí___ no___ especifique: _____

Actividad física_____

Poca intimidad para la eliminación intestinal: sí___ no___ explique

3.4.2 Micción

Hábitos de eliminación urinaria en 24 horas: _____ Cantidad en ml _____

Olor_____ Color_____ Aspecto: _____

Medidas para facilitar la uresis: _____

Presencia de:

Oliguria___ poliuria___ anuria___ Incontinencia___ nicturia___ hematuria___ proteinuria___
ardor al orinar___ dolor___ tenesmo vesical___ Sonda vesical___ otros_____
fecha de instalación de sonda vesical: _____ No. Sonda: _____
no. De cambios de sonda vesical: _____

Datos de infección de vías urinarias: _____

Debilidad de los músculos abdominales _____

3.4.3 Perspiración (transpiración)

Sudoración: excesiva___ aumentada___ disminuida___ ausente___ Olor _____

Pérdidas insensibles: _____ (anexo 11)

Balance Total de líquidos: _____

3.4.4 Menstruación

FUM _____ Fecha probable de parto: _____

Presencia de sangrado transvaginal: sí___ no___ cantidad _____

Patrón de sangrado menstrual previo al embarazo: (anexo 12. patrones de sangrado menstrual)

Amenorrea___ hipermenorrea___ hipomenorrea___ oligomenorrea___ polimenorrea___

Sangrado por ciclo menstrual en ml _____

Tipo de sangrado menstrual: rojo brillante___ rojo oscuro___ con coágulos___

método anticonceptivo previo al embarazo sí___ no___ ¿cuál? _____ tiempo de uso _____

3.5 MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO

3.5.1 Hábitos de salud

Tipo de actividad que realiza en:

Casa: _____

Tiempo libre: _____

Trabajo _____

Horas laborales _____ turno: _____

¿Cuántas horas duerme? _____ Sensación al despertar _____

Siestas durante el día _____ duración _____

¿Presenta alguna dificultad para conciliar el sueño y cómo lo resuelve: _____

Actualmente, en la unidad hospitalaria: _____

Uso de métodos de apoyo para conciliar el sueño: _____

Dificultad para mantener el sueño: _____

Insomnio___ Narcosis___ Bostezos___ Hipersomnio___ Pesadillas___ Alucinaciones___ Ojeras___

Sonambulismo___ Ronquidos___ Terrores nocturnos___ Enuresis___

Estados emocionales: Apatía___ excitación___ miedo___

Malestar continuo: sí___ no___ cuál _____

3.5.2 Revisión por sistemas

Sistema musculoesquelético: Fuerza _____ Debilidad _____ Tono muscular _____

Gama de movimientos _____ Dolor _____ Fatiga _____ Rigidez _____

Tumefacción o Deformaciones: _____

Sistema neurológico: nivel de conciencia: lucidez___ obnubilación___ letargo___ estupor___ coma___

Entumecimiento _____ Hormigueos _____

Sensibilidad al: Calor___ Frío___ Tacto___ Síndrome de Túnel del Carpo___

Vértigo___ Cefalea___ Calambres___ Alteraciones de la memoria___

Reflejos _____

Movimientos Anormales _____ Parálisis _____

3.5.3 Factores humanos que interfieren en el equilibrio entre la actividad y el reposo

Debilidad___ Narcosis___ Fármacos: _____ Administración de medicamentos _____

Inactividad o inmovilidad prescrita___ Disnea de esfuerzo___ Dolor___

estados emocionales: apatía___ excitación___ Ansiedad___ Estrés___

Preocupaciones: _____

3.5.4 Factores ambientales que interfieren en la actividad y el reposo

Condiciones climáticas___ Ruido ambiental___ Iluminación___ Crisis situacional en la familia___
Silencio desacostumbrado___ Necesidad de silencio___ Cambios en el estado de actividad___

3.6 MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCIÓN SOCIAL

3.6.1 Hábitos de salud

Comunicación verbal: Directa _____ Abierta _____ Clara _____ Evasiva _____
Habilidades de Comunicación _____ Barreras idiomáticas _____ tartamudeos _____
Comunicación no verbal _____ Contacto visual _____ Lenguaje corporal _____ Gestos _____ tono de voz _____
Mecanismos de defensa: Negación _____ Inhibición _____ Agresividad _____ Hostilidad _____
Aislamiento _____ contacto mínimo _____
Presencia de: Temor a la soledad _____ abandono _____ pérdidas/muerte de: familiar _____ amigo _____ hijo _____
Especificar: _____ -
duelo: sí _____ no _____ etapa: negación _____ enojo _____ negociación _____ depresión _____ aceptación _____
Interacciones sociales: Pertenece a algún grupo social, deportivo o cultural. ¿Cuál? _____
¿Establece una interacción social activa o efectiva? Sí _____ No _____ ¿Por qué? _____
Solicita ve al niño tan pronto como nace: Sí _____ No _____ ¿por qué? _____
Respuesta: feliz _____ desilusionada _____ apática _____ enfadada _____ ambivalente _____ triste _____
Abraza al niño, le habla con amor _____ ofrece el seno materno _____
Respuesta hacia la pareja: feliz _____ triste _____ apática _____ enfadada _____ ambivalente _____

3.6.2 Revisión por sistemas

Oído: Dolor _____ Secreción _____ Aumento o disminución de Audición _____ Acúfenos _____
Ojos: Dolor _____ Lagrimeo _____ Secreción _____ Simetría _____ Pupilas _____ Edema _____
Vista: Lentes de corrección _____ Visión borrosa _____ Nictalopía _____ Daltonismo _____

3.7 PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR

3.7.1 Prácticas de Seguridad Personal:

¿Conoce las medidas de prevención de accidentes durante el embarazo en...? trabajo _____ casa _____ calle _____
¿Acostumbra a realizar revisiones de salud periódicas recomendados para cada edad y medidas terapéuticas?
sí _____ no _____ especifique: _____
Inmunizaciones: Tdpa _____ Influenza _____ COVID-19 _____ otras _____
Última aplicación: _____
Utiliza cinturón de seguridad: sí _____ no _____ por qué _____
Utiliza equipo de protección en el trabajo Sí _____ no _____ por qué _____

Exploración clínica de mama: _____ Resultados: _____
Mastografía: _____ Resultados: _____
última citología cervicovaginal _____ Resultado: _____
última colposcopia _____ Resultado: _____

Dentista: _____ Oculista: _____
¿Conoce las medidas de autocontrol para prevenir enfermedades? _____ ¿Cuáles? _____

¿Asistió a consulta o asesoría pregestacional? _____
¿Asistió a consulta o asesoría prenatal? Sí _____ No _____ Consultas prenatales _____
Conocimiento sobre el proceso y los cuidados del embarazo: _____
¿De qué manera maneja las situaciones de tensión en su vida? Autoenfado _____ Enfado con los demás _____
Culpa a otros _____ Habla con las personas _____ Ansiedad _____ Reza _____ Lectura _____
Escucha música _____ Baja autoestima _____ Sumisión _____ Deportes _____ Otro _____
Abuso sexual _____ pruebas de VIH _____ Prueba de VDRL _____
Apego a tratamiento médico sí _____ no _____ por qué _____

Intentos de aborto: sí ___ no ___ intentos y métodos _____
 Intentos de suicidio _____
 Motivos de intento de suicidio _____

Espiritualidad _____ Corporal _____
 Consume medicamentos: _____
 Drogas ___ Alcohol ___ Tabaco ___ Café ___ Té ___ Bebidas gaseosas ___ Automedicación ___

3.8 PROMOCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO DENTRO DE LOS GRUPOS SOCIALES, DE ACUERDO CON SU POTENCIAL, LAS LIMITACIONES CONOCIDAS Y EL DESEO HUMANO DE SER NORMAL (NORMALIDAD)

3.8.1 Hábitos de salud

Frecuencia de baño _____ Cambio de ropa: _____ Aseo bucal _____
 Aseo perineal: Papel higiénico ___ toallas húmedas ___ agua y jabón ___
 Técnica: _____
 Frecuencia en el cambio de ropa interior _____
 Frecuencia de lavado de manos: _____
 Productos usados para higiene personal _____
 Significado de la limpieza _____

¿Ha sufrido algún cambio físico que haya alterado su autoimagen? _____
 Autoimagen _____
 Buena imagen corporal ___ Buen estado emocional ___
 Relación/comunicación con los demás _____

3.8.2 Revisión por aparatos y sistemas

Piel: Erupción ___ heridas ___ Turgente ___ Protuberancias ___ Masas ___ Estrías ___
 Cambio de color _____ Cloasma ___
 Cambio de olor _____
 Pelo: Distribución _____ Cantidad _____ Alopecia ___
 pediculosis ___ Seborrea ___ Caspa ___
 Uñas: Aspecto general _____
 Mamas: Simetría _____ Tipo de Pezón: Plano ___ invertido ___ normal: ___ hipertrófico ___
 Secreciones: hialina ___ leche ___ sangre ___ pus ___ amarillenta ___ oscura ___ otra ___
 especificar: _____
 Ganglios ___ mastalgia ___ Grietas ___
 Genitales: Aspecto General _____

4 REQUISITOS DE AUTO CUIDADO SEGÚN LAS ETAPAS DE DESARROLLO (RUD)

4.1 Descripción ginecológica

TELARCA /MENARCA	RITMO	DISMENORREA	GESTA	P	C	A	O	E

IVSA	No. Parejas Sexuales	Circuncidados	Orgasmos	Citología (Último)	Cirugías ginecológicas	Sangrados anormales	Incontinencia urinaria	Tumores

Otra ___ especifique: _____
 Acompañamiento en el trabajo de parto: Si ___ No ___ ¿Quién? _____
 Hora de nacimiento del bebé: _____ Tiempo de pinzamiento del cordón umbilical _____
 Producto: Bebé vigoroso _____ Bebé No vigoroso _____ SDG por Capurro _____
 Inicio de lactancia materna: Inmediata ___ Mediata ___ tardía ___
 Hora de alumbramiento: _____ Cuantificación de sangrado durante el parto: _____
 Complicaciones: sí ___ no ___ Especifique: _____
 Método de planificación familiar postparto a utilizar: _____

Cesárea ___

Motivo de cesárea: _____
 Hora de nacimiento: _____
 Producto: Bebé vigoroso _____ Bebé No vigoroso _____
 Inicio de lactancia materna: _____
 Tratamiento farmacológico: _____ Cuantificación de sangrado: _____
 Complicaciones: _____

Puerperio

Tiempo transcurrido desde el nacimiento _____
 Loquios _____ Cantidad aproximada del sangrado _____
 Signos vitales: T/A _____ FC _____ FR _____ T °C _____ SpO₂ _____
 Involución uterina: _____
 Mamas: Congestionadas ___ Agrietadas ___ Dolor ___ Enrojecidas ___

Provisión de cuidados asociados a los efectos de las condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano

- a) Deprivación educacional _____
- b) Problemas de adaptación social _____
- c) fracaso de una individualización saludable _____
- d) Pérdidas personales _____
- e) Pérdida de posesiones Especificar: _____ ¿hace cuánto tiempo? _____
 pérdida de la seguridad laboral: _____ ¿hace cuánto tiempo? _____
- f) Cambio brusco de residencia a un entorno desconocido ___ ¿cuándo? _____
- g) Problemas asociados con la posición _____
- h) Mala salud o incapacidad _____
- i) Condiciones de vida opresivas _____
- j) Enfermedad terminal y muerte inminente _____

5. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO ANTE UNA DESVIACIÓN DE LA SALUD (RUDS)

5.1 Desviación de salud actual (Percepción de la desviación)

Inicio de consulta prenatal _____
 Motivo de ingreso a consulta/hospitalización: _____
Diagnóstico médico de ingreso: _____
 Diagnóstico Actual: _____
 Tratamiento Actual: _____
 Comprensión de la alteración actual _____
 Sentimientos en relación con su estado actual _____
 Preocupaciones específicas _____

5.2 Mecanismos de adaptación.

- a) Uso previo de mecanismos de adaptación _____
- b) Repertorio actual de mecanismos de adaptación y de adecuación de los mismos durante el embarazo: _____
- c) Factores concomitantes de estrés (hechos cotidianos) _____

5.3 Efectos de la desviación sobre el estilo de vida

- a) Psicológicos _____
- b) Fisiológicos _____

c) Económicos _____

5.4 Historia previa de desviaciones de la salud

Enfermedades en la edad adulta _____

Enfermedades de la infancia _____

Hospitalizaciones previas ¿cuándo? _____ motivos: _____

Antecedentes quirúrgicos: _____

Medicamentos prescritos por iniciativa (automedicación) _____

Terapias alternativas de tratamiento: _____

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES: _____

ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETES:

Referencias

ENEO UNAM. (2006). Instrumento de Valoración Perinatal . Ciudad de México , México .

Savannah, G. (1991). Modelo de Orem. Conceptos de Enfermería en la práctica. Barcelona, España.

Alicia Infante Peñafiel; Universidad Andrés Bello. (2010). Guía de Valoración de Enfermería de acuerdo a la teoría de Autocuidado de Dorothea Orem.

Universidad Autónoma de Zacatecas. (s.f.). Guía de Valoración para el Paciente Adulto. Zacatecas, Zacatecas, México.

Universidad de Montemorelos, campus Tabasco . (2022). Guía Para la Elaboración del Proceso de Enfermería con la Teoría de Dorothea Orem. Villahermosa , Tabasco , México .

Propuesta de modificación por: L.E Karen Eliana del Muro Villagrana y L.E Nahomy López Pozos; Revisado por: DRA. Patricia Román Santa María; febrero 2023.

2.- Consentimiento informado

Villahermosa, Tabasco a 27 de 03 de 2023

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente yo, _____ doy mi consentimiento para que la Licenciada en Enfermería Nahomy Lopez Poros estudiante de la Especialización en Enfermería Perinatal de la Universidad Nacional Autónoma de México, realice un estudio de caso como parte de sus actividades académicas en el cual participara activamente en el cuidado y acompañamiento integral del padecimiento o condición actual en la que me encuentro en el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer, así como el seguimiento en mi domicilio.

Manifiesto que fui informada del propósito, procedimientos y tiempo de participación y en pleno uso de mis facultades, es mi voluntad participar en esta investigación.

Es de mi conocimiento que mi participación es voluntaria, anónima y confidencial. No habrá impacto negativo alguno si decido retirarme de este estudio de caso en cualquier momento que lo desee, y no demeritará de ninguna manera la calidad de la atención que recibo en el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer en término de mis derechos como paciente.

Autorizo que se tomen fotografías y videos en formato digital o de otro tipo a mí y a mi hijo(a), de muestras, datos no personales, información médica o genética para que puedan ser usadas para fines educativos, otros proyectos de investigación relacionados con previa revisión y aprobación por los Comités de Investigación y de Ética en Investigación.

NOMBRE Y FIRMA DEL PARTICIPANTE

NOMBRE Y FIRMA DEL ESPOSO

NOMBRE Y FIRMA DEL CUIDADOR PRINCIPAL

NOMBRE Y FIRMA DEL INVESTIGADOR
CED. PROF. 12958781

Figura 13. Carta de consentimiento informado
Fuente: Elaboración propia

3.- Cuestionario para la valoración del aprendizaje obtenido en el taller de psicoprofilaxis.

1. En los embarazos de alto riesgo es importante _____
 - a) El reposo absoluto
 - b) Cargar pesado
 - c) Caminar diario
2. ¿Cantas vías de parto existen?
 - a) 2, parto y cesárea
 - b) 1, parto
 - c) 1, cesárea
3. Durante el trabajo de parto debo oxigenar a mi bebé por medio de _____
 - a) Los líquidos
 - b) Posición para elegir
 - c) Respiraciones profundas
4. ¿Qué hormona actúa en el trabajo de parto?
 - a) Oxitocina
 - b) Prostaglandina
 - c) Prolactina
5. ¿Como puedo aliviar el dolor durante el trabajo de parto?
 - a) Medidas no farmacológicas y analgesia
 - b) Medidas no farmacológicas y anestesia
 - c) Medidas no farmacológicas y cesárea
6. ¿Cuantos meses son de lactancia materna exclusiva?
 - a) 1 mes
 - b) 6 meses
 - c) 2 años
- 7.- ¿Beneficios de la lactancia materna en el bebé?
 - a) Sienten seguridad, se enferman más, obesidad
 - b) Enterocolitis necrosante
 - c) Se enferma menos, brinda los nutrientes que él necesita, ganancia de peso adecuada

8.- Cuidados del cordón umbilical de la persona recién nacida

- a) Lavarse durante el baño diario con jabón neutro y mantener seco
- b) Colocarle mertiolate y vendarlo
- c) Ponerle alcohol 5 veces al día.

9.- ¿Cuánto tiempo después del parto debe caminar la mujer?

- a) A los 3 días
- b) A las 6 horas
- c) A los 5 días

10.- ¿Que método anticonceptivo es el más recomendado después del parto?

- a) Implante subdérmico, DIU con cobre o de hormonas, Oclusión Tubárica Bilateral (OTB)
- b) Pastillas, condón masculino o femenino, inyecciones mensuales, parches
- c) Espermicidas, método de ritmo, coito interrumpido, pastillas, parches

Cada pregunta correcta corresponde a un punto:

- 0 – 3 Conocimiento deficiente
- 4- 7 Conocimiento moderado
- > 7 Conocimiento suficiente

4.- Evidencia fotográfica



Figura 14.
Deambulaci3n.
Fuente:
Elaboraci3n
propia.



Figura 15.
Esferodinamia.
Fuente:
Elaboraci3n
propia.



Figura 16.
Acompa1amiento.
Fuente:
Elaboraci3n
propia.



Figura 17. Apego inmediato.
Fuente: Elaboración propia.



Figura 18. Evaluando Agarre
Fuente: Elaboración propia.



Figura 19. Agarre correcto.
Fuente: Elaboración propia.