



Universidad Nacional Autónoma de México

*ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO*

**“INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PERINATAL A
MUJER CON EMBARAZO DE 37.2 SDG MÁS DIABETES
GESTACIONAL EN TRABAJO DE PARTO FASE ACTIVA,
BAJO EL ENFOQUE DE LA TEORÍA DEL DÉFICIT DE
AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM”**

ESTUDIO DE CASO

Que para obtener el título de:
Enfermera Especialista Perinatal

PRESENTA:

Lic. Axelle Desjardins Cortés

COORDINADORA:

Mtra. Patricia Márquez Torres

Ciudad de México, 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AUTOR: LIC. AXELLE I. L. DESJARDINS CORTÉS

REVISÓ: MTRA. PATRICIA MÁRQUEZ TORRES

UNIDAD DE POSGRADO UNAM. PLAN ÚNICO DE ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA. POSGRADO EN ENFERMERÍA PERINATAL. SEDE HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO.

CIUDAD DE MÉXICO, JUNIO 2016

A mi madre, quien se merece todos y cada uno de los logros en mi vida, porque soy quien soy gracias a ella. Te amo.

Y, a la estrella que perdí en el camino de querer ser mejor.

REFERENCIA DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

AFU. Altura de fondo uterina

Cm. Centímetros

DD. Dorso de derecho

DM. Diabetes Mellitus

DU. Dinámica Uterina

Emb. Embarazo

Et col. Y colaboradores

EVA. Escala Visual Análoga del Dolor

FC. Frecuencia cardíaca

FCF. Frecuencia cardíaca fetal

FPP. Fecha probable de parto

FR. Frecuencia respiratoria

FUM. Fecha de última menstruación

GyO. Ginecología y Obstetricia

HGM. Hospital General de México

OMS. Organización Mundial de la Salud

Op. Cit. Ópera Citada (Obra citada)

PC. Presentación Cefálica

PESS. Formato para realizar diagnósticos de enfermería, el acrónimo hace mención a: problematología-signos y síntomas.

PTDP. Pródromos del trabajo de parto

RCTG. Registro Cardiotocográfico

RPM. Ruptura prematura de membranas

SDG. Semanas de gestación

SL. Situación Longitudinal

T°/Temp. Temperatura

TA. Tensión arterial

TDP. Trabajo de parto

TDPFA. Trabajo de parto fase activa

TDPFL. Trabajo de parto fase latente

USG. Ultrasonido

VAREFE. Valoración de la respuesta fetal

INDICÉ

I.	INTRODUCCIÓN.....	7
II.	JUSTIFICACIÓN.....	10
III.	OBJETIVOS.....	13
IV.	METODOLOGÍA.....	14
V.	MARCO CONCEPTUAL.....	15
	5.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA	15
	5.2 PARADIGMAS DE ENFERMERÍA	19
	5.3 MODELO TEÓRICO DE DOROTHEA OREM.....	25
	5.4 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	33
VI.	MARCO TEÓRICO	38
	6.1 ASPECTOS BIOÉTICOS DE LA ATENCIÓN PERINATAL.....	38
	6.2 DIABETES GESTACIONAL	42
	6.3 TRABAJO DE PARTO.....	48
VII.	PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO.....	54
	7.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO.....	54
	7.2 SÍNTESIS VALORATIVA	55
	7.3 ESTUDIOS DE LABORATORIO.....	62
VIII.	ESQUEMA METODOLÓGICO	65
IX.	SÍNTESIS DIAGNÓSTICA.....	66
X.	PLAN DE INTERVENCIONES	67
XI.	EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN.....	89
XII.	PLAN DE ALTA	91
XIII.	CONCLUSIONES.....	92
XIV.	BIBLIOGRAFIA.....	95
XV.	ANEXOS.....	98
	ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO	98
	ANEXO 2. INSTRUMENTO DE VALORACIÓN PERINATAL.....	98
	ANEXO 3. NORMA OFICIAL MEXICANA 007-SSA2-2016 PARA LA ATENCIÓN DE LA MUJER EMBARAZADA DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, Y DE LA PERSONA RECIÉN NACIDA	98
	ANEXO 4. FOLLETO PLAN DE ALTA “PUERPERIO FISIOLÓGICO”	98

I. INTRODUCCIÓN

La formación de profesionales en enfermería perinatal ha surgido de la inminente necesidad de nuestro país, de contar con talento humano en el área de la salud, enfocados en la valoración, detección y prevención de riesgos materno-perinatales para disminuir las tasas críticas de morbi-mortalidad. Como estudiantes de este posgrado, nos es preciso documentar las intervenciones realizadas, así como su fundamento científico para agregar valor a nuestro cuidado especializado.

La meta es poder integrar todo ese conocimiento científico adquirido de manera teórica y práctica para la detección oportuna y disminución de riesgos en nuestra población de mujeres gestantes, pudiendo brindar una atención asertiva, de calidad y sustentable, haciendo énfasis en los cuidados humanizados, con las tendencias actuales y acorde a los lineamientos y estándares nacionales e internacionales, como son las guías de práctica clínica, la normatividad mexicana, metas internacionales para la seguridad del paciente, así como las diversas recomendaciones emitidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En el presente estudio de caso, se desarrollan las diferentes etapas del proceso de atención de enfermería así como el plan de cuidados generado a Daniela, paciente quien al momento de la valoración se encontraba en fase activa de trabajo de parto, con los diagnósticos médicos de embarazo de 37.2 SDG por USG y Diabetes Gestacional A1 de White; realizado bajo el enfoque de la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothe Orem. Obteniendo así una serie de intervenciones que nos

permite la detección oportuna y el control de factores de riesgo que ponen en peligro el bienestar del binomio, cuidados especializados que favorecen la evolución y resolución del trabajo de parto, así como el apego madre-hijo y el otorgamiento de educación para la salud de acuerdo a los requerimientos de nuestra paciente.

“Para cambiar el mundo, es preciso cambiar la forma de nacer”. Michel Odent



II. JUSTIFICACIÓN

La morbi-mortalidad perinatal en el país y el mundo es una problemática importante, en la cual se ha trabajado desde diversos enfoques; la formación de profesionales en enfermería perinatal ha contribuido a la disminución de estas cifras mediante la identificación precoz de factores de riesgo en mujeres en edad reproductiva y gestantes.

Paralelamente, dentro de la atención, promovemos el parto respetado y enfatizamos en eliminar prácticas rutinarias y violentas. Una parte esencial de la formación es documentar los conocimientos adquiridos, unificar teoría y práctica, permitiendo así compartirlo para el análisis, debate y mejora de nuestra atención.

El presente trabajo se realiza de manera multiobjetiva. Es requisito para la obtención de grado de “Enfermera Especialista en Enfermería Perinatal” del programa de Especialización Única en Enfermería, de la Universidad Nacional Autónoma de México. Permite visualizar la unificación del trabajo teórico-práctico que el facultativo debe efectuar de manera individualizada a cada paciente, familia o comunidad que tiene a su cuidado, reflejando en este caso específico las intervenciones perinatales generadas a una paciente de embarazo de alto riesgo, en trabajo de parto con Diabetes Gestacional. Siendo esta patología causa de morbi-mortalidad perinatal a nivel nacional e internacional, con una prevalencia del 7% a nivel mundial y reportándose en México 3 al 1.6%.

Más del 90% de los casos de diabetes que complican un embarazo son casos de diabetes gestacional, la creciente prevalencia de diabetes, que se diagnostica en

mujeres a edades más tempranas, favorece la presencia de diabetes y embarazo¹. Agregado a los cambios fisiológicos que impone el embarazo, que han demostrado favorecer el descontrol de los niveles glicémicos. Las mujeres que desarrollan diabetes gestacional tienen alto riesgo de desarrollar diabetes tipo 2, en los 10 años que siguen al embarazo. La exposición del feto a concentraciones elevadas de glucosa plasmática de la madre, durante el segundo y tercer trimestre, resulta en crecimiento fetal excesivo, hipoglicemia, ictericia, hipocalcemia, policitemia y enfermedad por deficiencia de surfactante pulmonar en el neonato y posteriormente, en niños y adultos obesidad y diabetes.² Los hijos de madres con diabetes gestacional tienen un riesgo más elevado de presentar malformaciones congénitas abortos espontáneos, óbitos y muerte neonatal.³

Se pretende de igual forma, plasmar el trabajo realizado por el profesional de enfermería, mostrando intervenciones especializadas e individualizados generadas para el cuidado y bienestar de nuestra paciente gestante, todas estas como resultado de la aplicación y ejecución del proceso de atención de enfermería; herramienta propia del gremio, que permite contar con la información organizada y el fundamento científico de nuestras intervenciones y cuidados a través sus etapas equivalentes a las del método científico.

¹ Consejo de Salubridad General, Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes en el embarazo. Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-320-10. PDF [En línea]. Disponible en http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/320_IMSS_10_Diabetes_embarazo/EyR_IMSS_320_10.pdf Acceso 20-05-16

² *Ibíd.* Pc 7

³ *Ibíd.* Pc 11

Finalmente y no por eso menos importante este trabajo genera beneficios para el binomio madre-feto (objetivo principal de nuestro cuidado), aumentando la calidad de las intervenciones, realizándolas asertivamente como resultado de una completa y adecuada valoración y generación de un plan individualizado de cuidados. Retomado así la esencia de nuestra profesión, el cuidado.

III. OBJETIVOS

- Implementar el conocimiento teórico adquirido, sobre el enfoque de riesgo y la atención perinatal a la gestante.
- Estructurar un proceso de atención enfermería que refleje la conjunción del actuar operacional con la fundamentación teórico-científica de dichas intervenciones.
- Elaborar un plan de cuidados holístico, individualizado, con intervenciones especializadas, que cubran los requisitos de autocuidado de la paciente y permitan el bienestar materno-fetal, así como la atención humanizada del trabajo de parto.
- Documentar de manera sistemática y organizada la información, de las actividades que realiza el profesional de enfermería, así como el resultado de las mismas.

IV. METODOLOGÍA

Para el presente trabajo se seleccionó a una paciente en la guardia nocturna del día 27 de Octubre de 2015 en el área de filtro (urgencias ginecología) de la Unidad 112 Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México, Eduardo Liceaga; la cual era paciente conocida por el servicio de consulta de embarazo de alto riesgo de esta unidad, por presentar Diabetes Gestacional, a la valoración se encontraba cursando con trabajo de parto fase activa y acudía al servicio por ruptura de membranas.

Se aplicó el instrumento de valoración perinatal, de manera directa. Se realizó una exploración céfalo-caudal, y de manera indirecta se obtuvieron datos del expediente médico, como laboratorios, ultrasonografías y notas de evolución, que complementaron la información que se presenta en este estudio de caso. Previo consentimiento informado de la paciente, mismo que firmo un día posterior al evento obstétrico.

Posterior a la validación de los datos obtenidos en la valoración, se organizó dicha información, identificando los requisitos alterados según la teoría de Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem. Se estructuraron diagnósticos de enfermería con formato "PESS", y las intervenciones especializadas para generar la autosuficiencia de los requisitos de autocuidado.

Se documentaron las intervenciones, realizando una investigación monográfica que sustentara nuestro marco teórico-conceptual así como cada uno de los cuidados planeados, haciendo uso de la enfermería basada en evidencia.

V. MARCO CONCEPTUAL

5.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA

El cuidado, es una práctica milenaria, presente desde la existencia del hombre, que ha evolucionado a través de los años y las culturas, convirtiéndose en objeto de estudio de la Enfermería. La Enfermería ha comenzado a convertirse en un campo científico, a pesar de las dificultades que ha debido salvar contra las que aun lucha para fundamentarse como área particular del campo de salud.

Enfermería se ha descrito en numerosas oportunidades como una serie de tareas y técnicas (subordinadas a la medicina); como un servicio humano amplio, compasivo de apoyo; como una vocación aprendida; y más recientemente como una disciplina del área de la salud y del comportamiento humano que maneja el cuidado de la salud en el transcurso del proceso vital humano. La conceptualización incluye el entendimiento de aquellos factores biológicos del comportamiento, sociales y culturales que tienen influencia en la salud y la enfermedad, incluyendo las definiciones de indicadores y resultados de salud.⁴

Se reconoce que enfermería como un campo científico de aplicación porque su desarrollo disciplinar se basa en conocimientos propios particulares y en otros derivados de las ciencias naturales, sociales y de las humanidades. En cualquier campo profesional existe un proceso de evolución típico a partir del momento en que existe movilización del nivel vocacional, en el cual la técnica es preeminente a la racionalización de la práctica y el establecimiento de una base de conocimientos científicos como soporte para la misma.⁵ Uno de los propósitos de la disciplina de enfermería es facilitar el conocimiento necesario y suficiente que deben utilizar las profesionales en la práctica, generar un cuerpo de conocimientos (investigación), y proveer servicios y están comprometidas con la práctica clínica.

⁴ Balan, Cristina et Col. *Teorías y Modelos de Enfermería, Bases Teóricas para el cuidado especializado. Antología*. 2da edición Universidad Nacional Autónoma de México, México 2009 P.c.7

⁵ *Ibíd.* P.c.14-15

La disciplina de enfermería está conformada por la ciencia de enfermería que como se anotó es el cuerpo de conocimientos científicos que guía la práctica de enfermería; y por los fundamentos profesionales que son los conocimientos acerca de la orientación de los valores de la profesión, la naturaleza de la práctica clínica y de los fundamentos históricos y filosóficos de la profesión y de la práctica profesional. El conocimiento y su aplicación se exploran a través del proceso científico de investigación.⁶

Es importante para la organización y el desarrollo del cuerpo de conocimientos de enfermería, entender como están organizadas la disciplina y la práctica, e igualmente cuales son los patrones de conocimiento que ordenan su aprendizaje, facilitan la práctica y determinan la instrumentación científica que se requiere para la interpretación, creación y verificación del conocimiento. Pero todo este ejercicio es inválido si carece de un componente esencial: una clara conceptualización de enfermería. Toda la estructura cognoscitiva científica, al igual que las estructuras estéticas, éticas y de conocimiento personal queda sin pilar básico, si se trabaja enfermería como un abstracto.⁷ Las definiciones de enfermería se deben interpretar y tienen sentido si se analizan a través del periodo histórico y de desarrollo por el que se atraviesa.

Florence Nightingale en 1859 señaló “Enfermería es cuidar y ayudar al paciente que sufre de alguna enfermedad a vivir, lo mismo que la enfermería de la salud es mantener o lograr que la salud de cualquier niño o persona sana se mantenga y no sea susceptible a la enfermedad”, fue quien primero definió enfermería y la diferenció como profesión independiente de la medicina, con metas propias.

Dorothy Johnson, propone como meta inicial el brindar atención a individuos y grupos en situaciones de estrés derivadas de la naturaleza de la salud-enfermedad. El propósito primario era eliminar la tensión y la incomodidad hasta el punto de restaurar y mantener el equilibrio interno e interpersonal.

⁶ Óp. Cit. **Balan**, Cristina et Col. *Teorías y Modelos de Enfermería, Bases Teóricas para el cuidado especializado. Antología*. 2da edición P.c.17

⁷ *Ibid.* P.c.35

En 1960 Virginia Henderson definió enfermería como “la asistencia o cuidado al individuo sano o enfermero, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a la recuperación de la misma (o a una muerte tranquila y digna), y que las podría ejecutar el paciente por sí mismo si tuviera la capacidad, el deseo y el conocimiento.

Orlando también definió enfermería como: “brindar la ayuda que el paciente necesite para satisfacer las necesidades que se requieren para que su bienestar físico y mental sea seguro”. Stevens en 1984, sugiere que la definición de enfermería esta fuera del alcance de la comunidad interesada en su clarificación. Su definición es la siguiente: “La enfermería es una actividad o suceso que ocurre cuando algún agente utiliza su poder para ayudar a manipular a otro agente o entidad con relación a algún hecho enlazado con la situación de salud”.⁸

Meleis (1985) “La enfermera interactúa en la situación de cuidado de la salud con el ser humano, quien es parte integral de su contexto sociocultural y que está en alguna forma de transición o de anticipación a ésta; las interacciones del cliente-enfermera están organizadas alrededor de algún propósito y la enfermera utiliza acciones deliberadas para reforzar, causar o facilitar la situación de salud. Watson en 1988, sugiere que enfermería es un concepto dinámico y cambiante. “es el conocimiento, valores, filosofía, dedicación y acciones relacionadas con las transacciones y subjetividad del cuidado humano. Como tal, el cuidado es el ideal moral de enfermería y consiste en el intento transpersonal de proteger, reforzar y preservar la dignidad de la persona, ayudándola a encontrar sentido a la existencia, aun en el sufrimiento, y aumentar su autoconocimiento, control y bienestar con sentido de armonía interna, a pesar de las circunstancias externas.”⁹

Lenninger en 1988 definió la enfermería como una ciencia y un arte humanística, aprendida que tiene como fundamento el cuidado personalizado y transcultural de compartimentos, funciones y procesos dirigidos a la promoción y mantenimiento de

⁸ Óp. Cit. **Balan**, Cristina et Col. *Teorías y Modelos de Enfermería, Bases Teóricas para el cuidado especializado. Antología*. 2da edición. P.c.37

⁹ *Ibíd.* P.c.38

conductas saludables o a la recuperación de la enfermedad cuando esta tiene significado físico, psicocultural o social para quien es sujeto del cuidado.

Benner Marriner en 1994, La enfermería es la ciencia del cuidado guiado por la ética y el arte. Es el entendimiento de las experiencias vividas en la salud, bienestar, malestar, enfermedad y las relaciones que existen entre ellas. Martha Rogers (1990), define enfermería como la ciencia del hombre unitario. Dice que enfermería es una ciencia y un arte y que lo que hace exclusiva a enfermería es su preocupación por las personas y el mundo en que viven, el cual es un predecesor natural de un sistema abstracto y organizado que engloba a las personas y sus contextos. El propósito de las enfermeras es promover la salud y el bienestar de las personas en cualquier situación del proceso vital. El arte de enfermería es la utilización creativa de la ciencia para el mejoramiento humano. Newman (1991) conceptualiza a enfermería como el estudio del cuidado de la experiencia de la salud de los humanos.

La necesidad de una conceptualización cualquiera que soporte el desarrollo de la práctica, la investigación y la educación, aun sin compromiso de manejo de una teoría o medio conceptual, se puede deducir claramente, ya que si se analiza la definición y se derivan de ella los elementos fundamentales, interpretándolos de forma significativa, se ha dado un paso en la clarificación de lo que puede ser un currículo o el desempeño de la práctica profesional.¹⁰

Enfermería debe trabajar en el campo de la práctica, investigación y desarrollo curricular con conceptualizaciones claras y propias. No importa que sean las definidas con anterioridad o que sean nuevas. Las teorías han hecho esfuerzos por clasificar estos elementos, muchas veces con poco éxito; sin embargo enfermería debe continuar por la ruta de la búsqueda del conocimiento propio y lograr la

¹⁰ Óp. Cit. **Balan**, Cristina et Col. *Teorías y Modelos de Enfermería, Bases Teóricas para el cuidado especializado. Antología*. 2da edición P.c.39

independencia profesional y disciplinar que ha estado buscando desde que comenzó su desarrollo teórico en la décadas de los años cincuenta.¹¹

5.2 PARADIGMAS DE ENFERMERÍA

La disciplina de enfermería ha ido evolucionando con los acontecimientos y con las corrientes de pensamiento que han ido sucediendo a lo largo de la historia, lo que ha provocado situaciones de cambio dentro de esta ciencia, para cuyo conocimiento es necesario abordar los diferentes paradigmas y concepciones que han ido configurando su desarrollo en conjunto con otras ciencias.

A partir de la década de los 60, el inicio de la investigación en enfermería constató la falta de sistemas teóricos sólidos que pudieran ofrecer conexiones conceptuales válidas para el ejercicio profesional. Con estas observaciones en el área de la ciencia de enfermería se comienza a usar el concepto de paradigma como referente para el desarrollo de la ciencia y base para múltiples ciencias. Al utilizar este concepto debe hacerse referencia a Thomas Khun, que lo utiliza como eje central de su visión de la ciencia a partir de su concepción de "ciencia normal" y de la naturaleza de las evoluciones científicas. Es evidente que la filosofía de la ciencia, dictada por Khun, ha servido de gran ayuda para comprender la evolución de la teoría de la enfermería mediante los modelos paradigmáticos de la ciencia. En los años 80, el desarrollo en las teorías de enfermería fue el característico de los períodos de transición, del modelo de preparadigma al de paradigma. Los paradigmas dominantes (modelos) proyectaban diversas perspectivas sobre la práctica de enfermería, la administración de ciencias, la investigación y los posteriores desarrollos técnicos, es decir, dirigían las actividades de una disciplina y como tal fue aceptada por la mayoría de sus miembros. Es por ello, que en el trabajo que realizan los enfermeros se observan características de los distintos paradigmas que se han ido manifestando a lo largo de la historia, los cuales en

¹¹Óp. Cit. **Balan**, Cristina et Col. *Teorías y Modelos de Enfermería, Bases Teóricas para el cuidado especializado. Antología*. 2da edición. P.c.41

período de transición se superponen sin que una forma de pensamiento supere totalmente a la anterior. Esto es aplicable a cualquiera de los campos en que se puede orientar el trabajo de enfermería.¹²

En el área de la ciencia enfermera, los autores han propuesto terminología específica de estos paradigmas teniendo en cuenta su influencia sobre las concepciones de la disciplina.¹³ La clasificación de los modelos de enfermería como paradigma, que aplicaba conceptos metaparadigmáticos como los de persona, entorno, salud y enfermería, contempla los trabajos en este campo de un modo que mejora la comprensión del desarrollo del conocimiento y arroja luz sobre el avance de la ciencia de la enfermería dentro de las visiones contempladas por estos paradigmas. En este sentido se presentan 3 paradigmas: categorización, integración y transformación, que a la vez se han fundamentado en las diferentes corrientes de pensamiento que han servido para orientar la disciplina de enfermería.

Paradigma de categorización

Según el paradigma de la categorización, los fenómenos son divisibles en categorías, clases o grupos definidos, considerados como elementos aislables o manifestaciones simplificables.¹⁴

Un cambio en un fenómeno es consecuencia de condiciones anteriores. Así los elementos y las manifestaciones conservan entre sí las relaciones lineales y casuales. Bajo el ángulo de este paradigma, el desarrollo de los conocimientos se orienta hacia el descubrimiento de leyes universales.

Aplicado en el campo de la salud, este paradigma orienta el pensamiento hacia la búsqueda de un factor causal responsable de la enfermedad. Ha inspirado particularmente dos orientaciones en la profesión enfermera, una orientación centrada en la salud pública que se interesa tanto en la persona como en la

¹² Sanabria, Luiris. Los paradigmas como base del pensamiento actual en enfermería. Rev Cub Educ Med Super 2002(16)4 En línea. Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol16_4_02/ems07402.htm Acceso 09/06/15

¹³ Kérouac, Suzanne et col. El pensamiento enfermero. Elsevier Masson Barcelona 1996, reimpresión 2007 P.c 5

¹⁴ Ibidem P.c. 3

enfermedad y, más tarde, una orientación centrada en la enfermedad y estrechamente unida a la práctica médica.

La orientación centrada en la Salud Pública, se sitúa temporalmente entre los siglos XVIII y XIX y está caracterizada por la necesidad de mejorar la salubridad y de controlar las enfermedades infecciosas en los medios clínicos y comunitarios. Desde la línea que marca esta orientación se pueden explicar los conceptos metaparadigmáticos de enfermería: la persona, el entorno, la salud y el cuidado.¹⁵

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

La orientación centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica surge cuando comienzan a controlarse las enfermedades infecciosas, a partir del siglo XIX. El significado de los elementos que forman el metaparadigma según esta orientación es el siguiente:

- La persona, es un todo formado por la suma de partes independientes entre sí y además, no participa en su cuidado.
- El entorno, es independiente de la persona y algo que se puede controlar y manipular.
- La salud, es la ausencia de enfermedad, un estado deseable.

¹⁵ Óp. Cit. Sanabria, Luiris. Los paradigmas como base del pensamiento actual en enfermería.

- El cuidado, es aquel que ofrece la enfermera experta en conocimientos y habilidades, con el fin de suplir las incapacidades y déficits que surjan en la persona.

Paradigma de la integración

El paradigma de la integración prolonga el paradigma de la categorización reconociendo los elementos y las manifestaciones de un fenómeno e integrando el contexto específico en que se sitúa un fenómeno.¹⁶ El paradigma de la integración ha inspirado la orientación enfermería hacia la persona.

- La persona, es un todo formado por la suma de las partes que están interrelacionadas entre sí, en la búsqueda constante de las mejores condiciones para detener o mantener su salud y bienestar.
- El entorno, constituido por los diversos contextos en los que vive la persona, supone una interacción constante en forma de estímulos positivos, negativos y de reacciones de adaptación.
- La salud, es un ideal que se debe conseguir; es decir, adquiere identidad y pierde su subordinación a la enfermedad. Salud y enfermedad son dos entidades distintas que coexisten e interaccionan de manera dinámica.
- El cuidado, amplía su objetivo y se dirige a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones; lo que significa que se llevará a cabo para recuperar a la persona de su enfermedad, prevenir dicha enfermedad e incluso, fomentar su salud. La enfermedad aplica el cuidado después de identificar la necesidad de ayuda de la persona y considerar sus percepciones y su integralidad.¹⁷

¹⁶ Óp. Cit. Kérouac, Suzanne et col. El pensamiento enfermero. P.c 9

¹⁷ Óp. Cit. Sanabria, Luiris. Los paradigmas como base del pensamiento actual en enfermería.

Paradigma de la transformación

El paradigma de la transformación representa un cambio de mentalidad sin precedentes. En las condiciones de cambio perpetuo y de desequilibrio, la interacción de fenómenos complejos es percibida como el punto de partida de una nueva dinámica aún más compleja. Se trata de un proceso recíproco y simultáneo de interacción.

Según el paradigma de la transformación un fenómeno es único en el sentido de que no se puede parecer totalmente a otro. Algunos presentan similitudes pero ninguno otro se le parece totalmente. Cada fenómeno puede ser definido por una estructura, un pattern único.¹⁸

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

- La persona, es un todo indivisible que orienta los cuidados según sus prioridades. Es además indisoluble de su universo, en relación mutua y simultánea con el entorno cambiante. La persona, por tanto, coexiste con el medio.
- La salud, es un valor y una experiencia que cada persona la vive desde una perspectiva diferente, va más allá de la enfermedad, pero a la vez esta sirve para el proceso de cambio continuo de las personas. Es una experiencia que engloba la unidad ser humano-entorno.
- El entorno, es ilimitado, es el conjunto del universo.
- El cuidado, se dirige a la consecución del bienestar de la persona, tal y como ella lo define. De este modo, la intervención de enfermería supone respeto e interacción del que ambos, persona-enfermera, se benefician para desarrollar el potencial propio.¹⁹

¹⁸ Óp. Cit. Kérouac, Suzanne et col. El pensamiento enfermero. P.c 13

¹⁹ Óp. Cit. Sanabria, Luiris. Los paradigmas como base del pensamiento actual en enfermería

Las enfermeras van y vienen entre los diferentes paradigmas y lo hacen, a menudo sin saberlo. Cuando un paradigma ha guiado la comprensión del mundo durante varios años, es difícil reemplazarlo por otra forma de ver. Incluso es difícil aceptar que hay otras formas de ver.²⁰

²⁰ Óp. Cit. Kérouac, Suzanne et col. El pensamiento enfermero. P.c 18

5.3 MODELO TEÓRICO DE DOROTHEA OREM

La disciplina de enfermería cuenta con teorías y modelos que sustentan su práctica profesional; los postulados de Florence Nightingale despertaron el interés de otras enfermeras que desarrollaron filosofías, teorías y marcos conceptuales sobre el cuidado. Una de las grandes teóricas es Dorothea Elizabeth Orem, quien desarrolló su modelo conceptual donde propone tres teorías relacionadas entre sí y cuya finalidad es mantener la funcionalidad vital de la persona mediante el cuidado de sí misma.²¹

Orem enfatiza que la primera parte de cualquier proceso de enfermería deber ser determinar si se requiere la ayuda de enfermería, y que este juicio debe validarse usando la información de tantas fuentes como sea posible. Es probable que esta validación parta de una comprensión negociada entre grupos profesionales, el individuo y su familia, Una vez que se ha determinado que la ayuda e intervención de enfermería que logrará los objetivos de salud determinados para ese paciente en concreto. Una vez diseñado dicho sistema, hay una fase de ejecución que se centra en ayudar a compensar las limitaciones para el cuidado de la salud, estimular las capacidades existentes y prevenir nuevas limitaciones.²²

Biografía

Dorothea Elizabeth Orem nació y se crió en Baltimore, Maryland en 1914. Inició su carrera de enfermera en la Providence Hospital School of Nursing en Washington, DC, donde recibió un diploma en enfermería a principios de la década de 1930. En 1934 entró a la Universidad Católica de América, donde obtuvo en 1939 un Bachelor of Sciences en Nursing Education, y en 1946 un Master of Sciences in Nurse Education.

²¹ Pereda Acosta Margarita, *Explorando la teoría general de enfermería de Orem*, Revista de Enf Neurol (Mex)Vol. 10, No. 3: 163-167, 2011 INNN, 2010 PDF [En línea] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2011/ene113j.pdf> acceso el 01/11/15

²² Óp. Cit. Balan, Cristina et Col. *Teorías y Modelos de Enfermería, Bases Teóricas para el cuidado especializado. Antología*. 2da edición P.c. 263

Sus primeros años de práctica enfermera los pasó en el Providence Hospital, Washington, DC (1934-1936-1942) y en el Hospital de San Juan, Lowell, Massachusetts (1936-1937). Después de recibir títulos avanzados, Orem se centró principalmente en la enseñanza, investigación y administración. Se desempeñó como director de la Escuela de Enfermería del Providence Hospital en Detroit, Michigan 1945-1948, donde también enseñó ciencias biológicas y de enfermería (1939-1941). En la Universidad Católica de América, Orem se desempeñó como Profesor Asistente (1959-1964), Profesor Adjunto (1964-1970) y Decano de la Escuela de Enfermería (1965-1966).

Como consultor de plan de estudios, Orem trabajó con las escuelas, departamentos y divisiones de enfermería en las universidades y escuelas superiores como la Universidad de Alberta, George Brown College de Artes Aplicadas y Tecnología, la Universidad del Sur de Mississippi, la Universidad de Georgetown, Incarnate Word College, El Paso Community College, el Colegio Médico de Virginia, y el Instituto Técnico de Washington.

También se desempeñó como consultor de plan de estudios para la Oficina de Educación de Estados Unidos Departamento de Salud, Educación y Bienestar Social, Sección enfermería práctica en 1958, 1959 y 1960, en la División de Hospitales y Servicios Institucionales, el Consejo de Salud del Estado de Indiana desde 1949 para 1957, y para el Centro de Experimentación y Desarrollo en Enfermería, el Hospital Johns Hopkins, 1969/71, y Director de Enfermería, Wilmer Clinic, en el Hospital Johns Hopkins, 1975-1976.

El primer libro publicado de Orem fue Nursing Concepts of Practice en 1971. Mientras preparaba y revisaba Concept formalization in Nursing: Process and Product, Orem fue editora de la NDCG (1973,1979). En 2004 se reeditó la segunda edición y fue distribuida por la International Orem Society for Nursing Science and Scholarship (IOS). Las siguientes ediciones de Nursing: concepts of Practice se publicaron en 1980, 1985, 1991, 1995, y 2001. Orem se jubiló en 1984 y siguió trabajando, de forma individual y con sus colaboradores, en el desarrollo de la teoría enfermería del déficit de autocuidado (TEDA).

La Georgetown University le confirió a Orem el título honorario de Doctor of science en 1976. Recibió el premio Alumini Association Award for Nursing Theory de la CUA en 1980. Entre los demás títulos recibidos se encuentran el Honorary Doctor of Science, Incarnate Word College, en 1980; el Doctor of Humane Letters, Illinois Wesleyan University (IWU), en 1988; el Linda Richards Award, National League for Nursing, en 1991, y el Honorary Fellow of the American Academy of Nursing en 1992. Fue nombrada doctora Honoris causa de la Universidad de Missouri en 1998. Dorothea murió el 22 de junio de 2007 en su casa de Skidaway Island (Georgia).²³

Teoría General de Orem

La teoría general de la enfermería representa una imagen completa de la enfermería y se expresa mediante tres teorías, expuesta por Orem en 1958. La teoría de los sistemas enfermeros es la unificadora; la teoría del déficit de autocuidado desarrolla la razón por la cual una persona se puede beneficiar de la enfermería. La teoría del autocuidado sirve de fundamento para las demás, y expresa el objetivo, los métodos y los resultados de cuidarse a uno mismo.

El autocuidado es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar, por tanto es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, necesidad de autocuidado, y actividad de autocuidado conforman los fundamentos que permiten entender las necesidades y las limitaciones de acción de las personas que pueden beneficiarse de la enfermería. Como función reguladora del hombre, el autocuidado es diferente de otros tipos de regulación del funcionamiento y el desarrollo humano. El autocuidado debe aprenderse y aplicarse de forma deliberada y continúa en el tiempo, siempre en correspondencia con las necesidades de regulación que tienen los individuos en sus etapas de crecimiento

²³ Franco Montoya Paula A. *Déficit de Autocuidado Dorothea Elizabeth Orem*. Modelos Enfermeros Blogspot. [En línea] Disponible en: <http://modelosenfermerosucaldas.blogspot.mx/2013/06/dorothea-elizabeth-orem.html> Acceso: 01/11/15

y desarrollo, estados de salud, características sanitarias o fases de desarrollo específicas, factores del entorno y niveles de consumo de energía.

Esta teoría sugiere que la enfermería es una acción humana articulada en sistemas de acción formados (diseñados y producidos) por enfermeras a través del ejercicio de su actividad profesional ante personas con limitaciones de la salud o relacionadas con ella, que plantean problemas de autocuidado o de cuidado dependiente.

Los sistemas de enfermería pueden estar preparados para personas individuales, para personas dentro de una unidad de cuidados dependientes, para grupos cuyos miembros tienen demandas de autocuidado terapéutico con componentes semejantes o presentan limitaciones similares que les impiden comprometerse en un autocuidado o cuidado dependiente o para familias y otras unidades multipersonales.

En el sistema de atención secundaria, la afluencia de pacientes con limitaciones físicas es mayoritaria, lo cual da lugar a altas demandas de cuidado enfermero, que van desde acciones terapéuticas hasta acciones independientes para la satisfacción de necesidades.

La labor abarcadora de enfermería engloba todas las esferas del ser biopsicosocial que representan nuestros pacientes. Es evidente que las acciones sobre el autocuidado tienen gran peso dentro de las responsabilidades del enfermero teniendo en cuenta que enfrentamos al hombre enfermo extraído de su entorno familiar.⁹ No obstante, haber establecido sistemas de apoyo a esta actividad, tales como: la existencia de la asistente de enfermería, la presencia del familiar y la disposición de recursos diseñados para facilitar la tarea de satisfacer el déficit de autocuidado sigue siendo un problema difícil de enfrentar.²⁴

²⁴ **Rojas** Gallo Annia et al. *Gestión del Cuidado Enfermero*, en la teoría de déficit de autocuidado. Revista Cubana de Enfermería versión On-line ISSN 1561-2961 Rev Cubana Enfermer v.25 n.3-4 Ciudad de la Habana jul.-dic. 2009 [En línea] Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192009000200002 Acceso: 01/11/15

Metaparadigma

El metaparadigma representa la estructura más abstracta y global de nuestra disciplina. Integra las definiciones conceptuales de persona, entorno, salud y Enfermería dotando así a nuestra profesión de un significado concreto y exclusivo²⁵.

Dorotea Orem definió los siguientes conceptos meta paradigmáticos:

Persona: concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.

Salud: la salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Por tanto lo considera como la percepción del bienestar que tiene una persona.

Enfermería: servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

²⁵ **Morales** Valdivia Estela, et al. *Metaparadigma y teorización actual de e innovadora de las teorías y modelos de enfermería*. Recien, Revista Científica de Enfermería. N°4 Mayo 2012 ISSN 1989-6409 PDF [En línea] Disponible en http://www.recien.scele.org/documentos/num_4_may_2012/proced_metaparadigma_teorizac_teorias_modelos_enfermer.pdf f Acceso: 01/11/2015

Aunque no lo define Entorno como tal, lo reconoce como el conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlo.²⁶

Teoría del Déficit de Autocuidado

Esta teoría desarrolla la razón por la cual una persona se puede beneficiar de la enfermería. La idea central de esta teoría es que las necesidades de las personas que precisan de la enfermería se asocian a la subjetividad de la madurez y de las personas maduras relativa a las limitaciones de sus acciones relacionadas con su salud o con el cuidado de su salud. Estas limitaciones vuelven a los individuos completa o parcialmente incapaces de conocer los requisitos existentes y emergentes para su propio cuidado regulador o para el cuidado de las personas que dependen de ellos. También tienen limitada la capacidad de comprometerse en la actuación continua de las medidas que hay que controlar o en la dirección de los factores reguladores de su función o de la persona dependiente de ellos. El déficit de autocuidado es un término que expresa la relación entre las capacidades de acción de las personas y sus necesidades de cuidado. Es un concepto abstracto que, cuando se expresa en términos de limitaciones, ofrece guías para la selección de los métodos que ayudaran a comprender el papel del paciente en el autocuidado.

Para lograr el propósito de mantener nuestro bienestar, salud y desarrollo, todos los seres humanos tenemos requisitos que son básicos y comunes a todos, según esta autora existen tres grandes grupos de requisitos. Es así como las personas desarrollan prácticas de autocuidado que se transforman en hábitos, que contribuyen a la salud y el bienestar. Todas estas actividades son medidas por la voluntad, son actos deliberados y racionales que realizamos muchas veces sin

²⁶Prado Solar Liana Alicia et al. *La teoría déficit de autocuidado: dorothea orem punto de partida para calidad en la atención*. Revista médica electrónica Versión ISSN 1684-1824 Rev. Med. Electron. Vol.36 no.6 matanzas nov.-dic. 2014 Artículo de revisión. [En línea] Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004 Acceso: 01/11/15

darnos cuenta siquiera, se han transformado en parte de nuestra rutina de vida. Los niños cuando aprenden estas prácticas se están transformando en personas que se proporcionan sus propios cuidados, en este caso ellos son sus propios agentes de autocuidado.

- Requisitos Universales
- Requisitos del Desarrollo
- Alteraciones o Desviaciones de Salud

Requisitos universales del autocuidado son comunes a todos los seres humanos e incluyen la conservación del aire, agua, alimentos, eliminación, la actividad y el descanso, soledad e interacción social, la prevención de riesgos y promoción de la actividad humana.

Estos ocho requisitos representan los tipos de acciones humanas que proporcionan las condiciones internas y externas para mantener la estructura y la actividad, que a su vez apoyan el desarrollo y la maduración humana. Cuando se proporciona de forma eficaz, el autocuidado o la asistencia dependiente organizada en torno a los requisitos universales, fomenta positivamente la salud y el bienestar.

Requisitos:

- 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 al potencial humano

Estos requisitos están íntimamente relacionados entre sí, pero cada uno de ellos es logrado en diferente grado de acuerdo a los "factores condicionantes básicos" que son determinantes influyentes en el estado de salud de toda persona.

Por lo tanto Henderson, en su modelo, buscó la independencia en la satisfacción de las necesidades fundamentales de la persona sana o enferma. Y para que esto sea posible se requiere que la enfermera posea conocimientos que le permitan incitar e incrementar las habilidades, destrezas y la voluntad del individuo hasta conseguir que sus requerimientos de salud puedan ser cubiertos de acuerdo a su capacidad; de igual manera Orem, en su teoría de déficit de autocuidado, promueve la relación entre las funciones de la enfermera y la participación del hombre para satisfacer sus necesidades, con el propósito de lograr la independencia de cada persona de acuerdo a sus capacidades, disponibilidad y madurez para restablecer o mantener su salud.²⁷

²⁷ Óp.Cit. **Pereda** Acosta Margarita, *Explorando la teoría general de enfermería de Orem*

5.4 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Antes de que se desarrollara el proceso de atención de enfermería, los cuidados de enfermería se basaban en las órdenes escritas por los médicos, y estaban más enfocadas hacia las enfermedades específicas que a la propia persona. Con frecuencia, se aplicaban cuidados independientes del médico guiados por la intuición y no por un método científico.²⁸

El término PAE (Proceso de Atención de Enfermería), se considera relativamente nuevo, a partir del año 1955, donde Hall hizo mención del mismo, formulando su conocida afirmación “La asistencia sanitaria es un proceso que tiene como preposiciones fundamentales al paciente, para el paciente y con el paciente”. Transcurrió una década para que comenzara a apreciarse un significativo interés por el Proceso de Enfermería. Jean Orlando inició proponiendo la Teoría del Proceso Deliberativo, que se consideraba como la formulación embrionaria del PAE, ya que proponía la distinción entre las acciones deliberadas y las automáticas de los profesionales; un conjunto de acciones de los enfermeros dirigidas hacia el comportamiento del paciente. En el mismo sentido Johnson, afirmó que “la contribución de la enfermería consiste en facilitar el funcionamiento eficaz de la conducta del paciente antes, durante y después de la enfermedad. Wiedenbach, por su parte, desarrolló los conceptos que hoy en día subyacen en el PAE, como el propósito de las acciones enfermeras, las creencias que motivan y orientan sus intervenciones, el tipo de conocimientos que precisa para la emisión de un juicio o las aptitudes que debe desarrollar para lograr los resultados esperados.²⁹ En 1967 la Facultad de Enfermería de la Catholic University of America propuso cuatro componentes del PAE: valoración, planificación y evaluación. El concepto de diagnóstico en enfermería, se desarrolló entre los años 1950 y 1960, se aplicó a la identificación de problemas o necesidades del cliente, en 1973 se definió como “la

²⁸ Kozier, Barbara et Col. Fundamentos de Enfermería 7ma edición. Ed. McGraw Hill. España 2007. P.c.181

²⁹ Balan, Cristina et Col. Teorías y Modelos de Enfermería, Bases Teóricas para el cuidado especializado. Antología. 2da edición Universidad Nacional Autónoma de México, México 2009 pc. 149-150

conclusión o juicio que tienen lugar como resultado de la valoración de enfermería. En 1982 es creada la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).³⁰

Un proceso es una serie de actuaciones planificadas u operaciones dirigidas hacia un resultado en particular. El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es un método sistemático y racional de planificar y dar cuidados de enfermería. Su objetivo es identificar las necesidades de salud actuales y potenciales del cliente, establecer planes para resolver las necesidades identificadas y actuar de forma específica para resolverlas. El proceso es cíclico, sus componentes siguen una secuencia lógica, aunque suelen solaparse unos con otros.

Para poder ser desarrollados se requiere de dos personas: el cliente y la enfermera. El cliente puede ser un individuo, la familia o la comunidad, y participar lo más activamente posible en todas las fases del proceso. Las capacidades de la relación incluyen comunicación, escucha activa, expresión de interés, comprensión, conocimientos e información, desarrollando confianza y obteniendo datos de manera que respete la individualidad, promocióne la integridad de la familia y contribuya a la autosuficiencia de la comunidad.³¹

El Proceso de Enfermería puede considerarse como una serie de 5 fases: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación.

En la valoración se incluye la recolección de datos, su verificación organización comprobación de las primeras impresiones y su anotación, y en ella se incluyen los métodos de entrevista, observación y valoración física. En esta fase se recopilan datos sobre la persona que permiten registrar las respuestas físicas, las ideas, valores y sentimientos a través de los cuales se identifican las necesidades de la persona y se determinan las prioridades del plan de cuidados. En la primera parte del proceso, las creencias, los conocimientos y las capacidades del profesional son los principales factores influyentes en el modo en el que se desarrolla la intervención clínica. Entre los métodos que se utilizan en la valoración se encuentra la entrevista

³⁰ Óp., cit. Kozier, Barbara et Col. Fundamentos de Enfermería 7ma edición.

³¹ *Ibidem*, P.c 181

clínica que permite al enfermero adquirir información precisa, establecer la relación enfermero-paciente, determinar las áreas que precisan de una valoración específica y aquellas en las que el cliente puede identificar problemas y establecer objetivos. La observación sistemática se realiza a través de los sentidos. La exploración física permite definir aún más la respuesta del cliente ante el proceso patológico, sobre todo aquellas respuestas susceptibles de ser tratadas con acciones de enfermería; establecer una base de datos para comprobar a la hora de la evaluación la eficacia de las intervenciones de enfermería o médicas. Y por último justificar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista u otra relación enfermera-paciente. La flexibilidad de esta fase resulta tal que es posible efectuar un exploración física sin que este determinado la metodología específica a seguir.³²

La segunda fase del Proceso de Atención de Enfermería hace mención al Diagnóstico, que también son una función independiente y una declaración del discernimiento en enfermería. Son enunciados relacionados con los problemas de salud potenciales o reales, que se escriben de forma descriptiva, etiológica, concisa y clara que dirigen las intervenciones de enfermería y reflejan la condición de salud actual del paciente. Gordon definió los componentes del diagnóstico de enfermería como “síndrome PES”, siendo el acrónimo del problema, la etiología y las señales o síntomas.³³

Existen 3 tipos de diagnóstico: Real, de riesgo y de salud. El diagnóstico real se compone de tres partes que son, el problema el factor relacionado o la causa del mismo y los datos objetivos o subjetivos del mismo. El diagnóstico de riesgo “describe respuestas humanas a situaciones de salud/procesos vitales que pueden desarrollarse a un futuro próximo en una persona, una familia o una comunidad vulnerables, por lo que tan solo está constituido por las dos primeras partes del diagnóstico real, esto es el problema y el factor de riesgo causal. Por su parte los

³² Óp. Cit Balan, Cristina et Col. Teorías y Modelos de Enfermería, Bases Teóricas para el cuidado especializado. Antología. 2da edición P.c. 150-151

³³ Ibidem. P.c. 152

diagnósticos de salud son un juicio real que se emite en una situación de salud pero que podría alcanzar un nivel mayor.

La siguiente etapa del proceso es la planificación de los cuidados, que implica una serie de fases para el desarrollo de las estrategias diseñadas para reforzar las respuestas saludables de la persona, para impedir, reducir o corregir las respuestas insanas. Consta de cuatro pasos lógicos y consecutivos elaborados para proporcionar unos cuidados adecuados al estado de salud del paciente. En primer lugar se deben establecer las prioridades, por lo que es preciso un sistema para determinar que diagnóstico o diagnósticos serán tratados en primer lugar. El segundo componente de esta etapa es el desarrollo de los resultados también denominados objetivos. Su formulación se deriva de la respuesta humana identificada en el diagnóstico enfermero al tener que estar centrados en el cliente ya que su propósito es el de constituirse como criterios para la evaluación del grado en la que la respuesta humana ha sido impedida, modificada o corregida y así valorar la calidad de los cuidados de enfermería.³⁴ Tras los objetivos se formulan las intervenciones de enfermería que deben estar basadas en principios científicos, ser coherentes e individualizadas. Las intervenciones de enfermería suelen clasificarse en independientes, dependientes e interdependientes y se centran en las actividades necesarias para el fomento, conservación o restablecimiento de la salud del cliente.

Las intervenciones de enfermería dependientes son aquellas en la que el profesional ejecuta el tratamiento facultativo, las interdependientes son llevadas a cabo junto con otros profesionales del equipo de salud, y las intervenciones independientes de enfermería, son aquellas que deberían identificar de modo unívoco los fenómenos propios de la investigación y aplicación práctica intencional, se define como aquellas actividades que pueden realizar las enfermeras sin necesidad de una orden médica. El último paso de la planificación lo constituye la documentación que puede realizarse en un plan de atención individualizado,

³⁴ Óp. Cit Balan, Cristina et Col. Teorías y Modelos de Enfermería, Bases Teóricas para el cuidado especializado. Antología. 2da edición P.c. 154-155

estandarizado o informatizado y cuyo propósito es procurar cuidados eficaces y continuos.

La penúltima etapa del proceso es la ejecución que consiste en llevar a cabo el plan de cuidados planeado. Esta fase a su vez se subdivide en 3 etapas: la preparación, la intervención propiamente dicha y la documentación o registro tanto de las intervenciones enfermeras como de las respuestas del cliente, y se consideran los pasos independientes del modelo organizativo utilizado para satisfacer las necesidades de la persona a la que se cuida.

Finalmente la evaluación que es la fase que determina la calidad de los cuidados prestados, obliga a la revisión de todos y cada uno de los pasos establecidos por el proceso de enfermería y permite apreciar tanto los progresos experimentados por el paciente como la adecuación de las intervenciones enfermeras. Estas dos dimensiones permiten garantizar la calidad de los cuidados de enfermería prestados. Una valoración precisa unos diagnósticos apropiados, una planificación realista y una ejecución pertinente parecen ser los criterios que procura asegurar esta última etapa. ³⁵

³⁵ Óp. Cit Balan, Cristina et Col. Teorías y Modelos de Enfermería, Bases Teóricas para el cuidado especializado. Antología. 2da edición P.c. 156.

VI. MARCO TEÓRICO

6.1 ASPECTOS BIOÉTICOS DE LA ATENCIÓN PERINATAL

La humanidad ha modificado a través del tiempo su comportamiento tanto individual como grupal, el ejercicio de la medicina y por ende, el manejo de la ética y el humanismo. En este contexto, es una empresa intelectual analítica y teórica que es dominada por una energía propiamente científica, se enfrenta a problemas de diversa índole: problemas lógicos, semánticos e epistemológicos.³⁶

38

La Bioética se refiere al estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias biológicas y la atención de la salud, en la medida de que esta conducta se examine a la luz de valores y principios morales. Se ocupa de lo lícito de las acciones relacionadas con la práctica y el desarrollo de las ciencias médicas y biológicas.³⁷

Los espectaculares avances ocurridos en los últimos 30 años en el campo de la obstetricia han cambiado de manera radical el conocimiento de los acontecimientos que suceden en el interior del útero, durante el embarazo y el trabajo de parto, haciendo cambiar radicalmente nuestro concepto del feto, la mujer gestante y el binomio. Permitiendo diagnosticar mejor y con mayor precisión, diversas patologías para así poder brindar un mejor tratamiento u opciones del mismo. Sin embargo, como ha sucedido en otros muchos campos de las ciencias médicas, la excesiva tecnificación puede suponer una importante causa de iatrogenia, que en el caso del feto y la mujer gestante hay que considerar con un mayor cuidado por su fragilidad como paciente y por la gran necesidad de protección de sus derechos como persona.

Esta actividad médica debe por tanto basarse en los principios de:

³⁶ Cardona Pérez Arturo J. *El paradigma perinatal*. PDF [En línea] Disponible en: <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/2/981/11.pdf> Acceso 01/11/15

³⁷ Ahued José Roberto. *Aspectos bioéticos en Medicina Materno Fetal*. *Perinatol Reprod Hum* 2001; 15: 214-218 PDF [En línea] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2001/ip014a.pdf> Acceso 01/11/15

- Autonomía: derecho del paciente, a decidir por sí mismo.
- No maleficencia: no realizar acciones que puedan causar daño o perjudicar al paciente. Hay que tener en cuenta que muchas de las acciones diagnósticas y terapéuticas pueden causar daño al feto o la madre y por tanto debe valorarse estrictamente la relación riesgo/beneficio en cada caso.
- Beneficencia: obligación de actuar en beneficio del paciente, así todas nuestras acciones deben ir encaminadas a mejorar su expectativa vital o evitar su sufrimiento.
- Justicia: tratar a cada uno como corresponda con la finalidad de disminuir las situaciones de desigualdad (ideológica, social, cultural, económica, etc.). Este principio también obliga a poner a disposición de los padres todas las posibilidades diagnósticas según los conocimientos actuales de la ciencia.³⁸

Debemos fijar unos principios de referencia para una actuación prenatal verdaderamente ética, como son:

Respeto por la vida: todas las actuaciones médicas deben estar encaminadas hacia éste principio.

Equilibrio entre los riesgos y los beneficios, tanto para la madre, como para el feto.

Indicación médica precisa: debido a los riesgos que entraña, no debería realizarse ninguna técnica que entrañe peligro sin una correcta indicación médica. Aquí tiene plena vigencia el principio de «primum non nocere», lo primero no hacer daño.

Información exhaustiva: la necesidad de informar exhaustivamente a los padres del diagnóstico, posibilidades terapéuticas y del pronóstico, recogida en nuestro ordenamiento jurídico (consentimiento informado), con un lenguaje comprensible y ajustado a los conocimientos de los padres, es de fundamental importancia. La trascendencia de ésta información es decisiva a la hora de tomar decisiones terapéuticas.

Respeto de la conciencia: debe respetarse los condicionantes sociales, culturales, morales y religiosos de los padres a la hora de tomar decisiones.

³⁸ Valero de Bernabé Javier. *Medicina Perinatal y diagnóstico prenatal*. Cuad. Bioét. XX, 2009/3ª PDF [En línea] Disponible en: <http://www.aebioetica.org/rtf/10-BIOETICA-70.pdf> Acceso: 01/11/15

Capacitación suficiente y adecuada del equipo médico y del centro para la realización de las técnicas de diagnóstico y tratamiento perinatal. Así, en caso de no disponer de los medios, de los conocimientos y habilidades precisas para su realización, deberá remitirse la paciente a otro centro o profesional que sí los tenga. Importancia de contar con un Comité Ético multidisciplinario en el centro de trabajo, para valorar individualmente los casos especiales en los cuales se precisa de un consenso lo más amplio posible.

Un elemento ético nuclear del nuevo modelo de relación clínica es la autonomía, que presenta tres dimensiones estrechamente relacionadas. 1) La autonomía decisoria, referida a la libertad de elección, esto es, a la capacidad de la paciente o usuaria para deliberar y decidir por un curso de acción. Es la dimensión ética y jurídicamente más desarrollada, a partir de la teoría del consentimiento informado. 2) La autonomía informativa, que se ocupa de la definición, la protección y el control de la información de carácter personal y de la documentación asistencial, bien con mecanismos tradicionales como el secreto profesional, la confidencialidad y el derecho a la intimidad, bien con otros más recientes como el derecho fundamental a la protección de datos personales. 3) La autonomía funcional, que alude a la libertad de acción (actuación o abstención) de la paciente o usuaria y la capacidad de realizar por sí misma las decisiones adoptadas.³⁹

La dignidad y la autonomía de la mujer embarazada se expresan de modo eminente a través de su derecho a recibir tratamiento y cuidados y del derecho a adoptar decisiones autónomas. El ejercicio de la autonomía decisoria se inserta en un proceso comunicativo sujeto a determinados requisitos, esencialmente tres: información (cualquier dato que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y de salud de la paciente y sobre el modo de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla), concebida como un proceso gradual y no como un acto clínico aislado, y que debe comunicarse de forma proporcionada y ajustada a las necesidades y capacidad de comprensión de cada paciente; voluntariedad (decisión libre, no adoptada bajo coacción, intimidación, manipulación u otra influencia

³⁹ Seoane, José Antonio. *Bioética y humanización del parto*. PDF [En línea] Disponible en: <http://ruc.udc.es/bitstream/2183/9096/1/CC119-art6.pdf> Acceso: 01/11/15

indebida); y capacidad o competencia (aptitud para comprender y realizar libremente un acto o ejercer un derecho), cuya evaluación es responsabilidad de los profesionales, quienes han de tener en cuenta que la incapacidad de cada persona es variable y graduable, pues son exigibles diferentes niveles de capacidad en razón de la decisión que deba adoptarse y/o realizarse.⁴⁰

Conocer, atender y respetar las decisiones personales de las pacientes y usuarias es una obligación básica de los profesionales asistenciales. Como regla general se presume que toda mujer mayor de edad es capaz de actuar y ejercer de forma autónoma sus derechos. Por consiguiente, puede tomar decisiones sobre su embarazo por sí misma, autorizando los cuidados o tratamientos a través del consentimiento informado, que es la manifestación de la conformidad libre, voluntaria, consciente e informada de una persona capaz en relación con una intervención o actuación que afecta a su salud, así como denegar dicha autorización; y puede también negarse o renunciar a un tratamiento propuesto o revocar la autorización para que deje de aplicarse, si previamente lo ha autorizado con su consentimiento.

Con todo, es recomendable planificar con antelación los cuidados y, en el caso de la mujer embarazada, prever la atención futura relacionada con su embarazo mediante el plan de parto o nacimiento. La planificación anticipada de la atención, surgida para la atención de los pacientes, es un proceso comunicativo entre profesionales, familiares y paciente sobre los objetivos vitales, los valores personales, los deseos y las expectativas de éste referidas a los cuidados. Se desarrolla de forma paulatina y prolongada, tomando en consideración una pluralidad de contextos (psicológico, cultural, familiar, social) y prestando atención específica a dimensiones frecuentemente preteridas en la relación clínica, como la emocional y afectiva.⁴¹

⁴⁰ Op. Cit. **Seoane**, José Antonio. *Bioética y humanización del parto*. PDF

⁴¹ Op. Cit. **Valero** de Bernabé Javier. *Medicina Perinatal y diagnóstico prenatal*.

6.2 DIABETES GESTACIONAL

La diabetes es una enfermedad que se caracteriza por la incapacidad de producir o utilizar suficiente insulina endógena para metabolizar correctamente la glucosa. Esta incapacidad para metabolizar la glucosa lleva a una alteración del metabolismo. Existen 3 tipos de diabetes según el National Diabetes Data Group Classification: tipo 1, tipo 2 y diabetes gestacional. Los tipos de diabetes 1 y 2 son pregestacionales, es decir, que la mujer es diabética antes de quedarse embarazada. En la Diabetes tipo 1, hay deficiencia absoluta de insulina debido a una destrucción celular del mecanismo autoinmune de los islotes pancreáticos. En la diabetes mellitus tipo 2, hay una resistencia a la insulina porque los receptores que están en los tejidos no responden a la insulina. ⁴²

42

La diabetes mellitus gestacional es definida como la intolerancia a los carbohidratos con diversos grados de severidad que se reconoce por primera vez durante el embarazo, y que puede o no resolverse después del embarazo. ⁴³

Patogenia

El embarazo se ha considerado un factor diabetógeno en el que se produce resistencia a la insulina; en diversos estudios se ha demostrado una disminución de la sensibilidad de la insulina de entre 40 y 80% que es compensada con un aumento importante de su secreción. Esta resistencia periférica a la insulina y el aumento de su secreción por las células B del páncreas están fundamentalmente inducidos por el aumento en la producción de hormonas, como los estrógenos y la progesterona, al comienzo del embarazo, y de cortisol, lactógeno placentario humano y prolactina, cuya secreción se incrementa a lo largo de la gestación. El factor de necrosis tumoral alfa, citocina existente en monocitos, macrófagos, neutrófilos, células T,

⁴² Stepp Elizabeth, Manual de embarazo y parto de alto riesgo. 3ra edición Elsevier España 2003. P.c. 234

⁴³ Consejo de Salubridad General, Guía de Práctica Clínica. *Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes en el embarazo*. Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-320-10. PDF [En línea] Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/320_IMSS_10_Diabetes_embarazo/GRR_IMSS_320_10.pdf Acceso: 01/11/15

fibroblastos y adipocitos, participan al parecer en la inducción de la resistencia a la insulina. La leptina, hormona polipeptídica de 167 aminoácidos producida en el tejido adiposo, esta significativamente aumentada en el embarazo y se supone que desempeña un importante papel en el metabolismo materno de la glucosa.

En la diabetes Gestacional, la resistencia a la insulina esta aumentada y agravada por la asociación de la disminución de la reserva de las células B pancreáticas, de forma que la resistencia a la insulina no se compensa con suficiente aumento de la secreción de insulina y se deteriora la tolerancia a la glucosa. No se conoce con exactitud el mecanismo de producción en la resistencia periférica a la insulina.⁴⁴ En diversos estudios no se ha encontrado disminución de los receptores de insulina en el embarazo normal ni en la Diabetes Gestacional. Se sugiere que es por mecanismo multifactorial. Es importante destacar que aproximadamente el 50% de las mujeres con diabetes gestacional, tras el parto, en el transcurso de 20 años, producen diabetes manifiesta.⁴⁵

La diabetes mellitus gestacional se asocia con resultados adversos del embarazo, los cuales aumentan de manera proporcional con el grado de hiperglucemia e incluyen siguientes, maternos: aumento en la tasa de cesárea, preeclampsia, hemorragia posparto y a largo plazo desarrollo de diabetes mellitus tipo 2. Riesgos fetales: macrosomía, retención de hombros, trauma obstétrico, policitemia, hipoglucemia neonatal, hipocalcemia, hiperbilirrubinemia, cardiomiopatía hipertrófica, síndrome de dificultad respiratoria, muerte fetal y a largo plazo síndrome metabólico (diabetes, hipertensión, obesidad, dislipidemia).⁴⁶

Efectos maternos. En general, la situación de la diabetes en la madre no se deteriora por el embarazo en sí. De hecho, la mayor parte de las mujeres, independientemente de su clasificación durante el embarazo, tienen un mejor control que cuando no están embarazadas. A pesar de las fuerzas antagónicas de

⁴⁴ **González-Merlo.** *Obstetricia.* 6ta edición 2013 El Sevier España. P.c 402

⁴⁵ *Ibíd*em

⁴⁶ **Cortés** Hernán Arturo et al. *Aspectos claves obstetricia.* 1ra edición CIB Fondo Editorial 2013 Colombia. P.c. 229.

las hormonas, el control suele ser mejor debido al control exhaustivo de los valores de glucemia por parte de la mujer y el equipo de salud.⁴⁷

Un embarazo complicado por una diabetes, tiene un riesgo significativo de padecer las complicaciones que se detallan a continuación: aborto espontáneo, preeclampsia, parto pretérmino, polihidramnios, infección, cetoacidosis diabética, cesárea, parto instrumentado inducción del TDP, retinopatía e hipoglicemia. No obstante el riesgo está en relación directa con el control de la glucemia antes de la concepción y con el que se hace a lo largo de todo el embarazo.

Diagnóstico

Para realizar la detección de diabetes gestacional de acuerdo a las Guías mexicanas de práctica clínica se debe realizar un tamiz con 50g a toda mujer embarazada a la semana 24 a 28 de gestación. En pacientes con varios factores de riesgo se realizará en cualquier momento del embarazo; si el resultado es negativo, se repetirá a la semana 24 a 28 de gestación. Se considerará positiva con valores por arriba de 130mg/dl y diagnóstica con un valor mayor de 180mg/dl. Se deberá realizar curva de tolerancia a la glucosa (75-100g glucosa) en las 24 a 28 SDG en grupos de alto riesgo, en pacientes con diabetes Gestacional en embarazo previo o en toda mujer con prueba de tamiz positiva.

Existen 4 formas de realizar el diagnóstico:

1. Glucemia en ayuno mayor o igual a 126mg/dL. en dos ocasiones.
2. Glucemia casual mayor de 200mg/dL.
3. Prueba de tamiz con 50g con resultado mayor o igual a 180mg/dL.
4. Curva de tolerancia a la glucosa con 100g o 75g. se realiza el diagnóstico al tener alterados dos o más de los siguientes valores. ⁴⁸

⁴⁷ Stepp Elizabeth, Manual de embarazo y parto de alto riesgo. 3ra edición P.c. 239-241

⁴⁸ Op. Cit. Consejo de Salubridad General, Guía de Práctica Clínica. *Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes en el embarazo.*

Tiempo	100g de glucosa	75g de glucosa
Ayuno	≥95mg/dl	≥95mg/dl
1 hora	≥180	≥180
2 horas	≥155	≥155
3 horas	≥140	

En caso de tener alterado un solo valor se considerará intolerancia a la glucosa y estas pacientes tendrán el mismo seguimiento que las pacientes diabéticas.

No se debe realizar curva de tolerancia a la glucemia en ayuno mayores o igual 126mg/dL., puesto que ya se realizó el diagnóstico de diabetes Gestacional con esta cifra.

Tratamiento

La meta terapéutica es tener una glucemia en ayuno menor o igual a 95mg/dL. y menor de 120mg/dL. dos horas después de los alimentos. Si el crecimiento fetal es igual o mayor de la percentila 90 las metas de glucemia serán más estrictas: menor o igual a 80mg/dL. en ayuno y 110mg/dL. dos horas postprandial.⁴⁹

Los consejos en el estilo de vida, incluida la modificación de la dieta, constituyen la intervención primaria en todas las mujeres diagnosticadas de diabetes gestacional. Sin embargo, entre un 7 y un 20% de las mujeres diabéticas no logran alcanzar el control glucémico adecuado con dieta y ejercicio por si solos: en estos casos, el uso de hipoglucemiantes orales o insulina es necesario para alcanzar un control adecuado.

La dieta es la primera estrategia de tratamiento en la diabetes gestacional (recomendación grado B). La alimentación de la diabética embarazada no debe ser ni hipocalórica ni restrictiva en hidratos de carbono. Solo el azúcar refinado y los

⁴⁹ Op. Cit. Consejo de Salubridad General, Guía de Práctica Clínica. *Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes en el embarazo.*

productos que lo contienen en grandes cantidades deben desaconsejarse. El aporte calórico y el incremento de peso han de ser similares al de las embarazadas no diabéticas. La distribución calórica a lo largo del día y el número de ingestas debe fraccionarse, con objeto de disminuir la cetogenesis y evitar las hipoglucemias. Se recomienda evitar dietas rígidas y adaptar la propuesta alimentaria lo más posible a las costumbres, los horarios y las preferencias de la embarazada, puesto que esto facilitara su cumplimiento.⁵⁰

Aunque no existen datos que demuestren la eficacia del ejercicio en la gestante con diabetes gestacional, la insulinoresistencia que la caracteriza podría mejorar debido al aumento en la sensibilidad a la insulina que produce el ejercicio físico diario moderado.

El tratamiento farmacológico se debe considerar cuando la dieta y el ejercicio no logran las cifras meta (menor de 95 en ayuno y 140 mg 1 hora postprandial) para el control de la glucosa en sangre en un periodo de 2 semanas.

Los análogos de insulina de acción rápido como lispro y aspat son seguras en el embarazo tienen algunos beneficios comparados con la insulina rápido menos episodios de hipoglucemia, un mejor control de la glucemia postprandial, mayor satisfacción de la paciente. La insulina de acción intermedia (NPH) es también segura y se utiliza en combinación con las anteriores.

Vigilancia materna

Toda mujer embarazada con diabetes debe realizar automonitoreo con glucemia capilar. La frecuencia de automonitoreo dependerá del tipo y gravedad de la diabetes y puede ser desde 3 veces al día hasta 3 veces por semana.

⁵⁰ **Sánchez** Ruiz Rocío. *Actualizaciones en el tratamiento de la diabetes Gestacional*. PDF [En línea] Disponible en: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/clase2011_tto_diabetes_gestacional.pdf
Acceso: 01/11/15

Desde la primera consulta se deberá clasificar a la paciente con diabetes pregestacional de acuerdo a los criterios de Priscilla White.⁵¹

CLASE				
CLASE		Edad comienzo DM	Duración DM	Enf. Vascular
A de White (modificado)	Glicemia Ayuno Normal con: 1) DG Embarazo previo 2) Alt. CTG embarazo anterior	Cualquiera	-	-
B de White (modificado)	Glicemia Ayuno Elevada con: 1) DG. Previa. 2) Alt. CTG anterior embarazo actual 3) DM previa embarazo actual con o sin terapia insulínica.	>20 años	10 - 19 años	(-)
C de White (modificado)	DM previa pre-embarazo, con terapia insulínica	10 - 19 años	10 - 19 años	(-)
D de White (modificado)	DM pre-embarazo, con terapia insulínica	<10 años	>20 años	Retinopatía no Proliferativa (base)
F de White (modificado)	DM pre-embarazo, con terapia insulínica	Cualquiera	-	Nefropatía
R de White (modificado)	DM pre-embarazo, con terapia insulínica	Cualquiera	-	Retinopatía Proliferativa
F - R de White (modificado)	DM pre-embarazo, con terapia insulínica	Cualquiera	-	Nefropatía y Retinopatía Proliferativa
H de White (modificado)	DM pre-embarazo, con terapia insulínica	Cualquiera	-	Enfermedad Coronaria
T de White (modificado)	DM pre-embarazo	Trasplante Renal	>20	-

52

Se realizara historia clínica completa y se solicitaran los exámenes prenatales, urea, creatinina y ácido úrico, así como ultrasonido obstétrico temprano.

En ausencia de estados patológicos que afecten los resultados de morbilidad maternofetal, las mujeres embarazadas con diabetes que tienen un crecimiento normal del feto se les debe ofrecer parto programado después de la semana 38 mediante inductoconducción, cuando exista un control metabólico adecuado, pruebas de bienestar fetal normales y condiciones obstétricas favorables. La

⁵¹ Op. Cit. Consejo de Salubridad General, Guía de Práctica Clínica. *Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes en el embarazo.*

⁵² Araya Rosa. *Diabetes y embarazo.* [REV. MED. CLIN. CONDES - 2009; 20(5) 614 - 629] PDF [En línea] Disponible en: http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2009/5%20sept/07_Dr_Araya-7.pdf
Acceso: 02/11/15

diabetes no debe ser considerada una contraindicación para intentar un parto vaginal después de una cesárea previa.

6.3 TRABAJO DE PARTO

El parto es un evento fisiológico complejo y trascendental. Se define como el Conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del producto, la placenta y sus anexos por vía vaginal. Se divide en tres periodos: dilatación, expulsión y alumbramiento.⁵³

48

FASES.

El mecanismo del trabajo de parto se ha llevado al cabo desde la aparición del ser humano en faz de la tierra, sin embargo gracias a los trabajos del Dr. Friedman quien analizó cientos de trabajos de parto, logró matematizar el mismo, y en base a sus conclusiones logró llevarlas a una gráfica cosa imposible hasta ese entonces. De estos estudios se obtienen los conocimientos que permiten saber que existen las siguientes fases y el médico en sala de labor determinará la fase, el periodo clínico y en qué proceso del mecanismo del trabajo de parto se encuentre el producto y la paciente.⁵⁴

- Fase latente o prodrómica.- que es cuando se llevan al cabo fenómenos bioquímicas que condicionan cambios morfológicos del cérvix uterino secundarios a cambios en el patrón de las contracciones uterinas. Por lo general hasta que se alcanzan 2 o 3 centímetros de dilatación.

⁵³ NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. [En línea] Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html> Acceso: 12/11/15

⁵⁴ HGM, Trabajo de Parto. Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento Servicio de gineco obstetricia PDF. [En línea] Disponible en: http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/gineco/guias_gineco/17_trabajo_parto.pdf Acceso: 12/11/15

- Fase Activa.- o de aceleración máxima.- Cuando el proceso de dilatación cervical se establece y produce un ritmo de contracciones uterinas y dilatación cervical en promedio a partir de los 4 centímetros.
- Fase de Declive Máximo.
- Fase de Desaceleración

Así el Trabajo de Parto se divide en forma clínica en los siguientes periodos:

- Primer periodo (cervical). Se inicia cuando las contracciones uterinas alcanzan la frecuencia, intensidad y duración suficientes para causar borramiento y dilatación del cuello uterino y finaliza cuando este se encuentra en completa dilatación. El lapso que dura es variable, pero se acepta como normal de 8-12hrs en las primigrávidas y de 6 a 8hrs en las multigrávidas, pero independientemente de esto, se debe considerar adecuado que el borramiento y la dilatación cervical sean progresivos e ininterrumpidos. Las contracciones tienen una intensidad promedio de 30mmHg, la frecuencia de 3 en 10 minutos y el tono está entre 8 y 12 mmHg.⁵⁵
- Segundo periodo (pélvico). Se inicia con dilatación cervical completa y termina con la expulsión del feto; tiene una duración variable, pero se acepta como normal una hora, debe ser progresivo e ininterrumpido. Las contracciones son de intensidad de 45-55mmHg, la frecuencia es de 5-6 en 10 minutos y el cérvix está totalmente dilatado. En este periodo la presión que ejerce la presentación sobre las estructuras nerviosas rectales y pararrectales estimulan el reflejo de pujo, que hace que se produzcan contracciones de los músculos abdominales y del diafragma, dando como resultado una mayor presión dentro de la cavidad uterina lo que facilita la expulsión del feto.⁵⁶
- Tercer periodo (placentario). Este comienza inmediatamente finalizada la expulsión fetal y termina con la expulsión total de la placenta y las membranas

⁵⁵ Felix, Carlos. Manual de procedimientos y maniobras en obstetricia. 1ra edición. McGrawHill Interamericana. México 2006. P.c.138

⁵⁶ Ibidem P.c. 138

corioamnióticas, este periodo es conocido como el alumbramiento⁵⁷, como norma general se acepta que no debe extenderse más allá de 30 minutos.

Mecanismo de Trabajo de Parto (en posición occipito-anterior)

En la mayor parte de los casos, el vértice ingresa a la pelvis con la sutura sagital en relación con el diámetro transversal de ese segmento corporal. El feto entra en la pelvis en una variedad occipitotransversa izquierda en 40% de los trabajos de parto y en occipitotransversa derecha en el 20%. En estas variedades la cabeza entra en la pelvis con el occipucio girado 45° hacia adelante desde la posición transversal, o lo hace después. El mecanismo de trabajo de parto en estas variedades de posición suele ser similar.⁵⁸

Los cambios de posición de la parte que se presenta, son necesarios para pasar a través del conducto pélvico, constituyendo los mecanismos de trabajo de parto. Los movimientos cardinales del trabajo de parto son: encajamiento, descenso, flexión, rotación interna, extensión, rotación externa, y expulsión. Durante el trabajo de parto, estos movimientos, no solo son secuenciales sino que también muestran gran sobreposición temporal.⁵⁹

1. Encajamiento: Proceso dinámico mediante el cual el polo cefálico del producto desciende y penetra en la excavación pélvica. Puede ocurrir durante las últimas semanas de la gestación o presentar ya una vez establecido el TDP.
- Flexión: Para que el feto pueda descender en la excavación pélvica necesita flexionar el polo cefálico para ofrecer sus dimensiones menores; esto ocurre cuando la cabeza fetal encuentre una resistencia que puede estar dada por las paredes el suelo de la pelvis o por el cérvix. La presión de la contracción

⁵⁷ Felix, Carlos. Manual de procedimientos y maniobras en obstetricia. 1ra edición. McGrawHill Interamericana. México 2006. P.c.139

⁵⁸ Williams, Obstetricia 23ª edición. McGrawHill Texas 2010.

⁵⁹ Ibídem P.c. 378

uterina se transmite a través de la columna vertebral y hace que se flexione la cabeza a nivel de la articulación occipito-atloide, la cual acta como palanca de primer grado. Por medio de este mecanismo el mentón fetal es comprimido contra su tórax y el diámetro suboccípito-bregmático es sustituido x el diámetro occípito-frontal.

- **Orientación:** En el estrecho superior de la pelvis, la cabeza fetal tiende a orientar su diámetro mayor (occípito-frontal) con uno de los diámetros mayores de la pelvis (oblicuos); este movimiento obedece la ley de Selheim: “Dos óvalos desiguales únicamente pueden quedar orientados conjugando sus ejes mayores”.
 - **Asinclitismo:** La sutura sagital del feto frecuentemente se encuentra desviada hacia el promontorio o hacia la sínfisis púbica esta desviación hacia la parte posterior o anterior de la pelvis recibe el nombre de asinclitismo; si la sutura sagital se encuentra más cerca del promontorio, el parietal anterior se presenta hacia los dedos del explorador y este proceso es conocido como asinclitismo anterior; si por el contrario la sutura sagital se aproxima hacia la sínfisis del pubis, lo que se presenta a los dedos del explorador, sería el parietal posterior por lo que estaríamos hablando de una asinclitismo posterior. La cabeza puede descender en asinclitismo o sinclitismo: sutura sagital equidistante del pubis y el sacro. ⁶⁰
2. **Descenso:** movimiento secundario a la fuerza ejercida por el líquido amniótico, dinámica uterina y el esfuerzo de contracción de los músculos abdominales maternos. Al llegar el vértice de la presentación cefálica al piso muscular del periné, tiende a orientar su diámetro mayor para quedar conjugado con el diámetro anteroposterior de la pelvis. El diámetro biparietal del producto coincide con el de la madre.
- **Rotación interna:** Al girar la cabeza fetal en el interior de la pelvis, el occipucio se va moviendo hacia la sínfisis del pubis o hacia la cavidad del sacro tratando de regresar a su posición original. Este giro es de 45° en las

⁶⁰Óp. Cit. Felix, Carlos. Manual de procedimientos y maniobras en obstetricia. P.c.142

variedades anteriores, 90° en las transversas y 135° en las posteriores. La rotación interna sucede a nivel de las espinas ciáticas.⁶¹

3. Expulsión o desprendimiento del producto. Salida del feto.

- Extensión: cuando la presentación fetal alcanza la vulva y el occipucio entra en contacto directo con el borde inferior de la sínfisis del pubis, la fuerza ejercida por la contracción uterina actúa dirigiendo la presentación hacia atrás, pero la resistencia del piso pélvico hace que esta se vaya hacia adelante; la conjugación de estas fuerzas hace que se provoque la extensión la cual sigue la curva de Carus.
- Restitución: movimiento que realiza la cabeza fetal una vez que se encuentra en el exterior de esta manera puede guardar su relación anatómica con los hombros. El movimiento se realiza en sentido inverso a la rotación interna.
- Rotación externa: posterior a la restitución haciendo que la sutura sagital vaya a una posición transversa; corresponde al movimiento del cuerpo fetal ocasionando que el diámetro biacromial se relacione con el diámetro anteroposterior del orificio de salida así facilitar la salida de los hombros. El movimiento es en el mismo sentido de la restitución.
- Expulsión de los hombros. Al estar en el diámetro anteroposterior de la pelvis; el hombro anterior desciende y se poya en el arco subpúbico y hace de bisagra para el desprendimiento del hombro posterior, saliendo luego el anterior.⁶²

Parto normal o eutócico es el que termina con la expulsión espontánea de un feto viable y de sus anejos por los genitales, sin que se presenten alteraciones en su evolución. El parto en presentación de vértice, llamado también parto en presentación cefálica flexionada, es la forma más frecuente de parto eutócico, ya que de esta forma se cumplen las condiciones ideales para que no existan

⁶¹ *Ibidem* P.c. 145

⁶² *Op. Cit.* Felix, Carlos. Manual de procedimientos y maniobras en obstetricia. P.c.148

alteraciones en su evolución, pues la cabeza opone a la pelvis sus menores diámetros.⁶³

⁶³ Óp. cit. González Merlo et al. Obstetricia 6ta edición. P.c 240

VII. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

7.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO⁶⁴

P: Daniela, femenina de 23 años G1, con diagnóstico de embarazo de 37.2 SDG por USG + diabetes gestacional + trabajo de parto fase activa + ruptura oportuna de membranas.

S: Niega datos de vasoespasmo, refiere dolor obstétrico y actividad uterina regular, percibe motilidad fetal y refiere salida de líquido transvaginal claro y abundante, motivo por el cual acude al servicio de urgencias.

O: A la exploración física consciente y orientada, Glasgow de 15 puntos, adecuada coloración e hidratación de piel y mucosas, cardiopulmonar aparentemente sin compromiso, abdomen globoso a expensas de útero gestante, altura de fondo uterino de 29cm, producto único vivo, con frecuencia cardiaca fetal de 145 por minuto, situación longitudinal, presentación cefálica, dorso derecho. Al tacto vaginal cérvix con 4cm de dilatación, 80% de borramiento, Valsalva y Tarnier positivos, con salida de líquido claro. Reflejo patelar normal, edema (+) maleolar.

A: Daniela quien a la valoración se encuentra hemodinámicamente estable, sin urgencia obstétrica, con embarazo de 37.2SDG y trabajo de parto en fase activa con ruptura oportuna de membranas, con actividad uterina regular 3-4/10 minutos, es ingresada a la unidad toco-quirúrgica para vigilancia estrecha del binomio, se espera eutocia.

P: Reservado a la evolución.

⁶⁴ Datos obtenidos de la aplicación directa de un instrumento de valoración perinatal (anexo 2) y de la exploración física a la paciente en mención, el día 27/10/2015 en el servicio de urgencias de la unidad 112 Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México.

7.2 SINTESIS VALORATIVA⁶⁵

Fecha de elaboración: 27 de Octubre de 2015

Hora: 02:15

Servicio: Unidad 112 Ginecología y Obstetricia/Filtro

ECU: 2888201/15

55

1. DATOS GENERALES

Daniela, femenina de 23 años, nacida el 29-12-1991 originaria y residente del Distrito Federal, soltera, con un grado máximo de estudios de preparatoria, religión católica, se dedica al hogar. Presenta una talla de 149cm y peso 65.400 kg, desconoce el peso inicial a su embarazo, hemotipo O+. Domicilio en Av. Guelatao LT 831 MZ 72, Colonia Ejidos de Santa María Aztahuatl. Teléfono: 56928906.

Sra. María, que se identifica como madre de Daniela se encuentra como persona responsable de la misma, ama de casa con un grado máximo de estudios de Secundaria.

2. CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA

Familia nuclear, cohabita con mamá y papá, refiere ser la menor de 3 hermanos, mismos que se encuentran casados. Manifiesta buena comunicación y convivencia con su familia, la cual se reúne todos los domingos para realizar actividades en casa. Se observa trato cálido y de apoyo de ambos padres al momento de la consulta e internamiento. Padre obrero, único sustento familiar, con ingresos regulares.

⁶⁵ Datos obtenidos de la aplicación directa de un instrumento de valoración perinatal (anexo 2) y de la exploración física a la paciente en mención, el día 27/10/2015 en el servicio de urgencias de la unidad 112 Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México.

3. CARACTERÍSTICAS DEL AMBIENTE

Reside en casa propia construida de materiales perdurables, con techo de asbesto, 4 dormitorios, adecuada ventilación, poca iluminación, cuenta con todos los servicios básicos intra y extradomiciliarios de saneamiento y urbanización. Centro de la Salud a 10 minutos de distancia. Zoonosis negativa.

56

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO

1. MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE

HÁBITOS DE SALUD: Refiere realizar higiene nasal 1-2 veces por día, niega tabaquismo, no convive con fumadores, ni requiere ningún apoyo respiratorio. Desconoce técnicas de respiración para la relajación.

REVISIÓN POR SISTEMAS:

A la valoración: frecuencia cardiaca de 85 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 18 por minuto que aumenta hasta 35 durante la contracción, tensión arterial de 110/60 mmHg, temperatura de 37°C y frecuencia cardiaca fetal de 145 latidos por minuto. Se observa nariz simétrica central sin desviaciones, con fosas nasales limpias, con adecuada entrada y salida de aire, cuello cilíndrico con tráquea central, sin distensión venosa yugular o masas palpables. Tórax cilíndrico, con adecuados movimientos de amplexión y amplexación, a la auscultación murmullo vesicular bilateral, sin agregados. Se auscultan ruidos cardiacos, sin presencia de soplos, no se palpan frémitos, llenado capilar inmediato, en miembros torácicos y pélvicos, mismos que se encuentran sin varices, con adecuada coloración y temperatura, edema maleolar (+).

2. MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AGUA

HABITOS DE SALUD:

Daniela refiere estar acostumbrada a tomar agua simple, de garrafón, mínimo 2.5 litros de agua al día, expresa que es la indicación que le han dado sobre los la ingesta de líquidos durante su embarazo.

REVISIÓN POR SISTEMAS:

A la exploración física se observan mucosas orales hidratadas, piel turgente e hidratada.

57

3. MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS

HÁBITOS DE SALUD:

Refiere consumir alimentos en suficiente calidad y cantidad, 3 veces al día con 2 colaciones. Consumo a la semana de: leche 3/7, carne 2/7, huevo 1/7, verduras 7/7, frutas 7/7, pan 2/7, queso 2/7, embutidos 0/7, consumo de sal moderado, no endulza alimentos o bebidas. Prefiere mariscos y le desagrada la carne de puerco. Expresa el hecho de haber modificado su dieta desde el diagnóstico de diabetes gestacional, posterior a la interconsulta en el Servicio de Nutrición donde se le brindó la orientación para control de glicemia. Consumo de multivitamínicos desde el día 14/08/15. Come por supervivencia, aproximadamente en los siguientes horarios: 9,12,15,18,21 hrs.

REVISIÓN POR SISTEMAS:

A la exploración física se encuentra cavidad oral hidratada, piezas dentales sanas, con tratamiento ortodóntico (braquets, desde hace 3 años), niega datos relacionados con alteraciones del sistema digestivo, abdomen globoso a expensas de útero gestante, altura de fondo uterino de 29cm, con peristalsis presente. Glucosa capilar de 103mg/dL.

4. PROVISIÓN DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN Y EXCREMENTOS

HÁBITOS DE SALUD:

Refiere evacuar 1-2 veces al día y miccionar de 5-7, no presenta problemas para la eliminación. Infección de vías urinarias con tratamiento exitoso hace un mes. Ingiere más de 2.5 lts de agua para prevenir infecciones en vías urinarias.

REVISIÓN POR SISTEMAS:

A la exploración física se encuentra adecuada coloración e hidratación de piel y mucosas, murmullo vesicular pulmonar a la auscultación pulmonar, peristalsis presente, puntos ureterales y Giordanos negativos. Edema maleolar (+).

5. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y REPOSO

HÁBITOS DE SALUD:

Se dedica en casa a realizar tareas domésticas, no trabaja ni estudia. Camina mínimo 30 minutos diarios, y duerme 10 hrs aproximadamente, refiere sentirse con energía al despertar, no presenta dificultad para conciliar el sueño y realiza siesta durante el día, aproximadamente 1.30 hrs.

REVISIÓN POR SISTEMAS:

A la exploración física, consciente y orientada, con fascias dolorosas hiperlordosis (secundaria a gestación de término) resto del sistema músculo esquelético aparentemente sin alteraciones, tono muscular y movimientos normales, adecuada sensibilidad al calor, frío y tacto, refiere presentar fatiga debido al peso y cambios propios del embarazo.

6. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCIÓN SOCIAL

HÁBITOS DE SALUD:

Mantiene comunicación directa, clara y verbal, manifiesta adecuado contacto visual con lenguaje corporal acorde, interrumpe el diálogo en cada contracción. No se observan mecanismos de defensa, niega pertenecer a algún grupo social.

REVISIÓN POR SISTEMAS:

No presenta alteraciones en los sentidos, niega uso de aparatos o aditamentos para apoyo. Ojos simétricos, con pupilas isocóricas normorefléxicas, sin presencia de secreción.

7. PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR HUMANO

HÁBITOS DE SALUD:

Conoce prácticas de seguridad para prevención de accidentes, reconoce signos y síntomas de alarma durante el embarazo. Acude a revisiones periódicas de salud, realizó todas las interconsultas incluidas en el protocolo intrahospitalario para la atención de la mujer embarazada con diabetes gestacional. Última detección oportuna de cáncer cervico-uterino (Papanicolau) en octubre de 2015 con resultado normal. Realiza las medidas preventivas y correctivas para mantener su estado de salud, cumple con su bitácora de niveles de glucosa, finaliza tratamientos médicos indicados y acude a todas sus consultas, médicas y de consejería. Refiere sentirse molesta con el resto de las personas cuando presenta situaciones de tensión de en su vida. No practica ninguna actividad deportiva, niega alcoholismo, tabaquismo y toxicomanías, así como bebidas de cola, café, té y alimentos chatarra, estos últimos 4 suspendidos posterior al saberse embarazada. Manifiesta sentirse bien con su imagen corporal.

REVISIÓN POR SISTEMAS:

A la exploración se observa a Daniela consciente y orientada, con facies álgicas, aliñada, deambulación interrumpida por dolor obstétrico, signos vitales normales (FC 85, FR 18, TA 110/60 mmHg temperatura 37°C). Perceptiva de la información que se le otorga y cooperadora con las indicaciones. Con bueno estado general de salud e higiene, no se observan traumatismos, presenta normoglicemia. Ruptura oportuna de membranas, con líquido claro no fétido, acudió a urgencias de manera inmediata posterior a la salida de líquido transvaginal. Presenta ultrasonidos realizados durante su embarazo y laboratorios.

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 DE SER NORMAL

HÁBITOS DE SALUD:

Realiza baño, con cambio de ropa interior y exterior diario. Aseo bucal 3 veces al día. Expresa lavarse las manos, antes de comer, al llegar a su domicilio y al salir del baño. La higiene y limpieza significan buena imagen corporal para ella, refiere utilizar productos como desodorante, shampoo, pasta dental y jabón.

REVISIÓN POR APARATOS Y SISTEMAS:

A la valoración piel turgente, integra, sin erupciones, heridas, masas, ni cambios de coloración. Pelo con adecuada implantación y distribución. Mamas formadas, simétricas, turgentes, con pezón formado y salida de calostro. Genitales externos, con características normales, leucorrea escasa, salida franca de líquido amniótico a través del orificio vaginal.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO SEGÚN LAS ETAPAS DE DESARROLLO

DESCRIPCIÓN GINECO-OBSTÉTRICA

Daniela presenta menarca y telarca los 12 años, pubarca a los 13 años, ciclo irregular con duración de 5 días aproximadamente, dismenorrea incapacitante, IVSA a los 18 años, pareja sexual única (desconoce si es circuncidado), niega cirugías ginecológicas, sangrados anormales, incontinencia urinaria, y tumoraciones, última detección oportuna de cáncer cervico-uterina (Papanicolau) en octubre del año en curso, con resultado normal, refiere haber estado los últimos meses con tratamiento para cervico-vaginitis, con remisión. Niega dispareunia o sangrado al coito, sin uso de método de anticonceptivo. Manifiesta estar satisfecha con su vida sexual. Gesta 1, con FUM Tipo 2 del día 26/02/15.

DESCRIPCIÓN DEL EMBARAZO ACTUAL

Al día de hoy 27/10/15, embarazo de 37.2 semanas de gestación por USG traspolado de la fecha 04/05/15 que refería embarazo de 12.1SDG. Fondo uterino de 29 cm, se palpa feto único en situación longitudinal, presentación cefálica, dorso derecho, con frecuencia cardiaca de 145 latidos por minutos, VAREFE +.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO ANTE UNA DESVIACIÓN DE LA SALUD

DESVIACIÓN ACTUAL

Acude al servicio de urgencias/filtro de ginecología y obstetricia por presentar salida de líquido transvaginal abundante, refiere haber identificado el dato de alarma por lo cual han acudido de forma inmediata. Se observa ansiosa y presenta fascies álgicas, refiere sentirse nerviosa y presentar dolor en la región abdominal 8/10 en Escala visual análoga, receptiva a la información, atiende indicaciones tranquilamente. Al continuar el interrogatorio refiere haber tenido sentimiento de tristeza y miedo al saberse diagnosticada con diabetes gestacional durante su

embarazo, especialmente al conocer las complicaciones que este estado podría ocasionarle a su bebé.

HISTORIA PREVIA DE DESVIACIONES DE LA SALUD

Presenta diabetes gestacional, niega cirugías, transfusiones, traumáticos, hospitalizaciones, alergias u otras enfermedades. Refiere haber presentado Rubeola en la infancia. Esquema de vacunación completo.

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

Carga genética positiva a hipertensión arterial en línea directa materna.

7.3 ESTUDIOS DE LABORATORIO

EXAMEN GENERAL DE ORINA 27/10/15⁶⁶

EXAMEN FÍSICO	
COLOR	AMARILLO
ASPECTO	TURBIO
EXAMEN QUIMICO	
GRAVEDAD ESPECÍFICA	1.015
PH	8.0
LEUCOCITOS	NEGATIVO
NITRITOS	NEGATIVO
PROTEINAS	10
GLUCOSA	NEGATIVO
CETONAS	60
UROBILINOGENO	NORMAL
BILIRRUBINA	NEGATIVO
HEMOGLOBINA	>1
EXAMEN MICROSCÓPICO	
CELULAS EPITELIALES	ESCASAS
LEUCOCITOS	0-2
ERITROCITOS	INCONTABLES

⁶⁶ Resultados de laboratorio extraídos del expediente clínico de la paciente, del Hospital General de México con ECU 2888201.

**BACTERIAS
OBSERVACIONES**

ESCASAS
NINGUNA

TIEMPOS DE COAGULACIÓN

TIEMPO DE PROTROMBINA
 TIEMPO DE PRtrombina
 INR
 TIEMPO DE PROTROMBINA %
 OBSERVACIONES
 TIEMPO DE REFERENCIA DE
 PROTROMBINA
TIEMPO DE TROMBINA
 TIEMPO DE TROMBINA
**TIEMPO DE TROMBOPLASTINA
 PARCIAL ACTIVADA**
 TIEMPO DE PROTROMBOPLASTINA
 PARCIAL

10.1
0.8
107.8
NINGUNA
11.8
15.4
25.9

BIOMETRIA HEMÁTICA 27/10/15⁶⁷

BIOMETRIA HEMÁTICA
LEUCOCITOS
NEUTROFILOS%
LINFOCITOS%
MONOCITOS%
BANDAS%
EOSINÓFILOS
BASOFILOS%
NEUTRÓFILOS#
LINFOCITOS#
MONOCITOS#
BANDAS
EOSINÓFILOS#
BASÓFILOS#
ERITROCITOS
HEMOGLOBINA
HEMATOCRITO
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR

10.12 *
69.88
21.68
7.25
0
0.79 *
0.40
7.07 *
2.19
0.730
0
0.08 *
0.04
4.44
12.35
38.16
86.03
27.83

⁶⁷ Resultados de laboratorio tomados del expediente clínico de la paciente, del Hospital General de México con ECU 2888201.

CONC. MEDIA DE Hb	32.35
CORPUSCULAR RDW (ANCHO DE DIST. DE EROITOCITOS)	14.47
PLAQUETAS	310.30
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	8.31
OBSERVACION MICROSCÓPICA	NINGUNA
OBSERVACIONES	NINGUNA

QUÍMICA SANGUÍNEA 27/10/15

GLUCOSA	84
CREATININA	0.6
UREA	15.1
ACIDO ÚRICO	3.5

HEMOGLOBINA GLUCOSILADA 06/10/15⁶⁸

HEMOGLOBINA GLUCOSILADA	4.96	4.6-6.2
--------------------------------	-------------	----------------

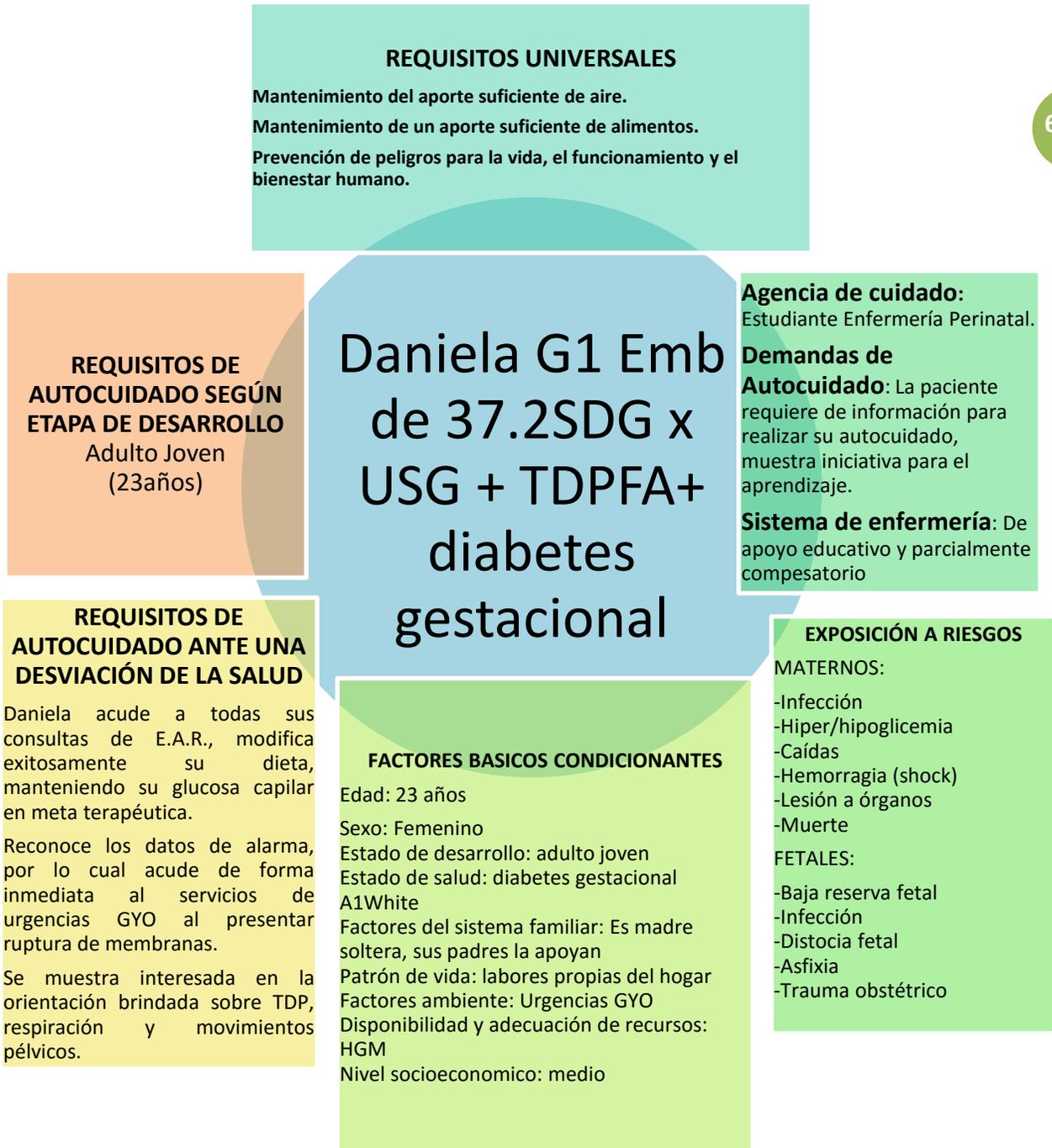
CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA PARA PACIENTE EMBARAZADA
31/08/15

CURVA TOLERANCIA GLUCOSA	
GLUCOSA BASAL	95mg/dL
GLUCOSA A LOS 60MIN	201mg/dL
GLUCOSA A LOS 120MIN	135mg/dL

⁶⁸ Resultados de laboratorio tomados del expediente clínico de la paciente, del Hospital General de México con ECU 2888201.

VIII. ESQUEMA METODOLÓGICO

65



IX. SÍNTESIS DIAGNÓSTICA

- Alteración del bienestar físico materno, relacionado con dinámica uterina y modificaciones cervicales, manifestado por facies álgicas, hiperventilación, sudoración, inquietud y expresado verbalmente por Daniela.
- Alteración del patrón respiratorio, relacionado con dolor obstétrico e inquietud, manifestado por taquipnea e hiperventilación.
- Riesgo de lesión materno-fetal relacionada con dinámica uterina.
- Riesgo de alteración del nivel glicemia, relacionado con un deterioro en el metabolismo de la glucosa.
- Riesgo de infección, relacionado con pérdida de la continuidad de las membranas amnióticas, tactos vaginales frecuentes, colocación de acceso venoso periférico y estancia hospitalaria.
- Riesgo de caídas, relacionado con deterioro de la movilidad, actividad uterina regular, modificaciones anatómo-posturales propias del embarazo y ambiente desconocido.

X. PLAN DE INTERVENCIONES

Requisito alterado: Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

Valoración focalizada: A la exploración se observa a Daniela consciente y orientada, con facies álgicas, aliñada, deambulación interrumpida por dolor obstétrico, signos vitales normales (FC 85, FR 18, TA 110/60 mmHg temperatura 37°C). Perceptiva de la información que se le otorga y cooperadora con las indicaciones. Con buen estado general de salud e higiene, no se observan traumatismos, presenta normoglicemia. Ruptura oportuna de membranas, con líquido claro no fétido, acudió a urgencias de manera inmediata posterior a la salida de líquido transvaginal. Presenta ultrasonidos realizados durante su embarazo y laboratorios.

Diagnóstico: Alteración del bienestar físico materno, relacionado con dinámica uterina y modificaciones cervicales, manifestado por facies álgicas, hiperventilación, sudoración, inquietud y expresado verbalmente por Daniela.

Objetivo: Daniela, minimizará la inquietud y el dolor mejorando el bienestar físico, a través de técnicas para la relajación, respiración y movimientos. Tolerando así, la incomodidad que le ocasionan los cambios corporales provocados por el trabajo de parto; durante su estancia en el servicio de labor y expulsión.

Intervenciones	Justificación
-Realizar y permitir acompañamiento.	Los resultados muestran que las mujeres que recibían apoyo continuo y personal durante el trabajo de parto tenían mayor probabilidad de tener un parto vaginal espontáneo y menor probabilidad de recibir analgesia o anestesia regional y cualquier tipo de analgesia o anestesia. Por ello se recomienda facilitar el acompañamiento de la mujer durante el parto por la persona de su elección. ⁶⁹
-Valorar continuamente el estado general de	El dolor en el parto es un complejo síndrome somático-emotivo el cual confiere una estabilidad emocional

⁶⁹ Op, cit Gonzalez Merlo et al. Obstetricia 6ta edición. P.c. 212

Daniela así como el dolor, utilizando la Escala Visual Análoga.

determinada, en el que la matización de dicho dolor depende, en cierta medida, de las diversas características socioculturales de la paciente. Así como una serie de factores físicos (edad, paridad, condiciones del cérvix, relación entre el tamaño fetal y el canal de parto, fatiga, insomnio, etc.) y factores psicológicos (miedo, ansiedad, ignorancia, falta de información, embarazo no deseado, pueden aumentar la sensación de dolor. Además de otros factores de índole cultural racial y étnica pueden modificar el comportamiento de la paciente frente al parto.⁷⁰

Por lo tanto el dolor se manifiesta de maneras diversas dependiendo de cada persona, lo cual hace importante una valoración general para conocer los cambios que este provoca en cada organismo: cambios objetivos (taquicardia, hipertensión, sudoración) y subjetivos (miedo, náusea).

Aunque las molestias pueden ser inevitables, la mujer en trabajo de parto puede superarlas y centrarse en el parto, a través de la empatía del profesional de enfermería. La capacidad de comprender órdenes y colaborar durante el proceso de parto potencia la eficacia de las medidas de control para el dolor.⁷¹

-Explicar a la paciente el proceso de trabajo de parto, los cambios que se producirán y las sensaciones que pudiese percibir. Escucha activa, resolver sus dudas, y disminuir en lo posible sus temores.

Los sentimientos de la embarazada durante el parto dependen de sus experiencias anteriores, sus expectativas, su cultura y su noción del comportamiento adecuado en el transcurso del mismo. Las ideas y las expectativas del proceso del parto presentan una amplia variabilidad en las culturas diferentes. El temor y la ansiedad pueden incluir de manera notable en la experiencia del parto. Estos sentimientos pueden generar un ciclo negativo. El temor y la ansiedad estimulan la liberación de mayores cantidades de adrenalina y noradrenalina por la glándula adrenal materna. Estas hormonas ejercen: vasoconstricción (que restringe la irrigación placentaria), disminución de la eficacia de las

⁷⁰ Óp., Cit. González Merlo et al. Obstetricia 6ta edición. P.c. 218

⁷¹ Ibidem P.c. 346

contracciones uterinas y contracción de la musculatura esquelética. Al acortarse, la musculatura esquelética de la pelvis no se distiende con facilidad, de modo que el útero habrá de contraerse con mayor intensidad y aumentaran las molestias. A su vez las molestias propiciarán el temor y la ansiedad. Estos tres factores se integran en un ciclo que prolonga el parto y lo convierte en una experiencia menos positiva⁷²

-Enseñarle y hacer conjuntamente respiraciones que favorecen la relajación, concentración y evitan la hiperventilación y taquipnea.

El método de relajación y respiración más utilizado es el de Lamaze, el cual reduce de manera eficaz el temor y el dolor. Al principio de cada contracción, la mujer efectuará una inhalación profunda a través de la nariz y exhala a través de la boca. Ha de controlar su respiración por medio de alguno de los siguientes patrones de respiración rítmica: El primer patrón se compone de respiraciones profundas y lentas a un ritmo de 6 a 9 por minuto. El segundo patrón consta de respiraciones poco profundas rápidas y breves en las que la inhalación y la exhalación tienen lugar a través de la boca. La frecuencia respiratoria es de cuatro respiraciones cada 5 segundos. El tercer patrón (también llamado jadeo-soplido) es semejante al segundo, salvo que una exhalación después de varias respiraciones se efectúa a través de los labios fruncidos.⁷³

-Permitir y apoyar la movilización y adopción de diferentes

Existe evidencia de que la deambulación y las posiciones verticales en la primera etapa del parto reducen la duración del mismo y no parece estar asociado a un mayor número de intervenciones o efectos negativos en el bienestar de las madres y recién nacidos. Se debe recomendar a las mujeres que adopten la posición que consideren más confortable en esta etapa del parto.⁷⁴

Los ligamentos de la pelvis se vuelven más flexibles durante y al final del embarazo por acción hormonal,

⁷² Óp. Cit. **Towle**, Mary Ann. *Asistencia de Enfermería Materno-neonatal*. P.c.323

⁷³ *Ibídem* P.c.323

⁷⁴ Óp. Cit. **González Merlo et al.** *Obstetricia* 6ta edición. P.c. 213

como la relaxina, el mantenerse en movimiento, facilita la apertura del canal de parto, y permite a la paciente colocarse en la posición que mayor bienestar le brinde.

A lo largo del parto, la cabeza del feto se adapta deformándose ligeramente, lo cual es posible gracias a la maleabilidad de los huesos del cráneo. Más adelante, estos retoman suavemente su forma. La pelvis materna, ya formada, es mucho más rígida. Sin embargo, dispone de cierta capacidad de movimientos entre los huesos que la componen. Estos movimientos se producen a nivel de las articulaciones propias de la pelvis, provocando modificaciones de su forma, en articular de la morfología interior donde pasa el feto (excavación pélvica). En las horas que preceden al parto estas moviidades de la pelvis aumentan excepcionalmente por la presencia de hormonas que provocan que los ligamentos sean más laxos. Durante el parto la pelvis materna puede adaptar su forma a la cabeza del bebe. Esta capacidad es mínima aunque muy precisa. E este momento, cada milímetro ganado facilita más su paso. El hecho de hecho de comprender que la pelvis se mueve, pero sobre todo que se deforma en s interior, ya significa un gran paso para no obstaculizar este movimiento en el momento del parto.⁷⁵ Para que la forma de la pelvis se adapte al feto durante el parto, las posiciones amas importantes son las que permiten esta movilidad del hueso iliaco. Se denominan posiciones de pelvis libre: acostada sobre el lado con un flexión máxima de 90°, de rodillas y todas su variantes, de pie con las piernas semiflexionadas, sentada sobre un balón de su talla.⁷⁶ A lo largo del parto la mujer debe adoptar posiciones corporales poco habituales. En particular, se trata de posiciones que someten a tensión los tejidos blandos de su cuerpo: ligamentos y músculos. Cuando un ligamento o musculo se encuentran sometidos a tensión, se convierten en traccionadores de los huesos

⁷⁵ Calais-Germain et col. *Parir en movimiento, las moviidades de la pelvis en el parto*. La liebre de marzo. España 2007 P.c.11

⁷⁶ *Ibidem* P.c.79

<p>-Aplicación de aromaterapia. Teniendo en cuenta los gustos y preferencias de nuestra paciente.</p>	<p>sobre los que se insertan. De este modo, las tensiones musculares o ligamentosas crean tracciones en los huesos que conforman la pelvis. Esto moviliza las articulaciones sacroilíacas y la sínfisis púbica, provocando movimientos intrínsecos y modificando la forma de la pelvis.⁷⁷</p>
<p>-Realizar masaje terapéutico.</p>	<p>Aromaterapia. Se describe como la aplicación de aceites esenciales en la piel por medio de lociones, cremas o baños, o los métodos de inhalación o masaje. Los aceites esenciales son esencias complejas altamente concentradas obtenidas de flores, hojas, troncos, cortezas, frutos, semillas, y resinas. Cada uno de los cientos de aceites se absorbe en el cuerpo, y producen reacciones farmacológicas, fisiológicas y psicológicas. Existen aceites esenciales que pueden tonificar el útero, favorecer las contracciones, reducir el dolor, aliviar la tensión y los espasmos, disminuir el miedo, la ansiedad y reforzar el sentimiento de bienestar.⁷⁸</p>
<p>-Realizar masaje terapéutico.</p>	<p>Masaje terapéutico. El arte del sistema científico de valoración y aplicación manual a los tejidos blandos superficiales de piel, músculos, tendones, ligamentos, fascias, y la estructura que existe dentro del tejido superficial mediante el uso de manos, pies, rodillas, brazos, codos y antebrazos a través de la palpación externa sistemática de toques, caricias, fricción, vibración, percusión, amasamiento, estiramiento, compresión o movimientos activos o pasivos de las articulaciones dentro del rango fisiológico normal del movimiento. También comprende aplicaciones externas de agua, calor o frío con el propósito de establecer y mantener el buen estado físico y de salud, normalizando y mejorando el tono muscular promoviendo la relajación, estimulando la circulación y produciendo efectos terapéuticos en los sistemas respiratorio y nervioso y en las sutiles interacciones</p>

77 Óp. Cit. Calais-Germain et col. Parir en movimiento, las moviidades de la pelvis en el parto. La liebre de marzo. P.c.91

78 Stepp Elizabeth, *Manual de embarazo y parto de alto riesgo*. 3ra edición ElSevier España 2003. P.c.115, 129.

-Valorar la posibilidad de ministrarle analgesia locorregional. (Bloqueo)

entre todos los sistemas corporales. Estos efectos deseados se consiguen mediante conexiones energéticas y del cuerpo y la mente en un ambiente seguro.⁷⁹

Alrededor de un 33% de las primíparas califican el dolor de parto como intenso y un 20% como intolerable.⁸⁰ La anestesia locorregional, se define como sustancias químicas capaces de bloquear la transmisión de las fibras nerviosas de forma reversible, bloqueando la conducción de impulsos tanto de los estímulos sensoriales como de las ordenes motoras de la zona inervada, sin deprimir, por otra parte la conciencia o las diferentes sensaciones en las restantes zonas del organismo.

-Explicar a la paciente el momento ideal para iniciar el pujar.

Se recomienda el pujo espontáneo. No hay evidencia de que al dirigir los pujos haya beneficios sobre el pujar según la sensación y necesidad de la madre. En ausencia de sensación de pujo, se recomienda no dirigido hasta que haya concluido la fase pasiva de la segunda etapa del parto. Los datos recogidos de estudios aleatorizados indican que el descenso pasivo aumenta significativamente la posibilidad de la mujer de tener un parto vaginal espontáneo, disminuye el riesgo de un parto instrumentado y disminuye el tiempo de pujos, pero no tiene efecto significativo sobre las tasas de cesárea laceraciones o episiotomía.⁸¹ La potencia secundaria procede de la empuja activa del feto a través del canal del parto por parte de la madre. El impulso de empujar, conocido como reflejo de Ferguson, aparece cuando la presentación alcanza el suelo pélvico. Los receptores de distensión localizados en la vagina inducen la liberación de oxitocina, la cual incrementa la intensidad de las contracciones. La mujer no debería pujar hasta que se haya completado

⁷⁹ Óp. Cit. **Stepp** Elizabeth, *Manual de embarazo y parto de alto riesgo*. 3ra edición P.c.118-119

⁸⁰ Óp. Cit **Gonzalez** Merlo et al. *Obstetricia* 6ta edición P.c 218

⁸¹ *Ibidem* P.c. 215

la dilatación del cuello uterino con el fin de evitar traumatismos a esta estructura.⁸²

Evaluación

Daniela, se muestra interesada por los temas que se le brindan, repite las respiraciones cada vez que presenta una contracción, se resuelven sus dudas sobre el trabajo de parto e ingresa al área de labor donde ya no es posible evaluar el grado de efectividad de las intervenciones que se realizaron para mejorar el bienestar físico durante su estancia el servicio de Filtro /Urgencias Gineco-obstétricas.

⁸² Towle, Mary Ann. *Asistencia de Enfermería Materno-neonatal*. Pearson Educación S.A. Madrid 2010

Requisito alterado: Mantenimiento del aporte suficiente de aire.

Valoración focalizada: A la valoración: frecuencia cardiaca de 85 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 18 por minuto que aumenta hasta 35 durante la contracción, tensión arterial de 110/60 mmHg, temperatura de 37°C y frecuencia cardiaca fetal de 145 latidos por minuto. Se observa nariz simétrica central sin desviaciones, con fosas nasales limpias, con adecuada entrada y salida de aire, cuello cilíndrico con tráquea central, sin distensión venosa yugular o masas palpables. Tórax cilíndrico, con adecuados movimientos de amplexión y amplexación, a la auscultación murmullo vesicular bilateral, sin agregados. Se auscultan ruidos cardiacos, sin presencia de soplos, no se palpan frémitos, llenado capilar inmediato, en miembros torácicos y pélvicos, mismos que se encuentran sin varices, con adecuada coloración y temperatura, edema maleolar (+).

Diagnóstico: Alteración del patrón respiratorio, relacionado con dolor obstétrico e inquietud, manifestado por taquipnea e hiperventilación.

Objetivo: Daniela, mejorará el patrón respiratorio, implementando técnicas de respiración que disminuirán los periodos de hiperventilación y taquipnea presentados durante la actividad uterina.

Intervenciones

-Valorar signos vitales y patrón respiratorio.

-Explicar el proceso de trabajo de parto, las sensaciones que probablemente pudiese percibir, así como el ambiente donde se encontrará.

Justificación

-Permite conocer el estado general de la paciente, cualquier cambio significativo del patrón respiratorio, alterará los signos vitales, secundario a los cambios de gases en sangre.

-El desconocimiento de los procesos, la percepción dolorosa de los cambios cervicales, del descenso del producto por el canal de parto y de la actividad

-Mostrar técnicas de respiración de acordes al periodo de trabajo de parto y realizar en conjunto con la paciente.

uterina generar temor, ansiedad y dolor, lo cual altera secundariamente el patrón respiratorio. Las pacientes que están conscientes del ambiente, del proceso de parto y sus sensaciones responden de manera más favorable, manteniéndose eupneica y positivas ante el evento.

La respiración rítmica durante el parto aumenta la cantidad de oxígeno que se inhala para la madre y el producto. Las técnicas de respiración también ayudan a sobrellevar las contracciones y a hacer que la paciente se sienta más satisfecha con tu participación en el trabajo de parto.

La oxigenación fetal está dado por cuatro fases importantes desde la captación de oxígeno del medio ambiente por la madre hasta su utilización en la célula fetal. La madre capta el oxígeno a través del aire respirado y lo transporta a sus pulmones, y de allí, correctamente vehiculizado por la sangre arterial a sus tejidos, incluida la circulación placentaria. Una causa muy frecuente de alteración en la oxigenación fetal es el deterioro de la oxigenación en la circulación materna⁸³, por lo cual es de suma importancia una adecuada ventilación y perfusión materna.

-Valoración del bienestar fetal, realización de registro cardiotocográfico.

El control de la FCF y de la dinámica uterina (DU) intraparto es el método más utilizado en la práctica clínica para valorar el estado fetal y detectar de

⁸³ Op, cit Gonzalez Merlo et al. Obstetricia 6ta edición. P.c 181,182

forma precoz la hipoxia, con la intención de corregirla o evitarla antes de que sus efectos sean irreversibles. El estudio de la FCF, la DU y su interrelación nos proporciona una información imprescindible para asistir con garantías un nacimiento. El control y el manejo del parto es competencia de la matrona; por ello, es importante que ésta conozca los diferentes parámetros y su significado para realizar una correcta valoración y posterior toma de decisiones clínicas.⁸⁴

Evaluación

Daniela, modifica su patrón respiratorio, manteniéndose eupneica con una frecuencia respiratoria de 18 por minuto en reposo y 24 en contracción, realizando respiraciones conscientes en el momento de dolor. No es valorado el apego de estas técnicas después del ingreso de la paciente al área de labor.

⁸⁴ Terré Carmen et al. Monitorización biofísica intraparto. PDF Matronas Prof. 2006; 7(2): 5-13 [En línea] Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/33078/1/555979.pdf>

Requisito alterado: Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

Valoración focalizada: A la exploración se observa a Daniela consciente y orientada, con facies álgicas, aliñada, deambulación interrumpida por dolor obstétrico, signos vitales normales (FC 85, FR 18, TA 110/60 mmHg temperatura 37°C). Perceptiva de la información que se le otorga y cooperadora con las indicaciones. Con bueno estado general de salud e higiene, no se observan traumatismos, presenta normoglicemia. Ruptura oportuna de membranas, con líquido claro no fétido, acudió a urgencias de manera inmediata posterior a la salida de líquido transvaginal. Presenta ultrasonidos realizados durante su embarazo y laboratorios.

Digagnóstico: Riesgo de lesión materno-fetal relacionada con dinámica uterina.

Objetivo: Se mantendrá bienestar materno-fetal durante el trabajo de parto.

-Ingresar al área de labor con trabajo de parto establecido.

La admisión en maternidad de forma temprana o durante la fase latente se asocia a mayor intervencionismo durante el parto (uso de oxitocina, de analgesia epidural e intubaciones en neonatos).⁸⁵

-Evaluación materna y fetal.

La asistencia de enfermería durante el parto se centra fundamentalmente en la evaluación del bienestar materno y fetal conforme avanza el proceso. La evaluación debe incluir factores de riesgo, signos vitales maternos, FCF (cada 30-40 min)⁸⁶, grado de dilatación y borramiento del cuello uterino, presentación, posición y estación del feto, duración e intensidad de las contracciones, control de reflejos y los resultados de

⁸⁵ Óp. Cit González Merlo et al. Obstetricia 6ta edición. P.c. 212

⁸⁶ NOM 007SSA2016. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. PDF. (Anexo 2)

-Realizar y permitir acompañamiento.

glucosuria y proteinuria.⁸⁷ Identifica riesgos (como parto pretérmino, parto/nacimientos rápidos y complicaciones previstas). Determina la tolerancia y la estabilidad de la madre durante el parto y si la progresión del parto es anómala. Determina la tolerancia y la estabilidad del feto durante el parto, así como el malestar fetal durante el mismo.

-Atención individualizada

Los resultados muestran que las mujeres que recibían apoyo continuo y personal durante el trabajo de parto tenían mayor probabilidad de tener un parto vaginal espontáneo y menor probabilidad de recibir analgesia o anestesia regional y cualquier tipo de analgesia o anestesia. Por ello se recomienda facilitar el acompañamiento de la mujer durante el parto por la persona de su elección.⁸⁸

-Colocación de vía de perfusión intravenosa

Contar con apoyo individualizado durante todo el trabajo de parto se asocia con una menor probabilidad de usar analgesia, y de parto vaginal instrumentado, así como con una mayor probabilidad de tener un parto vaginal espontáneo.⁸⁹ Por ello, se recomienda que la mujer en trabajo de parto sea atendida individualmente desde su ingreso y de forma continua por una matrona o profesional afín.

-Realizar registro cardiotocográfico.

Durante el periodo de dilatación y siempre antes del comienzo del expulsivo, se recomienda la colocación de una vía intravenosa para disponer de una vía rápida y segura para administrar fármacos y actuar adecuadamente ante una situación de emergencia obstétrica (transfusión de sangre, anestesia general).

La monitorización cardiotográfica es una práctica cada vez más extendida en las mujeres que acuden al hospital con sospecha de trabajo de parto o durante el mismo.

⁸⁷ Óp. Cit. **Towle**, Mary Ann. *Asistencia de Enfermería Materno-neonatal*. P.c.343

⁸⁸ Óp. Cit González Merlo et al. *Obstetricia* 6ta edición. P.c. 212

⁸⁹ *Ibidem*

-Valoración de la dinámica uterina.

Realmente no hay evidencia sobre el beneficio del test de admisión. Pero en general, la monitorización fetal, sea manual o electrónica, se acepta y se utiliza en el trabajo de parto como forma efectiva para el control del bienestar fetal. La American College of Obstetricians and Gynecologists recomienda que la monitorización fetal debe revisarse cada 30 minutos en el primer estadio de parto y cada 15 minutos en el segundo estadio en mujeres de bajo riesgo.⁹⁰

Las contracciones uterinas forman parte de la monitorización para ayudar a la evaluación de la progresión del parto y los patrones de la FCF. La actividad uterina puede evaluarse cualitativamente mediante la simple observación de la madre y la palpación del fundus uterino a través del abdomen o mediante un tocodinómetro externo. Ambos métodos proporcionan información adecuada de la frecuencia y la duración de las contracciones. Ninguno de estos métodos evalúa exactamente la intensidad de las contracciones. La percepción de la dinámica por la madre está influenciada por si ha recibido analgesia, así como por la intensidad de la contracción, la paridad y el peso materno.⁹¹

Las distocias dinámicas, comprenden las alteraciones de la contractibilidad uterina, que las convierten en ineficaces para la normal progresión del parto. Pueden alterar la progresión del trabajo de parto (hipodinamias). Todos los casos de hiperdinamias pueden producir importantes lesiones para el feto y la madre sino se realiza el tratamiento adecuado. La taquisistolía acorta el tiempo de reposo entre las contracciones y puede comprometer la oxigenación fetal, al disminuir el flujo de sangre al espacio intervilloso, y por el bienestar fetal. La hipertoniá compromete gravemente el bienestar fetal y puede asociarse a desprendimiento prematura de la placenta normalmente inserta e incluso a rotura uterina, también puede producirse desgarros del canal blando

⁹⁰ Óp. Cit González Merlo et al. Obstetricia 6ta edición. P.c. 213

⁹¹ *Ibidem* P.c. 213

-Uso de partograma

del parto, en el cuello, en la vagina y el periné en caso de partos precipitados. ⁹²La incoordinación de las contracciones y la inversión de gradiente dificultan el curso normal del parto, retrasando su progresión, puede originar deshidratación y acidosis a la madre y pérdida del bienestar del feto.

El partograma es un documento gráfico, propio de cada hospital, que se cumplimenta en el momento del ingreso de la paciente en trabajo de parto. Las anotaciones se realizan desde el momento en que comienza el parto y siempre por el personal sanitario que asiste a la paciente. El uso del partograma parece reducir la proporción de partos con duración mayor de 18hrs, así como el uso de oxitocina, la tasa de sepsis posparto y las tasas de cesáreas, mientras que incrementa el índice de partos espontáneos comparado con la utilización del partograma. ⁹³

Evaluación

Se mantiene el bienestar materno fetal. Daniela presenta un parto eutócico con el nacimiento de un neonato de término sano, eutrófico apgar 8-9.

⁹² *Ibíd*em P.c. 293

⁹³ Óp. Cit González Merlo et al. *Obstetricia* 6ta edición. P.c. 213

Requisito alterado: Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.

Valoración focalizada: A la exploración física se encuentra cavidad oral hidratada, piezas dentales sanas, con tratamiento ortodóntico (braquets, desde hace 3 años), niega datos relacionados con alteraciones del sistema digestivo, abdomen globoso a expensas de útero gestante AFU 29cm, peristalsis presente. Glucosa capilar 103mg/dl. Diagnóstico médico de diabetes gestacional A1 de White.

Diagnóstico: Riesgo de alteración del nivel glicemia, relacionado con un deterioro en el metabolismo de la glucosa.

Objetivo: Daniela mantendrá su glicemia capilar entre 80 y 120mg/dL, durante su trabajo de parto.

Intervenciones:

- Determinar glucemia cada 3-4hrs
- Mantener glicemia entre 80 y 120mg.

Justificación

Un glucemia descontrolada podría poder en poner la vida del producto y la madre. La Guía de práctica clínica mexicana “Diagnóstico y tratamiento de diabetes en el embarazo”, sugiere se realice cada hora; se encuentra en bibliografías alternas que si la paciente fue controlada con dieta puede realizarse el chequeo cada 3-4hrs y si se controló con insulina 2-3hrs, siempre y cuando se encuentren las cifras de la meta terapéutica.

El hiperinsulinismo fetal secundario a la hiperglucemia materna genera, hipoglucemia neonatal.⁹⁴ Mantener la glicemia en la meta terapéutica disminuye el riesgo de hipoglucemia neonatal.

⁹⁴ Flores Le-Roux Juana, *Diabetes mellitus gestacional: importancia del control glucémico intraparto*. Revista Clínica e investigación en arterosclerosis Vol 25 Núm 4 Septiembre-Octubre 2013 [En línea].

- Ofertar líquidos claros a la paciente.

El aporte insuficiente de glucosa durante el parto, puede generar la aparición de cuerpos cetónicos en la madre, y dicha cetosis podría tener efectos deletéreos en el neonato.

No se ha encontrado que la ingesta de sólidos durante el parto incluya en los resultados obstétricos (tipo de nacimiento y duración del parto), ni en los neonatales.⁹⁵

La ingesta de líquidos claros durante el parto no influye en su evolución, el tipo de parto, en su duración ni en la utilización de oxitocina, tampoco sobre los resultados del recién nacido. Además se considera que mejora el confort y la satisfacción materna y no incrementa las complicaciones maternas. Las bebidas isotónicas reducen la cetosis materna en el trabajo de parto sin aumentar el volumen gástrico. Por ello son preferibles que la ingesta de agua.⁹⁶

Evaluación: Daniela permaneció durante el trabajo de parto y puerperio inmediato con cifras meta de glucosa capilar, el expediente reporta que el neonato no presenta hipoglicemia en las primeras 48hrs de vida.

⁹⁵ Óp. cit. González Merlo et al. Obstetricia 6ta edición. P.c. 212

⁹⁶ Ibidem. P.c.212

Requisito alterado: Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

Valoración focalizada: A la exploración se observa a Daniela consciente y orientada, con facies álgicas, aliñada, deambulación interrumpida por dolor obstétrico, signos vitales normales (FC 85, FR 18, TA 110/60 mmHg temperatura 37°C). Perceptiva de la información que se le otorga y cooperadora con las indicaciones. Con buen estado general de salud e higiene, no se observan traumatismos, presenta normoglicemia. Ruptura oportuna de membranas, con líquido claro no fétido, acudió a urgencias de manera inmediata posterior a la salida de líquido transvaginal. Presenta ultrasonidos realizados durante su embarazo y laboratorios.

Diagnóstico: Riesgo de infección, relacionado con pérdida de la continuidad de las membranas amnióticas, tactos vaginales frecuentes, colocación de acceso venoso periférico y estancia hospitalaria.

Objetivo: Daniela no presentará datos de infección durante su estancia hospitalaria.

Intervenciones

-Valorar estado general de la paciente, signos vitales y laboratorios. Búsqueda de datos de infección.

-Lavado médico de manos en los 5 momentos

Justificación

Los signos iniciales de infección pueden manifestarse como alteraciones de los signos vitales, o del estado general del paciente. La fiebre se ha utilizado para definir la infección, aunque pudiera no encontrarse en todas las pacientes.

Según el modelo de “Los cinco momentos para la higiene de las manos” de la OMS, existen cinco momentos esenciales en los que se requiere realizar la higiene de las manos durante la prestación de la asistencia sanitaria. El contacto directo e indirecto (por medio de un objeto intermedio o líquido corporal) con el paciente justifica la necesidad de una o más indicaciones para la higiene de las manos antes y después del contacto, con el fin de impedir la transmisión al paciente, al personal de salud o al área sanitaria. 1. Antes de tocar al paciente, 2. Antes de realizar una tarea limpia o aséptica, 3. Después del

-Resolución del parto antes de las 24hrs posteriores a la ruptura de membranas.

riesgo de exposición a líquidos corporales, 4. Después de tocar al paciente, 5. Después del contacto con el entorno del paciente.⁹⁹

El límite crítico del periodo de latencia entre la ruptura precoz de membranas y el parto se establece en las 24 hrs, ya que en la mayoría de las estadísticas se señala un importante aumento en la tasa de infecciones después de 24hrs de la rotura de las membranas.¹⁰⁰

-Realiza el menor número de tactos vaginales posible.⁹⁷

Las membranas ovulares y el líquido amniótico protegen al feto de infecciones, cuando esta barrera se rompe, el producto y la madre están expuestos al riesgo de microorganismos que por vía ascendentes los colonicen. Por lo cual debe evitarse el uso de tactos vaginales innecesarios.

El riesgo de infección se incrementa con el número de los tactos vaginales. En el manejo de la primera etapa del parto tras la rotura prematura de membranas es el factor independiente más importante para predecir una infección mater y/o neonatal. Antes de realizar un tacto vaginal se debería confirmar que es realmente necesario y que la información que proporcione será relevante en la toma de decisiones, teniendo en cuenta que una exploración molesta y asociada a un mayor riesgo de infección y que se debe garantizar la privacidad de la paciente. No existe una frecuencia estándar de exploraciones, aunque se suelen realizar en las siguientes situaciones: en el momento del ingreso, en intervalos de 1-4hrs en la primera etapa del parto y cada hora en la segunda etapa del parto y cada hora en la segunda etapa, antes de administración de la analgesia intraparto, ante la necesidad de la gestante de

⁹⁷ Ibid. P.c 425

⁹⁹ OMS. La higiene de las manos en la asistencia ambulatoria y domiciliaria y en los cuidados de larga duración. Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos y del modelo de "Los 5 momentos para la higiene de manos". PDF [En línea] Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84918/1/9789243503370_spa.pdf?ua=1 Acceso: 14/11/15

¹⁰⁰ Op. Cit Gonzalez Merlo et al. Obstetricia 6ta edición. P.c 701

-Evaluar durante el trabajo de parto la coloración y olor del líquido amniótico.

-Realizar asepsia y antisepsia en la colocación de acceso venoso periférico.

-Fijar el acceso venoso con un apósito estéril transparente hipoalergénico.

-Cambiar soluciones intravenosas máximo cada 24hrs, equipo de infusión cada 72hrs.⁹⁸

pujar para comprobar la dilatación cervical completa, ante anomalías del RCTG.¹⁰¹

Deberá realizarse la técnica de inserción de catéter venoso periférico con previa antisepsia del área a incidir con solución de clorhexidina al 2%, alcohol al 70% o iodopovidona al 0.5-1%,¹⁰² el personal deberá usar guantes estériles para disminuir al mínimo el riesgo de contaminar el área de punción. La piel es la primera barrera inmunológica del cuerpo, y es transgredida con el punzocortante lo cual permite el ingreso de microorganismo al cuerpo.

Todos los materiales que estén en contacto con el sitio de punción deben ser estériles. El sitio de inserción debe cubrirse con gasa o apósito estéril transparente. Los materiales para la fijación del catéter deben ser, hipoalergénicos y semipermeables. La fijación del catéter y férula de sujeción deberá efectuarse con técnicas y materiales inocuos para el paciente, evitando el uso de tela adhesiva. El catéter se deberá fijar sin interferir el flujo de la infusión.¹⁰³

Permite visualizar el sitio de inserción, la hiperemia de la región se asocia con infección, así como la salida de secreción

-Estudios científicos demuestran que la proliferación de microorganismo puede iniciar a partir de ese intervalo de tiempo, por lo cual las recomendaciones emitidas por los comités de vigilancia epidemiológica sugieren el cambio de los mismos.

⁹⁸ NOM-022-SSA3-2012 Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos [En línea] Disponible en: <http://dof.vlex.com.mx/vid/mexicana-instituye-terapia-infusion-398082630> Acceso: 12/11/15

¹⁰¹ *Ibidem*. P.c. 214

¹⁰² NORMA Oficial Mexicana NOM-022-SSA3-2012, Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos. [En línea] Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5268977&fecha=18/09/2012 Acceso 14/11/15

¹⁰³ *Ibidem*.

-Preparación de medicamentos y soluciones en un área destinada para la realización de estos.

-Explicar los riesgos de presentar infección asociada a la atención sanitaria.

-Disminuye el riesgo de contaminar el medicamento o los dispositivos durante su preparación.

-Cuando los pacientes son conscientes de los riesgos, participan activamente en la disminución de los mismos, y son capaces de identificar los signos y síntomas de alarma relacionados.

Evaluación

Daniela no presenta datos de infección durante su estancia hospitalaria, se mantiene eutérmica.

Requisito alterado: Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

Valoración focalizada: A la exploración se observa a Daniela consciente y orientada, con facies álgicas, aliñada, deambulacion interrumpida por dolor obstétrico, signos vitales normales (FC 85, FR 18, TA 110/60 mmHg temperatura 37°C). Perceptiva de la información que se le otorga y cooperadora con las indicaciones. Con buen estado general de salud e higiene, no se observan traumatismos, presenta normoglicemia. Ruptura oportuna de membranas, con líquido claro no fétido, acudió a urgencias de manera inmediata posterior a la salida de líquido transvaginal. Presenta ultrasonidos realizados durante su embarazo y laboratorios.

Diagnóstico: Riesgo de caídas, relacionado con deterioro de la movilidad, actividad uterina regular, modificaciones anatomo-posturales propias del embarazo y ambiente desconocido.

-Valorar escala de riesgo de caídas y semaforizar.

-Explicar al paciente su riesgo y las medidas que conjuntamente tendremos que realizar para disminuirlo y prevenir caídas.

-Para prevenir las caídas en hospitalización, se han desarrollado protocolos e indicadores para ofrecer seguridad a los pacientes evitando las caídas, el personal de enfermería debe contar con las habilidades técnicas y sociales que le permitan evaluar las condiciones de un paciente a su ingreso y clasificar el riesgo de caída. Estas medidas incluyen la coordinación efectiva con el resto del personal involucrado en la atención del paciente y especialmente, la comunicación y la educación al paciente, si su condición física-emocional lo permite, así como a los familiares o visitantes, quienes muchas veces están directamente al cuidado de los pacientes en los hospitales.

-Descender la cama a nivel más bajo y mantener los barandales elevados.

-Apoyo para que el paciente pueda moverse de un lado a otro según su necesidad de movilización con apoyo o por sí mismo si tiene la fuerza para hacerlo¹⁰⁴ y al ser un espacio disminuye el riesgo de caídas cuando la paciente se queda dormida o disminuye su estado de alerta.

-Asistir a la paciente en los cambios de camilla.

-Se reportan caídas en unidad quirúrgicas, debido a que las mesas quirúrgicas o de expulsión no cuentan con barandales.

Evaluación

Daniela no presenta caídas durante su estancia hospitalaria.

¹⁰⁴ Comisión Nacional de Arbitraje médico. Recomendaciones específicas para enfermería, relacionadas con la prevención de caídas de pacientes durante la hospitalización. PDF 2013 [En línea] Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/recomendaciones.php Acceso: 12/11/15

XI. EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN

La valoración de Daniela se realizó en el filtro de urgencias GyO del Hospital General de México, área a la cual me encontraba asignada durante esa guardia, por lo que el plan de cuidados generado, así como las intervenciones especializadas no se aplicaron en su totalidad, por la falta de seguimiento al ingresar la paciente al área de labor.

Algunos de los planteamientos de este trabajo deben aplicarse por cualquier profesional de salud que esté a cargo de la paciente en trabajo de parto, ya que se encuentran establecidos en la NOM 007 SSA2 2016, o son terapéuticas nacionales o internacionales descritas en las guías de práctica clínica; pero la esencia del cuidado holístico y el acompañamiento que la enfermera perinatal brinda, es un proceso aun un tanto utópico para ciertas unidades hospitalarias del país, como en este caso.

Describo al pie de cada plan de cuidados (por diagnóstico) en la sección anterior de este trabajo, la evaluación obtenida, misma que se concluyó al revalorar a Daniela en el área de Puerperio fisiológico dos días posteriores al evento obstétrico, cotejando con los registros del expediente clínico.

Daniela culminó con un parto eutócico sin complicaciones. Recién nacido sano, hombre, hora de nacimiento 06:25, 3,200grs, 50cm, Apgar 8/9. La percepción que tuvo del parto utilizando sus palabras: “todo iba bien, estaba aguantando el dolor, pero al final las doctoras me gritaban muy feo, porque no pujaba, pero yo ya no podía pujar más, hasta me salieron estas manchitas de tanto pujar (refiriéndose a petequias en cuello, región clavicular), me sentía muy desesperada ya quería que naciera mi bebé pero ellas me trataron muy mal, lo bueno es que todo salió bien y ya nos vamos a ir”.

Las intervenciones de enfermería perinatal al ser holísticas esperan que la paciente pueda egresar con un concepto diferente de su parto, que viva ese momento mágico

sin violencia y no solo se conforme con la atención de sus necesidades biológicas, como se refleja en este caso.

XII. PLAN DE ALTA

(ver anexo 4)

Mamá

- Dieta Normal + Abundantes líquidos + Aumento en fibra. No consumir refrescos ni comida chatarra.
- Continúe con ácido fólico y sulfato ferroso 1 vez cada 24hrs.
- Caminar diario. Reinicie su actividad física normal.
- Baño diario.
- Lave con agua y jabón neutro la herida en su región genital, seque perfectamente. Los puntos se absorben no es necesario que acuda para su retiro.
- Acudir a asesoría de Lactancia materna.
- Acudir a la consulta de ginecología 7 días posteriores al nacimiento de tu bebé. Con bitácora de glicemias.
- Cita abierta a urgencias, acudir en caso de presentar: dolor de cabeza, visión borrosa, zumbido de oídos, desmayos, sangrado abundante (más de 2 toallas en 1 hora por 2 horas seguidas), flujo que huele mal o si los puntos de tu herida se abren

Bebé

- Seno materno exclusivo (no té, ni agua, ni ningún alimento).
- Baño diario, con jabón neutro.
- Con un isopo seco limpiar perfectamente bien alrededor del cordón umbilical, no colocar canicas, monedas o fajeros, el cordón se seca y caerá solo aproximadamente en 7 días.
- Baños de sol. Bajo una ventana donde entre la luz del sol colocar diariamente al bebé sin ropa, 15 minutos de cada lado, sin exponerlo directamente al rayo solar.
- A las 72hrs vida acudir al área de tamiz metabólico, auditivo y vacunas.
- Realizar ejercicios de estimulación temprana (acudir a capacitación).
- Cita en tu centro de salud para control del niño sano en 7 días.
- Acudir a urgencias en caso de: el bebé se pone azul o amarillo, le cuesta trabajo respirar, no come, llanto que no cede, no evacua o no hace pipi, presencia de convulsiones, diarrea o vómito, fiebre, la fontanela (mollera) está hundida o inflada, sangra del cordón o presenta secreción mal oliente.

XIII. CONCLUSIONES

El parto es un momento único, trascendental en la vida de una mujer, del recién nacido, de la familia. Debe mirarse como un proceso fisiológico, tratado como un evento holístico y separado de un hospital, de un concepto patológico, de la frialdad y despersonalización, de la violencia y egocentrismo del ámbito médico.

Es un momento lleno de magia, de alegría, que debe compartirse con las personas que más amamos y a las que más confianza tenemos. Nos encontramos vulnerables en este evento por lo que decidimos dejarnos cuidar y guiar por una figura de sabiduría, de experiencia; escuchando y sintiendo la calidad de sus palabras, caricias o movimientos, mismos que reconfortan a ese cuerpo que sufre cambios drásticos (hormonales, anatómicos, espirituales). Cambios que en conjunto mueven cada fibra en nuestro interior, que nos hacen dudar de nuestra capacidad, que nos hacen recordar miedos, es la conjunción de mi pasada, y mi presente con una nueva vida que traeré al mundo, que será mi futuro. Escuchando y guiándonos hasta cierto momento, donde nuestro cuerpo recobra ese instinto primitivo, de mamífera, de mujer, de madre; entrando en un estado de trance, de dolor, de placer retomando el control, guiando cada movimiento, cada pujo, cada respiración, porque estamos diseñadas para parir, porque a la sociedad se le ha olvidado que las mujeres no necesitamos de los demás para traer al mundo una nueva vida.

La enfermería perinatal debe regresarle a la mujer el derecho de empoderarse de sus sensaciones ante el evento obstétrico, no solo en un parto, sino desde la pérdida del producto de la concepción, permitiendo que la paciente exprese su dolor, que el

llanto y los gritos no sean percibidos por el personal como algo incómodo o molesto, sino como un proceso de sanación, como el camino para el bienestar de esa persona, ¿Qué no es esa nuestra meta como profesionales de la salud?, el bienestar y la salud de nuestra paciente.

Las mujeres tienen la autonomía y el derecho de decidir sobre los cuidados que desean recibir, pero es nuestro trabajo hacer que ellas confíen en nuestra labor, en la importancia de cada una de nuestras intervenciones. Permitamos que sean partícipes y protagonistas de este proceso, de sus cuidados; seamos solo una guía, un punto de apoyo.

Este trabajo refleja un poco del proceso que el profesional de enfermería perinatal pudiese realizar durante el trabajo de parto en una unidad hospitalaria. Así como el éxito obtenido en un embarazo de alto riesgo, si son detectados y controlados los factores de riesgo y patologías tempranamente. Los objetivos del milenio y actualmente los objetivos del desarrollo sostenible apuntan a la disminución de la morbi-mortalidad materno-perinatal, siendo éste, indicador del desarrollo económico-social de cada país. Nuestra labor como facultativos es trabajar en la disminución y erradicación de estas cifras, contamos con la capacitación y herramientas para intervenir en el mejoramiento del estado de salud y bienestar en la etapa reproductiva de la mujer, el embarazo, el parto y el puerperio, así como los cuidados al nacido, contribuyendo de manera significativa al mejoramiento de salud desde el inicio de la vida.

Agradezcamos a cada mujer que nos permitió participar en ese momento sagrado, hagamos que el parto sea recordado como un momento magia, de ilusión, de felicidad, no como un momento de violencia.

XIV. BIBLIOGRAFIA

Ahued Ahued José Roberto. *Aspectos bioéticos en Medicina Materno Fetal*. Perinatol Reprod Hum 2001; 15: 214-218 PDF [En línea] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2001/ip014a.pdf> Acceso 01/11/15

Araya Rosa. *Diabetes y embarazo*. [REV. MED. CLIN. CONDES - 2009; 20(5) 614 - 629] PDF [En línea] Disponible en: http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2009/5%20sept/07_Dr_Araya-7.pdf Acceso: 02/11/15

Balan, Cristina et Col. *Teorías y Modelos de Enfermería, Bases Teóricas para el cuidado especializado*. Antología. 2da edición Universidad Nacional Autónoma de México, México 2009

Calais-Germain et col. Parir en movimiento, las movilidades de la pelvis en el parto. La liebre de marzo. España 2007

Cardona Pérez Arturo J. *El paradigma perinatal*. PDF [En línea] Disponible en: <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/2/981/11.pdf> Acceso 01/11/15

Comisión Nacional de Arbitraje médico. Recomendaciones específicas para enfermería, relacionadas con la prevención de caídas de pacientes durante la hospitalización. PDF 2013 [En línea] Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/recomendaciones.php Acceso: 12/11/15

Consejo de Salubridad General, Guía de Práctica Clínica. *Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes en el embarazo*. Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-320-10. PDF [En línea] Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/320_IMSS_10_Diabetes_embarazo/GRR_IMSS_320_10.pdf Acceso: 01/11/15

Cortés Hernán Arturo et al. *Aspectos claves obstetricia*. 1ra edición CIB Fondo Editorial 2013 Colombia. P.c. 229.

Felix, Carlos. Manual de procedimientos y maniobras en obstetricia. 1ra edición. McGrawHill Interamericana. México 2006. P.p. 554

Flores Le-Roux Juana, *Diabetes mellitus gestacional: importancia del control glucémico intraparto*. Revista Clínica e investigación en arteriosclerosis Vol 25 Núm 4 Septiembre-Octubre 2013 [En línea] Disponible en: <http://www.elsevier.es/en-revista-clinica-e-investigacion-arteriosclerosis-15-articulo-diabetes-mellitus-gestacional-importancia-del-90250952> Acceso: 03/11/15

Franco Montoya Paula A. *Deficit de Atucuidado Dorothea Elizabeth Orem*. Modelos Enfermeros Blogspot. [En línea] Disponible en: <http://modelosenfermerosucaldas.blogspot.mx/2013/06/dorothea-elizabeth-orem.html> Acceso: 01/11/15

González-Merlo. *Obstetricia*. 6ta edición 2013 El Sevier España. P.c 402

HGM, Trabajo de Parto. Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento Servicio de gineco obstetricia PDF. [En línea] Disponible en:

http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/gineco/guias_gineco/17_trabajo_parto.pdf Acceso: 12/11/15

Kérouac, Suzanne et col. El pensamiento enfermero. Elsevier Masson Barcelona 1996, reimpresión 2007

Kozier, Barbara et Col. *Fundamentos de Enfermería*. 7ma edición. Ed. McGraw Hill. España 2007

Morales Valdivia Estela, et al. *Metaparadigma y teorización actual de e innovadora de las teorías y modelos de enfermería*. Recien, Revista Científica de Enfermería. N°4 Mayo 2012 ISSN 1989-6409 PDF [En línea] Disponible en http://www.recien.scele.org/documentos/num_4_may_2012/proced_metaparadigma_teorizac_teorias_modelos_enfermer.pdf Acceso: 01/11/2015

NOM 007SSA2016. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. PDF. (Anexo 2)

NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. [En línea] Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html> Acceso: 12/11/15

NOM-022-SSA3-2012Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos [En línea] Disponible en: <http://dof.vlex.com.mx/vid/mexicana-instituye-terapia-infusion-398082630> Acceso: 12/11/15

OMS. La higiene de las manos en la asistencia ambulatoria y domiciliaria y en los cuidados de larga duración. Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos y del modelo de “Los 5 momentos para la higiene de manos”. PDF [En línea] Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84918/1/9789243503370_spa.pdf?ua=1 Acceso: 14/11/15

Pereda Acosta Margarita, *Explorando la teoría general de enfermería de Orem*, Revista de Enf Neurol (Mex)Vol. 10, No. 3: 163-167, 2011 INNN, 2010 PDF [En línea] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2011/ene113j.pdf> acceso el 01/11/15

Prado Solar Liana Alicia et al. *La teoría déficit de autocuidado: dorothea orem punto de partida para calidad en la atención*. Revista médica electrónica Versión ISSN 1684-1824 Rev. Med. Electron. Vol.36 no.6 matanzas nov.-dic. 2014 Artículo de revisión. [En línea] Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004 Acceso: 01/11/15

Rojas Gallo Annia et al. *Gestión del Cuidado Enfermero*, en la teoría de déficit de autocuidado. Revista Cubana de Enfermería versión On-line ISSN 1561-2961Rev Cubana Enfermer v.25 n.3-4 Ciudad de la Habana jul.-dic. 2009 [En línea] Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192009000200002 Acceso: 01/11/15

Sanabria,Luiris. Los paradigmas como base del pensamiento actual en enfermería. Rev Cub Educ Med Super 2002(16)4 En línea. Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol16_4_02/ems07402.htm Acceso 09/06/15

Sánchez Ruiz Rocío. *Actualizaciones en el tratamiento de la diabetes Gestacional.* PDF [En línea] Disponible en: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/clase2011_tto_diabetes_gestacional.pdf Acceso: 01/11/15

Seoane, José Antonio. *Bioética y humanización del parto.* PDF [En línea] Disponible en: <http://ruc.udc.es/bitstream/2183/9096/1/CC119-art6.pdf> Acceso: 01/11/15

Terré Carmen et al. Monitorización biofísica intraparto. PDF *Matronas Prof.* 2006; 7(2): 5-13 [En línea] Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/33078/1/555979.pdf>

Towle, Mary Ann. *Asistencia de Enfermería Materno-neonatal.* Pearson Educación S.A. Madrid 2010. P.p 608

Valero de Bernabé Javier. *Medicina Perinatal y diagnóstico prenatal. Cuad. Bioét.* XX, 2009/3ª PDF [En línea] Disponible en: <http://www.aebioetica.org/rf/10-BIOETICA-70.pdf> Acceso: 01/11/15

XV. ANEXOS

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANEXO 2. INSTRUMENTO DE VALORACIÓN PERINATAL

ANEXO 3. NORMA OFICIAL MEXICANA 007-SSA2-2016 PARA LA ATENCIÓN DE LA MUJER EMBARAZADA DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, Y DE LA PERSONA RECIÉN NACIDA

ANEXO 4. FOLLETO PLAN DE ALTA “PUERPERIO FISIOLÓGICO”

México, D.F. a 26 de Octubre de 2015.

A través de esta carta, yo: Daniela Campos Nieto, en mi estado de paciente del área de Ginecología y Obstetricia, del Hospital General de México, hago constar que la Lic. Axelle Desjardins Cortés, me ha informado y explicado los cuidados que realizará, así mismo autorizó a ella la recabación, el uso médico-escolar y de investigación de la información que se genere en mi atención.

DANIELA CAMPOS NIETO

AUTORIZO EL USO DE MIS TOTOS PARA UNA
PRESENTACIÓN ESCOLAR



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA PERINATAL.

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN PERINATAL

Fecha: ___/___/___ Servicio: _____ Enfermera (o) perinatal: _____

1.- DATOS GENERALES.

Nombre _____ Edad: _____ Estado Civil: _____
Ocupación: _____ Peso I/A: _____ Talla: _____ IMC: _____ Grupo Rh: _____
Religión: _____ Escolaridad _____ Ocupación: _____ Origen y Residencia: _____
Teléfono: _____
Domicilio: _____
Persona Responsable _____ Parentesco: _____ Pareja: Edad _____
Escolaridad: _____ Ocupación: _____ Trabaja actualmente: _____
Padecimiento: _____ Grupo y Rh: _____

2.- CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA.

Tipo de familia: Nuclear _____ Extensa _____ Integrada _____ Desintegrada _____
Con quien vive: _____ Num. de integrantes _____
Comunicación con: La pareja * Hijos: Otros familiares:
Cada cuando se reúne con su familia: _____ Actividades que realiza con la familia: _____
Quien es el sustento de la familia: _____ Ingresos: _____
*Bueno Regular Malo Nulo

3.- CARACTERÍSTICAS DEL AMBIENTE.

Vivienda: casa departamento Propia Rentada Otra _____
Tipo de Ventilación _____ Tipo de Iluminación _____
Num. cuartos _____ Cuantas ventanas: _____ Tipo de Construcción: percedero Durable Mixta Tipo de combustible utiliza: Gas Petróleo Leña Otros: _____
Servicios intradomiciliarios: Agua Luz Drenaje Recolección de basura cada cuando/ como: _____
Pavimentación Vigilancia Teléfono público Medio de transporte Centros Educativos: Kinder prim. Sec Prep. Univ. Recreativos Comerciales Servicios Médicos Cercanos Tiempo de distancia aprox.: _____ Zoonosis: ___ Tipo: _____ Fauna nociva: _____

REQUISITOS DE AUTO CUIDADO

1. MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AIRE.

1. HABITOS DE SALUD:

Higiene de fosas nasales Cada cuando _____ Convive con fumadores: Fuma Cuantos cigarras al día _____ Usa técnicas que mejoren su respiración (algún tipo de relajación) _____
Requiere de algún apoyo respiratorio: ¿Cual? _____

2. REVISIÓN POR SISTEMAS:

FC: _____ FR: _____ T/A: _____ TEMP: _____ FCF _____
Aparato respiratorio: Nariz: (deformación, obstrucción, desviación, mucosas, u otra): _____
Tórax y pulmones: (forma y simetría, auscultación, tos, sibilancias, estertores, u otros): _____
Sistema cardiovascular: (inspección, soplos): _____
Sistema vascular periférico: extremidades superiores y pélvicas (temperatura, color, llenado capilar, varicosidades, uñas, edema periférico): _____

2. MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AGUA.

1. HABITOS DE SALUD:

Acostumbra a tomar agua: Garrafón: Potable: Otros: _____
Líquidos orales en 24 horas (cantidad y tipo): _____
Líquidos que le gustan y/o desagradan: _____

2. REVISIÓN POR SISTEMAS:

Hidratación de Piel y Mucosas: _____

Líquidos Parenterales (Tipo) _____

3. MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS.

1. HABITOS DE SALUD:

Cuantas comidas realiza durante el día: _____

Días a la semana en que consume: _____

Leche	Carne	Huevo	Verduras	Frutas	Tortillas	Pan	Quesos	Embutidos	Sal	Azúcar
-------	-------	-------	----------	--------	-----------	-----	--------	-----------	-----	--------

Alimentos que le gustan / desagradan: _____

Variantes dietéticas (culturales, religiosas, médicas) _____

Suplementos alimenticios: (vitaminas, minerales) _____

Problemas relacionados con la digestión / ingestión: _____

Que sentido le da a la comida: Convivencia Recompensa Supervivencia Paliativo Aburrimiento

	Desayuno	Comida	Cena	Colación
¿Con quien come?				
¿Dónde?				
¿Cuanto tiempo dispone para c/comida?				
Horarios				
Alimentos				

2. REVISION POR SISTEMAS:

Boca: (dolores dentarios, sangrado en encía, úlceras en la lengua u otros sitios de la cavidad oral, pérdida del gusto, halitosis, dificultad para masticar, endodoncia, parcial o total): _____

Utiliza prótesis dental Sí No tiene caries: Sí No dientes flojos: Sí No Garganta: dolor disfagia

Observaciones: _____

Aparato digestivo: náusea vómito anorexia pirosis polifagia eructos dolor abdominal

Observaciones: _____

4. PROVISION DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN Y EXCREMENTOS.

Intestinal: (describir características de la eliminación y frecuencia): _____

Ha presentado problemas en la eliminación intestinal: Sí No ¿Cuáles?: _____

Ingiere algo para mejorar su eliminación: Sí No ¿qué? _____

Vesical: (describir características y frecuencia) _____

Ha presentado problemas en la eliminación vesical: Sí No ¿Cuáles?: _____

¿Ingiere algo para mejorar su eliminación?: Sí No ¿qué? _____

Observaciones: _____

5. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y REPOSO.

1. HABITOS DE SALUD

Tipo de actividad que realiza en: casa _____ trabajo _____

Realiza actividad física cual/frecuencia/tiempo: _____

Tiempo libre: _____ ¿Cuántas horas duerme? _____ Sensación al despertar _____

¿Presenta alguna dificultad para conciliar el sueño? Sí No ¿cómo lo resuelve? _____

Duerme durante el día: Sí No Cuanto tiempo: _____

1. DESCRIPCIÓN GINECOLOGICA

IVSA	No. Parejas Sexuales	Circuncidados	Infecciones ginecológicas (Tratamiento)	Papanicolaou (Último) resultado.	Cirugías ginecológicas.	Sangrados anormales	Incontinencia urinaria	Tumores

Dispareunia	Satisfacción	Sangrado al coito	Ultimo método anticonceptivo	Tiempo de uso	FUM	FPP

2. DESCRIPCIÓN DE EMBARAZOS PREVIOS

Gesta	Periodo Intergenésico	PCAOE	Sexo	Peso	Complicaciones	SDG	Lactancia/tiempo	Defectos al nacimiento	Vivo/Muerto Salud actual

3. DESCRIPCIÓN DEL EMBARAZO ACTUAL

Fecha	SDG	Peso	T/A	FU	Situación	Presentación	Posición	FCF	VAREFE	Edema	Medicamentos	Tratamiento

Planea utilizar algún método de Planificación Familiar Sí No ¿Cuál? _____

Numero de consultas de control prenatal: _____.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO ANTE UNA DESVIACIÓN DE LA SALUD.

A. DESVIACIÓN ACTUAL

1. Percepción de la desviación de salud

- a) Inicio de consulta _____ Motivo de consulta _____
- b) Comprensión de la alteración actual _____
- c) Sentimientos en relación con su estado actual _____
- d) Preocupaciones específicas _____

2. Mecanismos de adaptación

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

3. Efectos de la desviación sobre el estilo de vida

- a) Psicológicos _____
- b) Fisiológicos _____
- c) Económicos _____

B. HISTORIA PREVIA DE DESVIACIONES DE LA SALUD

Enfermedades en la edad adulta _____

Enfermedades de la infancia _____

Hospitalizaciones _____

Medicamentos prescritos o por iniciativa _____

Inmunizaciones previas: _____

C. ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES: _____

ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETES:

Última revisión: Agosto de 2012 Asesorado por EEP. Patricia Márquez Torres. Alumnos de la Especialidad:
LEO. Alvarado Resendiz Argelia. LEO. Álvarez Medina Norma Angelina. LEO. Arguello Hernández Elvira. LEO.
Avalos Rosette Guadalupe. LEO. De La Rosa Rivero Ma. Del Carmen. LEO. Espinosa Javier Flor. LEO. Flores
Ramírez María Isabel. LEO. Guerra Hernández Maritza. LEO. Hernández Delgado Verónica. LEO. Hernández Morales
Mayra Xochitl. LEO. Hernández Ovando Rocío. LEO. Hernández Rojas María De Los Ángeles. LEO. Jiménez Orozco
Lázaro. LEO. Muñoz Martínez María Guadalupe. LEO. Ríos Osorio Norma Elizabeth. LEO. Rodríguez Gutiérrez
Erika. LEO. Santos Francisco Araceli.

SECRETARIA DE SALUD

DECRETO por el que se reforma el artículo 42 de la Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Presidencia de la República.

ENRIQUE PEÑA NIETO, Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, a sus habitantes sabed:

Que el Honorable Congreso de la Unión, se ha servido dirigirme el siguiente

DECRETO

"EL CONGRESO GENERAL DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, D E C R E T A :

SE REFORMA EL ARTÍCULO 42 DE LA LEY GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN, CUIDADO Y DESARROLLO INTEGRAL INFANTIL.

Artículo Único.- Se reforma el artículo 42 de la Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil, para quedar como sigue:

Artículo 42.- Los Centros de Atención deberán contar con instalaciones hidráulicas, eléctricas, de gas, equipos portátiles y fijos contra incendios, de intercomunicación y especiales, de acuerdo con los reglamentos establecidos por la Federación, las entidades federativas y el Distrito Federal, observando en todo momento la clasificación de riesgos establecidos en las Normas Oficiales Mexicanas para tal efecto. Ningún establecimiento que por su naturaleza ponga en riesgo la integridad física y emocional de niñas y niños y demás personas que concurren a los Centros de Atención, podrá estar ubicado a una distancia menor a cincuenta metros.

Transitorios

Primero.- El presente Decreto entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Segundo.- Se derogan todas aquellas disposiciones que se opongan a este Decreto.

Ciudad de México, a 10 de marzo de 2016.- Sen. **Roberto Gil Zuarth**, Presidente.- Dip. **José de Jesús Zambrano Grijalva**, Presidente.- Sen. **Luis Humberto Fernández Fuentes**, Secretario.- Dip. **Ana Guadalupe Perea Santos**, Secretaria.- Rúbricas."

En cumplimiento de lo dispuesto por la fracción I del Artículo 89 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y para su debida publicación y observancia, expido el presente Decreto en la Residencia del Poder Ejecutivo Federal, en la Ciudad de México, a cinco de abril de dos mil dieciséis.- **Enrique Peña Nieto**.- Rúbrica.- El Secretario de Gobernación, **Miguel Ángel Osorio Chong**.- Rúbrica.

NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.

PABLO ANTONIO KURI MORALES, Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud y Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 39, de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 4, de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 3o, fracciones IV, XV y XVI, 13, apartado A, fracción I, 61, 61 Bis, 62, 63, 64, 64 Bis, 65, 133, fracción I, 134, fracciones VIII y XIII, 158, 159 y 160, de la Ley General de Salud; 38, fracción II, 40, fracciones III y XI, 41, 43, 47, fracción IV, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 28, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, así como 8, fracción V y 10, fracciones VII y XVI, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud y

CONSIDERANDO

Que el 6 de enero de 1995 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, la cual entró en vigor al día siguiente de su publicación;

Que la ciencia médica, a nivel nacional e internacional, ha desarrollado importantes avances en materia de investigación científica que permiten establecer mejores prácticas médicas, servicios para la atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, así como la atención de la persona recién nacida, especialmente, en cuanto a los cuidados prenatales, atención oportuna y de calidad durante el parto y la atención que requiere la persona recién nacida en los primeros 28 días de vida, a fin de que se logren establecer alternativas para un mejor desarrollo en salud durante la línea de vida de la madre y de sus hijas e hijos;

Que el 25 de mayo de 2009, de conformidad con el artículo 27, fracción III, de la Ley General de Salud y los artículos 71 al 75, del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, se firmó el Convenio General de Colaboración entre la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, a fin de proveer servicios de salud a través de sus unidades médicas a todas las mujeres embarazadas que presenten una emergencia obstétrica con el fin de reducir la morbi-mortalidad materna y perinatal a nivel nacional, lo que se reflejará en los indicadores correspondientes;

Que con fecha 5 de noviembre de 2012, en cumplimiento de lo acordado por el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades y de conformidad con lo previsto en el artículo 47, fracción I, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-007-SSA2-2010, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido, a efecto de que dentro de los sesenta días naturales posteriores a dicha publicación, los interesados presentarán sus comentarios ante dicho Comité Consultivo Nacional de Normalización ;

Que con fecha 17 de febrero de 2016, en cumplimiento a lo previsto en el artículo 47, fracción III, el citado Comité Consultivo Nacional de Normalización, aprobó las respuestas a comentarios recibidos, así como las modificaciones al proyecto que derivaron de las mismas, las cuales, con fecha previa, fueron publicadas en el Diario Oficial de la Federación recibidas por el mencionado Comité, y

Que en atención a las anteriores consideraciones, contando con la aprobación del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, he tenido a bien expedir y ordenar la publicación de la

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

PREFACIO

En la elaboración de la presente Norma participaron:

SECRETARIA DE SALUD.

Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud.

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades.

Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA.

Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

Dirección General de Promoción de la Salud.

Dirección General de Epidemiología.

Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud.

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.

Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL.

Dirección General de Sanidad.

Hospital de Especialidades de la Mujer.

SECRETARIA DE MARINA.

Dirección General de Sanidad Naval.

Centro Médico Naval.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

Dirección de Prestaciones Médicas.

Unidad del Programa IMSS – Oportunidades.

División de Atención Gineco-obstétrica y Perinatal.

Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Gineco-obstetricia No. 4 “Luis Castelazo Ayala”.

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.

Dirección Médica.

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre.

INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES.

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES".

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA.

HOSPITAL DE LA MUJER.

HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZALEZ.

HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO.

HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO FEDERICO GOMEZ.

SECRETARIA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL.

Coordinación de Salud Reproductiva.

FEDERACION MEXICANA DE COLEGIOS DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA, A.C.

COLEGIO MEXICANO DE ESPECIALISTAS EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, A.C.

FEDERACION MEXICANA DE NEONATOLOGIA, A.C.

ASOCIACION MEXICANA DE PEDIATRIA, A.C.

SOCIEDAD MEXICANA DE PEDIATRIA, A.C.

COMITE PROMOTOR POR UNA MATERNIDAD SIN RIESGOS, A.C.

CENTRO DE INVESTIGACION MATERNO INFANTIL DEL GRUPO DE ESTUDIOS AL NACIMIENTO, A.C.

RED NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DE LA DISCAPACIDAD EN MEXICO, A.C.

FUNDACION CLINICA MEDICA SUR, A.C.

IPAS, MEXICO, A.C.

FUNDACION MEXICANA PARA LA PLANIFICACION FAMILIAR, A.C.

PARTO LIBRE, A.C.

INDICE

0. Introducción.
1. Objetivo y campo de aplicación.
2. Referencias.
3. Definiciones.
4. Símbolos y abreviaturas.
5. Disposiciones generales.
6. Vigilancia epidemiológica.
7. Concordancia con normas internacionales y mexicanas.
8. Bibliografía.
9. Observancia de la norma.
10. Vigencia.
11. Apéndices normativos.

0. Introducción

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

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

El Programa Sectorial de Salud 2013-2018, en concordancia con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, establece seis objetivos asociados a las Metas Nacionales: México en Paz, México Incluyente, México con Educación de Calidad, México Próspero y México con Responsabilidad Global y a las tres estrategias transversales: Democratizar la Productividad, Gobierno Cercano y Moderno, así como Perspectiva de Género.

Estos seis objetivos se refieren a: 1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades; 2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad; 3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida; 4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país; 5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud, y 6. Avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.

El Plan Sectorial de Salud 2013-2018, destaca los logros sustantivos en diversos indicadores, como el aumento en la esperanza de vida y la disminución de la mortalidad infantil en el país. Sin embargo, queda pendiente avanzar en algunos indicadores clave de salud. Por ejemplo, la mortalidad materna que se redujo a menos de la mitad entre 1990 y 2011 (al pasar de 89 a 43 defunciones de mujeres por cada 100,000 nacidos vivos). No obstante, este indicador se encuentra lejos de alcanzar la meta de 22 defunciones propuesta para 2015, como parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio que fueron pactados con los países miembros de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), para alcanzar una mejor calidad de vida de la población, razón por la cual el Plan Sectorial de Salud 2013-2018, contempla estrategias y líneas de acción específicas para atender esta situación prioritaria.

El 30 de agosto de 2013, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y No Discriminación contra las Mujeres 2013-2018 (PROIGUALDAD), que da respuesta a la obligación señalada en el PND, de contar con una estrategia transversal de perspectiva de género en todos los programas, acciones y políticas de gobierno; esto significa que en los programas sectoriales, especiales, institucionales y regionales que elaboren las dependencias de la Administración Pública Federal estarán explícitas la perspectiva de género y las acciones afirmativas (concebidas como medidas efectivas, caracterizadas por su dimensión temporal que inciden en la reducción de las desigualdades) que permitan reducir las brechas de desigualdad entre mujeres y hombres. En este Programa se incorpora el objetivo 4 Fortalecer las capacidades de las mujeres para participar activamente en el desarrollo social y alcanzar el bienestar; que en su estrategia 4.2 contempla Impulsar el acceso de las mujeres a los servicios de cuidado a la salud en todo el ciclo de vida y explícitamente incluye la línea de acción 4.2.8 Reducir la mortalidad materna y fortalecer la atención perinatal con enfoque de interculturalidad.

Ante este escenario, es vital incrementar esfuerzos y dar un renovado impulso al fortalecimiento de los servicios de salud, mejorando su regulación, organización, cobertura y calidad, a fin de avanzar más rápidamente en el logro de las metas establecidas, satisfacer de manera más equitativa las necesidades de salud materno-infantil de la población de México y reducir los contrastes sociales que persisten en esta materia. En este contexto, se incorporan a esta Norma aspectos relevantes enfocados a la salud materna y a la prevención de la morbimortalidad materna y perinatal, mediante intervenciones previas a que una mujer decida embarazarse, así como durante su embarazo, parto y puerperio y establecer el manejo del autocuidado como una acción de corresponsabilidad para enlazar con el personal de salud, por lo que adquiere importancia el mejorar la calidad de la atención prenatal desde el periodo preconcepcional, es decir, que se realice una valoración correcta del riesgo reproductivo en mujeres con enfermedades concomitantes y en adolescentes; promover la planificación familiar, la detección temprana de diabetes gestacional mediante la realización de tamiz de glucosa, con base en la evidencia científica, sabiendo que su diagnóstico y tratamiento oportunos impactarán en la salud materno-fetal y mejorará además el pronóstico de la mujer una vez finalizado su embarazo.

En ese mismo sentido, se busca impedir la transmisión perinatal de sífilis y VIH, mediante su detección y tratamiento oportunos. Se promueve además, la adecuada nutrición, la prescripción de hierro y ácido fólico, y multivitamínicos, así como, evitar el uso y abuso de sustancias tóxicas y adictivas para prevenir bajo peso y daños en el feto.

Así mismo, se enfatiza sobre las ventajas de la lactancia materna y el espaciamiento de los embarazos a través de la adopción de un método anticonceptivo posparto, con pleno respeto a la decisión de la mujer. Se busca en definitiva que la mujer y su pareja, se corresponsabilicen junto con la institución que provee el servicio y su personal, en el cuidado de su salud.

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

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

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

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

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

En caso de una complicación no diagnosticada de manera oportuna y que ésta evolucione a una forma severa, se establece, al igual que en otras normas internacionales vigentes, que la atención de urgencias obstétricas es una prioridad todos los días del año y que el personal de salud debe informar con oportunidad a la mujer embarazada y a sus familiares desde la primera consulta prenatal, y refiriéndola a los establecimientos para la atención médica de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud que atienden urgencias obstétricas, sea o no derechohabiente de alguna de ellas.

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

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

La violencia sexual y la violencia a la mujer pueden ocasionar embarazos no deseados, problemas ginecológicos, abortos provocados e infecciones de transmisión sexual, entre ellas, la infección por sífilis y/o VIH. La violencia o maltrato hacia la mujer durante el embarazo aumenta la probabilidad de sufrir abortos espontáneos, muerte fetal, parto prematuro y bajo peso al nacer, para lo cual es necesario realizar acciones de prevención primaria de la violencia familiar y de género, así como canalizar a servicios especializados a las mujeres que la viven, sobre todo si se encuentran en etapa gestacional.

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

1. Objetivo y campo de aplicación

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

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

2. Referencias

Esta Norma se complementa con las normas oficiales mexicanas siguientes o las que las substituyan:

2.1 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

2.2 Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar.

2.3 Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

2.4 Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología.

2.5 Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.

2.6 Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.

2.7 Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

2.8 Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino.

2.9 Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA3-2013, Para la asistencia social alimentaria a grupos de riesgo.

2.10 Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.

2.11 Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA3-2102, Para la atención integral a personas con discapacidad.

2.12 Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

2.13 Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.

2.14 Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.

2.15 Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.

2.16 Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA3-2012, Regulación de los servicios de salud. Para la práctica de la ultrasonografía diagnóstica.

2.17 Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial, para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.

2.18 Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención de la salud del niño.

2.19 Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2013, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento

2.20 Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud.

2.21 Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2012, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano.

2.22 Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.

2.23 Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.

2.24 Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.

2.25 Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.

2.26 Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental-Salud ambiental-Residuos peligrosos biológico-infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo.

2.27 Norma Oficial Mexicana NOM-131-SSA1-2012, Productos y servicios. Fórmulas para lactantes, de continuación y para necesidades especiales de nutrición. Alimentos y bebidas no alcohólicas para lactantes y niños de corta edad. Disposiciones y especificaciones sanitarias y nutrimentales. Etiquetado y métodos de prueba.

2.28 Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

3. Definiciones

Para los fines de esta Norma se entiende por:

3.1 Aborto, a la expulsión o extracción de su madre de un embrión o de un feto de menos de 500 g de peso (peso que se alcanza aproximadamente a las 22 semanas completas de embarazo) o de otro producto de la gestación de cualquier peso o edad gestacional pero que sea absolutamente no viable.

3.2 Alojamiento conjunto, a la ubicación y convivencia de la persona recién nacida y su madre en la misma habitación para favorecer el contacto inmediato y permanente, así como la práctica de la lactancia materna exclusiva.

3.3 Atención de la urgencia obstétrica, a la prestación que debe brindar el personal médico especializado del establecimiento para la atención médica, garantizando la atención inmediata y correcta de cualquier complicación obstétrica de manera continua las 24 horas, todos los días del año.

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

3.5 Calidad de la atención en salud, al grado en el que se obtienen los mayores beneficios de la atención médica, acorde con las disposiciones jurídicas aplicables, con los menores riesgos para los pacientes y al trato respetuoso y de los derechos de las usuarias, considerando los recursos con los que se cuenta y los valores sociales imperantes. Incluye oportunidad de la atención, accesibilidad a los servicios, tiempo de espera, información adecuada, así como los resultados.

3.6 Certificado de nacimiento, al formato único nacional establecido por la Secretaría de Salud, de expedición gratuita y obligatoria, con carácter individual e intransferible, que hace constar el nacimiento de un nacido vivo y las circunstancias que acompañaron el hecho.

3.7 Certificado de muerte fetal y perinatal, al formato único nacional establecido por la Secretaría de Salud, de expedición gratuita y obligatoria, con carácter individual e intransferible, que hace constar la ocurrencia de una defunción fetal y las circunstancias que acompañaron el hecho.

3.8 Cesárea, a la intervención quirúrgica que tiene por objeto, extraer el feto, vivo o muerto, de 22 semanas cumplidas o más, así como la placenta y sus anexos, a través de una incisión en la pared abdominal y uterina.

3.9 Conceptus, al producto de la concepción en cualquier etapa de desarrollo desde la fertilización al nacimiento. Incluye el embrión o el feto y las membranas embrionarias.

3.10 Consentimiento informado, al proceso continuo y gradual que se da entre el personal de salud y el paciente y que se consolida en un documento escrito signado por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnósticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación una vez que sea recibido información de los riesgos y beneficios esperados.

3.11 Defunción, fallecimiento o muerte fetal, a la pérdida de la vida de un producto de la gestación antes de la expulsión o extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo. La muerte está indicada por el hecho de que después de la separación de la madre, el feto no presenta signos vitales, como respiración, latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria.

3.12 Diabetes gestacional (DG), a la alteración en el metabolismo de los carbohidratos que se detecta por primera vez durante el embarazo y se traduce en una insuficiente adaptación a la insulina.

3.13 Distocia, a las complicaciones en el mecanismo del trabajo de parto que interfieren con la evolución fisiológica del mismo y requieren maniobras especiales.

3.14 Edad gestacional, al periodo transcurrido desde el primer día de la última menstruación normal en una mujer con ciclos menstruales regulares, sin uso de anticonceptivos hormonales; con fecha de última menstruación confiable, hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. Se expresa en semanas y días completos.

3.15 Embarazo, a la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del "conceptus" en el endometrio y termina con el nacimiento.

3.16 Eutocia, a la presentación del feto en vértice, cuyo progreso del trabajo de parto es normal, termina sin complicación y no requiere de maniobras especiales.

3.17 Feto, al producto de la fecundación desde el fin del desarrollo embrionario, a las 8 semanas después de la fecundación, hasta el aborto o el nacimiento.

3.18 Hipotiroidismo congénito, a la enfermedad que se presenta desde el nacimiento y se caracteriza por disminución permanente o transitoria del funcionamiento de la glándula tiroides.

3.19 Identificación oficial, a los documentos con los que una persona física puede acreditar su identidad; como son credencial para votar, pasaporte vigente o cédula profesional.

3.20 Lactancia materna, a la proporcionada a la persona recién nacida, con leche humana, sin la adición de otros líquidos o alimentos.

3.21 Muerte materna, a la ocurrida a una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del mismo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

3.21.1 Muerte Materna Directa, a la relacionada con las complicaciones propias del embarazo.

3.21.2 Muerte Materna Indirecta, a la causada por una enfermedad de fondo agravada por el embarazo.

3.22 Nacido vivo, al producto de la concepción expulsado o extraído de forma completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo, que después de dicha separación respire y presente signos vitales como frecuencia cardiaca, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta.

3.23 Nacido muerto, a la expulsión completa o extracción del producto de la concepción del organismo materno, cuando después de dicha separación no respire ni lata el corazón, se haya o no cortado el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta.

3.24 Nacimiento, a la expulsión completa o extracción del organismo materno del producto de la concepción. Término empleado tanto para nacidos vivos o defunciones fetales.

3.25 Nacimiento con producto pretérmino, al que ocurre antes de las 37 semanas completas (menos de 259 días) de gestación.

3.26 Nacimiento con producto a término, al que ocurre entre las 37 semanas y menos de 42 semanas completas (259 a 293 días) de gestación.

3.27 Nacimiento con producto posttérmino, al que ocurre a las 42 semanas completas o más (294 días o más) de gestación.

3.28 Oportunidad de la atención, a la prestación de los servicios en el momento en que se requieran, comprendiendo accesibilidad al establecimiento para la atención médica y tiempo de respuesta del personal de salud.

3.29 Partera técnica, a la persona egresada de las escuelas de formación de partería, cuyo título es reconocido por las autoridades educativas competentes y que corresponde al nivel técnico.

3.30 Partera tradicional, a la persona que pertenece a comunidades indígenas y rurales y que ha sido formada y practica el modelo tradicional de atención del embarazo, parto, puerperio y la persona recién nacida, la cual se considera como personal no profesional autorizado para la prestación de los servicios de atención médica.

3.31 Parto, al conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del feto de 22 semanas o más por vía vaginal, incluyendo la placenta y sus anexos.

3.32 Partograma, a la herramienta fundamental durante el trabajo de parto que se debe llenar en forma rutinaria y debe analizarse detalladamente en todas las gestantes con la finalidad de evitar distocias y cesáreas de urgencia que conllevan a una alta morbilidad y mortalidad.

3.33 Parto vertical, a la atención del parto de la mujer embarazada colocada en posición vertical: de pie, sentada, semidecúbito, o en cuclillas.

3.34 Periodo neonatal, a la etapa que inicia al nacimiento y termina 28 días después del mismo.

3.35 Periodo perinatal, a la etapa que inicia a las 22 semanas de gestación y termina 7 días después del nacimiento.

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

3.37 Producto de la concepción, al embrión post-implantatorio o feto, de acuerdo a la etapa del embarazo.

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

3.39 Prueba de antiglobulina humana (prueba de Coombs): al ensayo de aglutinación en el que se emplean anticuerpos contra la gamaglobulina humana, que permite demostrar la presencia o ausencia de anticuerpos adheridos a un antígeno de la membrana del eritrocito.

3.40 Puerperio normal, al periodo que sigue a la expulsión del producto de la concepción, en el cual los cambios anatomo-fisiológicos propios del embarazo se revierten al estado pregestacional. Tiene una duración de 6 semanas o 42 días.

3.41 Puerperio inmediato, al periodo que comprende las primeras 24 horas después del parto.

3.42 Puerperio mediato, al periodo que abarca del segundo al séptimo día después del parto.

3.43 Puerperio tardío, al periodo que comprende desde el octavo día hasta los 42 días después del parto

3.44 Recién nacido (persona recién nacida), al producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de edad.

3.45 Recién nacido (persona recién nacida) pretérmino, a aquél cuya gestación haya sido de 22 a menos de 37 semanas. Cuando no se conoce la edad gestacional, se considerará así a un producto que pese menos de 2,500 gramos. Cuando no se conoce la edad gestacional se valora con métodos clínicos como el Capurro y Ballard modificado.

3.46 Recién nacida/o inmaduro, a aquél cuya gestación haya sido de 22 semanas a menos de 28 semanas, o que su peso al nacer sea de 501 a 1,000 g. Cuando no se conoce la edad gestacional se valora con métodos clínicos como el Capurro y Ballard modificado.

3.47 Recién nacida/o a término, a aquél cuya gestación haya sido de 37 semanas a menos de 42 semanas. Se considerará así a un producto que pese más de 2,500g. Cuando no se conoce la edad gestacional se valora con métodos clínicos como el Capurro y Ballard modificado.

3.48 Recién nacida/o postérmino, al producto de la concepción con 42 o más semanas completas de gestación o más (294 días o más).

3.49 Restricción en el crecimiento intrauterino, a la incapacidad del feto para alcanzar un potencial genético de crecimiento de acuerdo a las condiciones propias de la gestación y del entorno.

3.50 Sucedáneo de la leche materna o humana, a las fórmulas comercializadas presentadas como sustituto parciales o totales de la leche materna o humana.

3.51 Tamiz metabólico neonatal, al examen de laboratorio practicado a la persona recién nacida, para detectar padecimientos de tipo metabólico.

3.52 Urgencia obstétrica, a la complicación médica o quirúrgica que se presenta durante la gestación, parto o el puerperio, que condiciona un riesgo inminente de morbilidad o mortalidad materna y perinatal y que requiere una acción inmediata por parte del personal de salud encargado de su atención.

3.53 Obstetricia, a la parte de la medicina que trata de la gestación, el parto y el puerperio.

3.54 Valoración de Apgar, a la valoración de la persona recién nacida al minuto y a los cinco minutos de: frecuencia cardiaca, respiración, tono muscular, irritabilidad refleja y la coloración de tegumentos.

4. Símbolos y abreviaturas

4.1 ABO:	Sistema de grupos sanguíneos
4.2 CTG:	Curva de tolerancia a la glucosa
4.3 CONAVE:	Comité Nacional de Vigilancia Epidemiológica
4.4 dl:	Decilitros
4.5 DM:	Diabetes mellitus
4.6 Du:	Antígeno D expresado débilmente
4.7 E²:	Estatura al cuadrado
4.8 FUM	Fecha de última menstruación
4.9 g:	Gramo
4.10 IM:	Vía intramuscular
4.11 IV:	Vía intravenosa
4.12 IMC:	Índice de masa corporal
4.13 Kg/m²:	Kilogramo sobre metro al cuadrado
4.14 m:	Metro
4.15 mg:	Miligramos
4.16 mmol/L:	Milimolas por litro
4.17 OMS:	Organización Mundial de la Salud
4.18 Rho:	Antígeno eritrocítico D
4.19 SIDA:	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
4.20 SINAVE:	Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
4.21 UI:	Unidades internacionales
4.22 VIH:	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
4.23 µg:	Microgramos

5. Disposiciones generales

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

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

5.1.3 En las consultas preconcepcional y prenatal, se debe incluir valoración por el servicio de estomatología.

5.1.4 El examen de valoración debe incluir, una historia clínica completa, realizar exámenes de laboratorio básicos para detectar alteraciones que puedan incrementar el riesgo obstétrico y otorgar elementos educativos para un adecuado control prenatal, embarazo saludable, parto fisiológico y puerperio sin complicaciones, además de los factores educativos que le permitan lograr exitosamente una lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses postparto.

5.1.5 La atención debe ser integral y enfocada a considerar la reproducción humana como una expresión de los derechos reproductivos, para que sea libremente escogida y segura; fomentando la corresponsabilidad en el cuidado de la salud de la mujer, su pareja, la comunidad y el personal de salud e informar sistemáticamente de las ventajas de lograr un periodo intergenésico mínimo de 2 años, para reducir los riesgos a largo plazo y planificar adecuadamente la familia.

5.1.6 En la visita preconcepcional, se debe brindar información sobre los cuidados de la persona recién nacida, lactancia, tamiz metabólico neonatal, estimulación temprana y aplicación de vacunas, prevención de enfermedades diarreicas y respiratorias.

5.1.7 En los establecimientos para la atención médica de los sectores público, social y privado, que no cuenten con el servicio de atención de urgencias obstétricas, se debe procurar en la medida de su capacidad resolutive, auxiliar a las mujeres embarazadas en situación de urgencia, y una vez resuelto el problema inmediato y estabilizado y que no esté en peligro la vida de la madre y la persona recién nacida, se debe proceder a su referencia a un establecimiento para la atención médica que cuente con los recursos humanos y el equipamiento necesario para la atención de la madre y de la persona recién nacida.

5.1.8 Los establecimientos para la atención médica que brinden atención de urgencias obstétricas deben contar con espacios habilitados, personal especializado, calificado y/o debidamente capacitado para atender dichas urgencias, equipo e instalaciones adecuadas, así como los insumos y medicamentos necesarios para su manejo, además de contar con servicio de transfusión sanguínea o banco de sangre con hemocomponentes y laboratorio para procesamiento de muestras; 24 horas del día, todos los días del año.

5.1.9 Toda mujer en edad reproductiva que desee embarazarse, debe acudir de preferencia acompañada de su pareja al establecimiento para la atención médica, para recibir asesoría médica sobre el riesgo reproductivo, idealmente tres meses antes de intentar el embarazo. En este periodo es importante iniciar la suplementación de ácido fólico para la prevención de defectos del tubo neural y continuarla durante el embarazo.

5.1.10 Todo el tiempo y en especial durante el embarazo y la lactancia, se debe promover que la mujer se abstenga de utilizar sustancias adictivas como tabaco (aun como fumadora pasiva), bebidas alcohólicas y sustancias psicoactivas (Ver Apéndice D Normativo, de esta Norma).

5.1.11 La atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y a la persona recién nacida debe ser proporcionada con calidad y respeto de sus derechos humanos, principalmente a su dignidad y cultura, facilitando, en la medida de lo posible, apoyo psicológico durante su evolución.

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

5.1.12 Las mujeres y las personas recién nacidas referidas a los establecimientos para la atención médica por las parteras tradicionales u otro prestador de servicio de salud de la comunidad, deben ser atendidos con oportunidad. La mujer debe tener la opción de parir en forma vertical, siempre y cuando se cuente con personal capacitado y con la infraestructura suficiente para tal fin, preservando en todo momento su autonomía y la seguridad del binomio.

5.1.13 En los establecimientos para la atención médica, se debe disponer de la capacidad para detectar, registrar, asignar y manejar oportunamente el riesgo reproductivo, obstétrico y perinatal para cada embarazo, el cual debe servir para planear y aplicar un plan de vigilancia y manejo de forma individual y con la intervención de los especialistas acordes a cada situación.

5.1.14 Los establecimientos para la atención médica, deben garantizar la prestación de servicios de salud oportunos, con calidad y seguridad durante el embarazo, parto y puerperio, así como durante la atención de urgencias obstétricas.

5.2 Atención del embarazo.

5.2.1 Las actividades a realizar por parte del personal de salud en la primera consulta de atención prenatal deben ser:

5.2.1.1 Elaborar y registrar la historia clínica en un expediente, carnet perinatal o la guía básica para la mujer embarazada (ver Apéndice J Normativo, de esta Norma), debiendo tener los siguientes apartados:

5.2.1.1.1 Identificación de la embarazada, su nombre completo que acredite con una identificación oficial edad, escolaridad, estado civil, empleo, lugar de residencia habitual, teléfono y los datos de algún familiar o amistad para establecer contacto en caso necesario;

5.2.1.1.2 Identificar antecedentes heredo familiares, personales patológicos y personales no patológicos;

5.2.1.1.3 Identificar antecedentes de embarazos previos y su resolución mediante interrogatorio intencionado para datos de: cesárea, preeclampsia, hemorragia obstétrica, parto pretérmino, restricción en el crecimiento intrauterino, óbito, pérdida repetida de la gestación, DG y malformaciones fetales.

5.2.1.2 Realizar el diagnóstico del embarazo por el método clínico, de laboratorio (prueba inmunológica de embarazo en orina o suero) o ultrasonográfico; con este fin, no se deben emplear estudios radiográficos ionizantes ni prescribir medicamentos hormonales.

5.2.1.3 Calcular la edad gestacional y fecha probable de parto, mediante el uso de los siguientes métodos:

5.2.1.3.1 Wahl y Naegele: Al primer día de la FUM agregar 7-10 días y al mes se le restan 3;

5.2.1.3.2 A partir del primer día de la FUM se contarán 280 días, esa será la fecha probable de parto, y

5.2.1.3.3 En algunos casos, cuando hay dudas o se desconoce la FUM, el ultrasonido es un auxiliar para la estimación de la edad gestacional.

5.2.1.4 Realizar búsqueda de factores de riesgo en el interrogatorio en forma dirigida.

5.2.1.5 Identificar los siguientes factores de riesgo para DG: Padres con DM o familiares en primer grado; antecedente de DG; edad mayor de 25 años; peso al nacer de la paciente igual o mayor que 4 Kg; obesidad igual o mayor que 90Kg, IMC Kg/E² igual o mayor que 30Kg/E² antes del embarazo; pacientes con tamiz alterado, a la hora igual o mayor que 130mg/dl; hijos/as con peso al nacer igual o mayor que 4,000g; antecedente de óbito; aborto recurrente; hijos con malformaciones congénitas e hipertensión arterial crónica.

5.2.1.6 Identificar e informar a la mujer embarazada, sobre el alto riesgo que representan las adicciones a sustancias químicas, la automedicación, la exposición de fármacos, tabaco, marihuana, alcohol o sustancias psicoactivas o psicotrópicas y otras drogas con efectos potencialmente agresivos para la madre y el producto, que puedan tener repercusiones en la evolución del embarazo, y daño embrio-fetal, independientemente del periodo gestacional (Ver Apéndice D Normativo, de esta Norma).

5.2.1.7 En la atención a la madre durante el embarazo y el parto, vigilar estrechamente la prescripción y uso de medicamentos, valorando el riesgo-beneficio de su administración (Véase Apéndice D Normativo, de esta Norma).

5.2.1.8 Identificar datos de depresión o cualquier otro trastorno en relación a la salud mental durante el embarazo, parto y puerperio.

5.2.1.9 Cuando se atiende a una mujer embarazada, de manera particular si es adolescente menor a 15 años, realizar la búsqueda intencionada de ejercicio de violencia sexual, familiar o de género. En caso de encontrarse datos sugestivos, proceder conforme a las disposiciones jurídicas aplicables.

5.2.1.10 Exploración física completa que incluya: signos vitales, peso, talla y evaluación del estado nutricional (Ver Apéndice C Normativo, de esta Norma). Exploración bucodental, mamaria, auscultación cardíaca materna, medición del fondo uterino y de la frecuencia cardíaca fetal en su caso, así como toma de citología cérvico-vaginal, si procede, como lo dispone la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.8, del Capítulo de Referencias, de esta Norma. Todas estas actividades deben ser anotadas en el expediente clínico para cada consulta otorgada.

5.2.1.11 Prescripción de medidas generales higiénico dietéticas con el fin de promover la salud.

5.2.1.12 Aplicar la primera dosis de toxoide antitetánico preferentemente antes de la semana 14 y la segunda, entre 4 y 8 semanas después de la primera aplicación.

5.2.1.13 Para prevenir defectos del tubo neural, es importante prescribir 0.4 mg de ácido fólico y micronutrientes desde el periodo, mínimo tres meses previos a la primera consulta y durante todo el embarazo.

5.2.1.14 Solicitar los siguientes exámenes de laboratorio:

5.2.1.14.1 Biometría hemática completa;

5.2.1.14.2 Grupo sanguíneo y factor Rh. En Paciente Rh negativo (coombs indirecto);

5.2.1.14.3 Glucosa en ayuno y a la hora (poscarga de 50 g);

5.2.1.14.4 Creatinina;

5.2.1.14.5 Acido úrico;

5.2.1.14.6 Examen general de orina; se recomienda realizar prueba rápida con tira reactiva en cada consulta prenatal e indicar urocultivo para que en caso positivo se inicie tratamiento antibacteriano.

5.2.1.14.7 Prueba de laboratorio para detectar sífilis en la embarazada y prevenir sífilis congénita;

5.2.1.14.8 La detección de VIH y sífilis debe ser ofertada sistemáticamente de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.7, del Capítulo de Referencias, de esta Norma. La prueba de tamizaje para VIH y sífilis se debe realizar en las primeras 12 semanas previa orientación y aceptación de la embarazada, a través de su consentimiento informado, enfatizando la consejería y orientación acerca de los beneficios de una prueba en etapas tempranas del embarazo para evitar transmisión vertical hacia el feto. Se debe asentar en el expediente clínico que se ofertaron ambas pruebas y la mujer debe firmar la decisión que tomó acerca de su realización. En aquellas mujeres que no se sometieron a tamizaje durante las etapas tempranas del embarazo debe ofrecerse la realización del mismo, antes del parto o en el postparto inmediato, para las medidas profilácticas o terapéuticas que apliquen.

Toda mujer que resulte positiva a VIH o sífilis, debe ser enviada inmediatamente al segundo nivel de atención, o establecimientos para la atención médica especializados, y

5.2.1.14.9 Exámenes de gabinete pertinentes. De acuerdo a valoración clínica y evolución del embarazo, se podrá solicitar estudio ultrasonográfico.

5.2.1.15 Promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 8 semanas de gestación y/o prueba positiva de embarazo atendiendo al siguiente calendario:

1ª consulta: entre las 6 - 8 semanas;

2ª consulta: entre 10 - 13.6 semanas;

3ª consulta: entre 16 - 18 semanas;

4ª consulta: 22 semanas;

5ª consulta: 28 semanas;

6ª consulta: 32 semanas;

7ª consulta: 36 semanas; y

8ª consulta: entre 38 - 41 semanas.

La importancia de la atención prenatal con intervenciones integrales y preventivas permite detectar riesgos fetales y maternos pudiendo aplicar el tamizaje prenatal oportuno entre 11 y 13.6 semanas, y segundo trimestre de 16 a 22 semanas, donde el ultrasonido es un medio fundamental de vigilancia.

5.2.1.16 Promover que se realice un ultrasonido obstétrico en cada trimestre del embarazo por personal capacitado, para determinar el bienestar materno y fetal de manera intencionada. El primero entre las semanas 11 a 13.6, mediante el cual se establece la vitalidad, edad gestacional y número de fetos que se están gestando; el segundo entre las 18 y 22 semanas y el tercero, entre las 29 y 30 semanas o más de gestación.

5.2.1.17 Por el alto riesgo de la morbilidad y la mortalidad perinatales, toda mujer embarazada con 41 semanas o más, debe ser trasladada al segundo nivel de atención, para su valoración y atención.

5.2.1.18 En la consulta prenatal efectiva y periódica, los prestadores de servicios de salud deben brindar a la embarazada, información clara, veraz y basada en evidencia científica, sobre diferentes aspectos de salud en el embarazo, con el fin de que conozca sobre los factores de riesgo, estilos de vida saludable, aspectos nutricionales que la mejoren, lactancia materna exclusiva y planificación familiar. Resaltar la atención ante posibles complicaciones que pueden poner en riesgo su vida y la de la persona recién nacida y que debe estar alerta ante los primeros signos y síntomas para buscar atención médica inmediata. La consulta prenatal debe ofrecer la oportunidad de aclarar dudas a la embarazada, especialmente para aquellas que cursan su primer embarazo; durante todo el embarazo se deben efectuar acciones para prevenir o detectar la presencia de enfermedades preexistentes o subclínicas, diabetes gestacional, infecciones de vías urinarias, infecciones periodontales y preeclampsia; además de promover el autocuidado y la preparación para el nacimiento, quedando registrado en el expediente clínico.

5.3 Consultas subsecuentes.

5.3.1 Las actividades a realizar por parte del personal de salud en las consultas subsecuentes deben ser:

5.3.1.1 Permitir a la embarazada exponer sus dudas y síntomas. Aclararle las dudas con lenguaje comprensible y tomar en cuenta todos los signos y síntomas que manifieste.

5.3.1.2 Hacer interrogatorio dirigido buscando datos de alarma en el embarazo.

5.3.1.3 Identificar signos y síntomas de urgencia obstétrica: hipertensión arterial, pérdida de la conciencia, convulsiones, epigastralgia, cefalea intensa, hemorragia transvaginal, palidez intensa, dolor abdominal, fiebre, pérdida transvaginal de líquido o sangre. Consultar la Guía de Práctica Clínica de Detección y Tratamiento Inicial de las Emergencias Obstétricas, en la página de internet: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/442_GPC_Emergencias__obstetricas/GER__Emergencias_obstetricas.pdf

5.3.1.4 Realizar medición, registro e interpretación de peso, talla, presión arterial, temperatura, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, crecimiento de fondo uterino, movimientos del feto y frecuencia cardiaca fetal, ultrasonido.

5.3.1.5 Realizar interpretación y valoración de los resultados de exámenes de laboratorio y estudios de gabinete solicitados en la entrevista previa. En caso de cualquier anomalía en los estudios, se debe referir a la paciente con el médico especialista de forma inmediata y en su caso, trasladar al servicio de atención obstétrica de urgencia.

5.3.1.6 A todas las mujeres embarazadas se debe realizar la prueba de detección para DG entre la semana 24 y 28 del embarazo, aunque las mujeres con mayor riesgo pueden ser estudiadas desde antes.

5.3.1.7 Las mujeres con diagnóstico de DG deben ser referidas a un establecimiento para la atención médica de 2o. o 3er. nivel de atención en donde puedan recibir un manejo inmediato especializado. Entre las 6 y 12 semanas posteriores al término de la gestación a toda mujer con diagnóstico de diabetes gestacional se le debe realizar una CTG a fin de identificar a las mujeres con diabetes mellitus; así como para proporcionar el seguimiento especializado a su hija/o.

5.3.1.8 Promover que la mujer embarazada acuda a consulta, de preferencia con su pareja, para que se integre y se corresponsabilice del control y vigilancia del embarazo; o bien, con algún familiar, para garantizar que alguien de su confianza la apoye en el proceso.

5.3.1.9 Promover la lactancia materna exclusiva, excepto en los casos medicamente justificados, entre ellos, el de madre VIH positiva, en los cuales, se recomendará sucedáneos de la leche materna o humana, conforme a la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.7, del Capítulo de Referencias, de esta Norma.

5.3.1.10 Proveer información completa sobre los métodos anticonceptivos, así como proporcionar la oferta sistemática de éstos conforme a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana, citada en el punto 2.2, del Capítulo de Referencias, de esta Norma, así como establecer mecanismos efectivos para la referencia y atención de la anticoncepción post-evento obstétrico, de preferencia en el post-parto o post-aborto inmediato y antes del alta hospitalaria, para aquellas mujeres que durante su control prenatal y su atención del parto expresen su deseo de usar algún método anticonceptivo.

5.3.1.11 Vacunar a la embarazada conforme a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.21, del Capítulo de Referencias, de esta Norma;

5.3.1.12 Proporcionar información completa a la embarazada y a sus familiares, sobre signos y síntomas de alarma que ameriten una atención inmediata en el establecimiento para la atención médica, la elaboración de un plan de seguridad para la atención del parto o ante una urgencia obstétrica, en el que se identifique el establecimiento que prestará la atención, el vehículo a utilizar en el traslado y la persona acompañante, considerando planes alternativos en caso de urgencia, debiéndose registrar dicha información en los formatos institucionales de traslado, el carnet perinatal o la guía básica para la mujer embarazada (ver Apéndice J Normativo, de esta Norma).

5.3.1.13 Trasladar oportunamente a las pacientes en situación de urgencia obstétrica a los establecimientos para la atención médica con la capacidad resolutive adecuada, para tal efecto el personal de salud debe:

5.3.1.13.1 Conocer e informar a la mujer embarazada y a sus familiares, la ubicación del establecimiento para la atención médica de atención de urgencias obstétricas que le corresponda.

5.3.1.13.2 Definir el traslado, de acuerdo con los criterios establecidos, para atención de las gestantes a los establecimientos para la atención médica de primer, segundo y tercer nivel, empleando para ello los formatos que se establezcan con ese fin, como pueden ser formatos institucionales de traslado, el carnet perinatal o la guía básica para la mujer embarazada (ver Apéndice J Normativo, de esta Norma).

5.3.1.13.3 En todos los casos de urgencia obstétrica, tales como hemorragia obstétrica, trastornos hipertensivos del embarazo, amenaza de parto pretérmino, sepsis o con enfermedades concomitantes graves, se debe brindar atención médica integral con oportunidad y calidad.

5.3.1.14 Proporcionar a la gestante, un carnet perinatal, cartilla o la guía básica para la mujer embarazada, que contenga los siguientes datos: ficha de identificación; antecedentes heredo familiares; antecedentes personales patológicos; antecedentes ginecoobstétricos; factores de riesgo obstétrico; evolución del embarazo en cada consulta incluyendo; fecha; edad gestacional; peso; presión arterial; fondo uterino; frecuencia cardiaca fetal; resultados de exámenes de laboratorio; observaciones; resultado de la atención obstétrica; factores de riesgo para embarazos posteriores.

5.3.1.15 Proporcionar información que destaque la importancia de la lactancia materna exclusiva, planificación familiar y signos de alarma durante el embarazo.

5.3.1.16 El control prenatal debe ser realizado por personal calificado para la atención prenatal, con pertinencia cultural, considerando las diversas cosmovisiones en salud, especialmente de los pueblos indígenas, estar dirigido a la promoción de estilos de vida saludables, a la prevención, detección y control de factores de riesgo obstétrico como anemia, preeclampsia, complicaciones hemorrágicas del embarazo, infecciones cervico vaginales, urinarias y de transmisión sexual, restricción del crecimiento intrauterino y detección y control de otras patologías preexistentes e intercurrentes con el embarazo, y aplicar las medidas de atención oportuna, Guía de Práctica Clínica Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea. México; 2014. Disponible en:

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/048_GPC_Cesarea/IMSS_048_08_EyR.pdf

5.3.1.17 Realizar en cada consulta subsecuente, la búsqueda intencionada de los factores de riesgo y posibles complicaciones de acuerdo con los lineamientos y guías de práctica clínica vigentes.

5.4 Prevención del peso bajo al nacimiento.

5.4.1 El prestador de los servicios de salud que proporciona atención obstétrica debe seguir los criterios y procedimientos básicos para la prevención, detección oportuna de los factores de riesgo y manejo adecuado ante la amenaza de parto pretérmino, restricción en el crecimiento intrauterino y peso bajo al nacimiento. Ver el Apéndice E Normativo, de esta Norma.

5.4.2 La detección oportuna se debe realizar 3 meses antes del embarazo y durante la gestación.

5.4.3 Los procedimientos preventivos deben incluir la orientación a la mujer para el autocuidado, la identificación de los signos de alarma y la búsqueda de atención médica oportuna. Esta orientación también debe ser proporcionada a su pareja o a algún familiar.

5.4.4 Para detectar la restricción del crecimiento intrauterino se debe realizar periódica y sistemáticamente el seguimiento del incremento del peso materno, altura del fondo uterino (Apéndice A Normativo, de esta Norma), y del estudio ultrasonográfico, realizado preferentemente en etapas tempranas del embarazo (antes de las 20 semanas de gestación). En caso de sospechar restricción del crecimiento del feto, se debe confirmar el diagnóstico, clasificar, establecer el manejo y el seguimiento en el segundo o tercer nivel de atención.

5.4.5 En todos los establecimientos para la atención médica que manejan partos pretérmino, preferentemente se debe establecer la estrategia de madre canguro, para facilitar e incrementar el contacto de la persona recién nacida con la mamá. Además de propiciar la alimentación del recién nacido pretérmino con leche materna, en cuanto sea posible, a través de valoración clínica del médico.

5.5 Atención del parto.

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

5.5.2 Al ingreso de toda mujer para la atención obstétrica, se deberá abrir el expediente clínico, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.1, del Capítulo de Referencias, de esta Norma y se integrará el partograma correspondiente que se señala en el Apéndice B Normativo, de esta Norma. En caso de necesitar traslado a un establecimiento para la atención médica con mayor capacidad resolutoria, se deberá valorar el traslado oportuno y seguro.

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

5.5.4 En la valoración de inicio del trabajo de parto verdadero, se debe interrogar sobre la percepción de contracciones uterinas dolorosas, su intensidad y frecuencia, así como sobre la expulsión de mucosidad, líquido o sangre a través de los genitales, se deben tomar signos vitales, presión arterial, temperatura, efectuar palpación abdominal, medición de la altura uterina, presentación fetal, así como tacto vaginal para evaluar: presentación, variedad de posición, grado de encajamiento y proporción céfalo-pélvica, dilatación, borramiento y posición del cuello uterino, además de evaluar características de membranas amnióticas, para decidir la conducta a seguir conforme a la Guía de Práctica Clínica Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea. México; 2014. Disponible en:

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/048_GPC_Cesarea/IMSS_048_08_EyR.pdf y en el caso de pérdida de sangre transvaginal, deben descartarse complicaciones como placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta normo inserta, u otras causas de hemorragia.

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

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

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

5.5.8 La utilización de auxiliares de diagnóstico de laboratorio y gabinete como la cardiotocografía y el ultrasonido, debe obedecer a indicaciones específicas. Los procedimientos invasivos requieren del consentimiento informado de la paciente por escrito.

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

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

5.5.11 El registro e interpretación del progreso de las modificaciones cervicales, variedad y descenso de la presentación, se debe realizar mediante tacto vaginal por lo menos cada hora para identificar oportunamente eutocias o distocias. La mujer debe ser informada antes y después de la exploración.

5.5.12 El registro e interpretación de los signos vitales (pulso, presión arterial, temperatura y frecuencia respiratoria) deben hacerse cada dos horas, de acuerdo a las condiciones clínicas de la paciente.

5.5.13 Las indicaciones, prescripciones y procedimientos deben ser registrados en el expediente clínico, conforme a lo que establece la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.1, del Capítulo de Referencias, de esta Norma.

5.5.14 Durante el periodo expulsivo, no debe realizarse la maniobra de Kristeller ya que los riesgos para la madre y el feto son elevados.

5.5.15 La atención del parto respetuoso con pertinencia cultural se debe promover en los establecimientos para la atención médica de segundo nivel de atención, mediante la adecuación de espacios físicos, procedimientos de atención, implementos utilizados y permitiendo la elección de la posición por parte de la mujer. Esto se debe efectuar de acuerdo a las condiciones clínicas de la embarazada y del producto, así como de la adecuación de la infraestructura hospitalaria y la capacitación del personal para este tipo de atención. Dicha capacitación debe ser promovida por las instituciones que forman parte del Sistema Nacional de Salud, en los lugares donde es culturalmente utilizado y aceptado.

5.5.16 El pinzamiento y corte del cordón umbilical se debe realizar de 30 a 60 segundos después del nacimiento, aun siendo prematuros, manteniendo a la persona recién nacida por abajo del nivel de la placenta. En caso de madre Rh negativo no isoimmunizada, circular de cordón al cuello y sufrimiento fetal agudo, el pinzamiento y corte debe ser inmediato.

5.5.17 Para el manejo activo del periodo del parto se recomienda la aplicación de 10 UI de oxitocina por vía IM o IV, posterior al nacimiento del hombro anterior. Realizar pinzamiento del cordón umbilical, tracción suave y sostenida del mismo y finalmente masaje uterino a través de la pared abdominal. Revisar que la placenta y sus membranas estén completas, verificar la integridad del canal del parto. Asimismo, comprobar que el útero esté contraído, el sangrado transvaginal sea escaso y los signos vitales sean normales. La aplicación de otros uterotónicos será de acuerdo al criterio médico basado en evidencia con atención personalizada y bajo vigilancia.

5.5.18 La revisión manual o instrumental de la cavidad uterina no debe realizarse de manera rutinaria; no es una maniobra sustitutiva de la comprobación de la integridad de la placenta. Sólo ante la sospecha de retención de restos placentarios, previa información a la paciente, bajo estricta técnica de antisepsia y analgesia, se debe realizar la revisión de la cavidad uterina por personal calificado.

5.5.19 En todas las púerperas Rho (D) negativas se debe pinzar el cordón umbilical únicamente en el extremo que corresponde a la persona recién nacida, dejando sin pinzar su extremo placentario y se debe evitar, en lo posible, la revisión de la cavidad uterina.

5.5.20 Los datos correspondientes al resultado del parto deben consignarse en el expediente clínico incluyendo los siguientes datos:

5.5.20.1 Tipo y atención del parto;

5.5.20.2 Fecha y hora de nacimiento;

5.5.20.3 Condiciones de la persona recién nacida al nacimiento: valoración Silverman Anderson, Apgar, sexo, edad gestacional, examen antropométrico completo, estado de salud, pronóstico, aplicación de medicamentos o vacunas, de conformidad con los Apéndices E, F, G y H Normativos, de esta Norma, y

5.5.20.4 Anotar si existen anomalías congénitas, enfermedades, o lesiones;

5.5.20.5 En caso de realizar la operación cesárea, es necesario registrar con detalle en el expediente clínico los diagnósticos que condujeron a dicho procedimiento quirúrgico, y el o los profesionales de la salud responsables de la decisión;

5.5.20.6 Debe informarse oportunamente a la mujer de esta decisión y sus fundamentos, lo que también debe registrarse en el expediente clínico, incluyendo los riesgos y beneficios asociados y las consideraciones en futuros embarazos y partos después de la operación cesárea, y

5.5.20.7 Al final de este periodo, se debe valorar las condiciones clínicas para la aplicación de algún método anticonceptivo indicado en el postparto inmediato, como es el dispositivo intrauterino, siempre y cuando se haya cumplido con el proceso de consejería y de consentimiento informado.

5.6 Atención del puerperio.

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

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

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

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

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

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

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

5.6.1.7 A las madres Rho (D) negativas, con persona recién nacida Rho positivo y con prueba de Coombs indirecta negativa, se les aplicarán 300 µg de globulina inmune anti Rho, dentro de las primeras 72 horas posparto o cuando se realice otro evento obstétrico o procedimiento invasivo capaz de ocasionar hemorragia feto-materna y que pueda condicionar en la madre inmunización al antígeno "D". La atención preferentemente debe ser realizada por personal calificado.

5.6.1.8 Se debe promover desde la atención prenatal hasta el puerperio inmediato, que la vigilancia del puerperio fisiológico sea llevada a cabo con un mínimo de 2 controles médicos.

5.6.1.9 Durante el internamiento y antes del alta médica, orientar a la madre y a su pareja o familiar, sobre los cuidados de la persona recién nacida, sobre la técnica de la lactancia materna exclusiva, signos y síntomas de alarma de la persona recién nacida (succión e ingesta adecuada, micción y evacuación presente, estado de alerta, fiebre, ictericia, apnea, cianosis, dificultad respiratoria, llanto inconsolable, crisis convulsivas, vómito, distensión abdominal e hipotermia) o de la madre (fiebre, hemorragia, cefalea persistente), que ameritan atención médica urgente.

5.6.2 Para la atención del puerperio mediato y tardío, el personal de salud debe:

5.6.2.1 Proporcionar 2 consultas, la inicial dentro de los primeros 15 días y la segunda al final del puerperio.

5.6.2.2 Vigilar la involución uterina, los loquios, la presión arterial, frecuencia cardíaca y la temperatura tan frecuente como sea necesario para prevenir y detectar complicaciones.

5.6.2.3 Proporcionar información completa a la madre y a su pareja, sobre los cuidados de la persona recién nacida, cuadro de inmunizaciones, lactancia materna exclusiva, nutrición de la madre y los cambios emocionales que ocurren durante este periodo.

5.7 Atención a la persona recién nacida.

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

5.7.2 Todo establecimiento para la atención médica que proporcione atención obstétrica debe tener reglamentados procedimientos para la atención de la persona recién nacida que incluyan:

5.7.2.1 Reanimación neonatal; de ser necesaria;

5.7.2.2 Manejo del cordón umbilical;

5.7.2.3 Valoración de Apgar, conforme al Apéndice F Normativo, de esta Norma;

5.7.2.4 Valoración de Silverman Anderson. Apéndice G Normativo, de esta Norma;

5.7.2.5 Prevención de cuadros hemorrágicos con vitamina K 1 mg IM;

5.7.2.6 Prevención de oftalmopatía purulenta con antibiótico local;

5.7.2.7 Exámenes físico y antropométrico completos;

5.7.2.8 Valoración de la edad gestacional o madurez física y neuromuscular de acuerdo al Apéndice H Normativo, de esta Norma;

5.7.2.9 Vacunación de la persona recién nacida conforme a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.21, en el Capítulo de Referencias, de esta Norma;

5.7.2.10 Alojamiento conjunto;

5.7.2.11 Alimentación exclusiva al seno materno y/o leche humana, y

5.7.2.12 Realización de toma de muestra para el tamiz neonatal a partir de las 72 horas de vida.

5.7.3 Para valorar la edad gestacional y la maduración neurológica, se emplearán el método de Capurro o el de Ballard modificado conforme a lo establecido en los Apéndices H e I Normativos, de esta Norma.

5.7.4 Se debe realizar el examen físico de la persona recién nacida, valorando los siguientes elementos:

5.7.4.1 Aspecto General: estado de maduración, estado de alerta, de nutrición, actividad, llanto, coloración, presencia de edema, evidencia de dificultad respiratoria, postura, examen antropométrico y otros elementos que permitan considerar sano o no a la persona recién nacida.

5.7.4.2 Piel: color, consistencia, hidratación, evidencia de tumores, lesiones, erupciones, presencia de vérmix caseosa y valorar si está teñida de meconio, uñas.

5.7.4.3 Cabeza y Cara: tamaño, forma, fontanelas, líneas de suturas, implantación de cabello, simetría facial y dismorfia facial.

5.7.4.4 Ojos: presencia y tamaño del globo ocular, fijación visual, nistagmus, presencia/ausencia de infecciones, edema conjuntival, hemorragia, opacidades de córnea y cristalino, reflejos pupilares, retina, distancia entre ambos ojos y lagrimeo.

5.7.4.5 Oídos: tamaño, forma, simetría e implantación, presencia/ausencia de apéndice preauricular, fístulas, permeabilidad de conducto auditivo externo y reflejo cocleopalpebral por palmada.

5.7.4.6 Nariz: permeabilidad de fosas nasales, presencia/ausencia de secreciones anormales y depresión del puente nasal.

5.7.4.7 Boca: Presencia de fisuras de labio y/o paladar, quistes de inclusión, brotes dentarios y sialorrea, forma y tamaño de la lengua.

5.7.4.8 Cuello: movilidad y presencia de masas tumorales, permeabilidad esofágica, presencia y tamaño de tiroides y presencia/ausencia de fístulas.

5.7.4.9 Tórax: forma, simetría de areolas mamarias, evidencia de dificultad respiratoria, frecuencia y tipo de respiración, percusión y auscultación con entrada bilateral de aire en campos pulmonares.

5.7.4.10 Cardiovascular: frecuencia y ritmo cardíaco, presencia y/o ausencia de soplos, cianosis, frémito palpación de los pulsos en las cuatro extremidades y, en su caso, medición de presión arterial.

5.7.4.11 Abdomen: forma, volumen, concavidad, masas palpables, megalias, presencia de hernia o eventración, presencia/ausencia de peristaltismo y características del cordón umbilical (presencia de dos arterias y una vena).

5.7.4.12 Genitales: anomalías y características de los órganos genitales masculinos o femeninos. En los hombres: implantación del meato urinario, presencia, tamaño y localización testicular, coloración. En las mujeres: presencia de secreción vaginal y tamaño del clítoris.

5.7.4.13 Ano: permeabilidad y localización.

5.7.4.14 Tronco y columna vertebral: Integridad, continuidad y presencia/ausencia de masas.

5.7.4.15 Extremidades: integridad, movilidad, deformaciones, posiciones anormales, fracturas, parálisis y luxación congénita de cadera, pulsos periféricos, llenado capilar.

5.7.4.16 Estado neuromuscular: reflejo de Moro, glabellar, búsqueda, succión, deglución, prensión palmar y plantar, marcha automática, tono, reflejos osteotendinosos y movimientos anormales.

5.7.5 Para la evaluación y registro de examen antropométrico deben utilizarse las tablas de la OMS vigentes.

5.7.6 En caso de identificar alteraciones y/o defectos al nacimiento, se debe aplicar lo establecido en la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.19, en el Capítulo de Referencias, de esta Norma.

5.7.7 Se recomienda investigar rutinariamente en la persona recién nacida de madre Rh negativa que se sospeche riesgo de isoimmunización, el grupo ABO, el factor Rho (D), su variante débil Du y la prueba de antiglobulina directa o prueba de Coombs, así como Biometría hemática completa y bilirrubinas.

5.7.8 Se eliminarán como prácticas de rutina y serán realizadas sólo por indicación médica: la aspiración de secreciones con sonda, el lavado gástrico, el ayuno, la administración de soluciones glucosadas por vía oral, agua y/o fórmula láctea, el uso de biberón y la separación madre-hija/o.

5.7.9 Evitar el ayuno por más de 4 horas en la persona recién nacida a menos de que exista indicación médica y siempre con aporte de soluciones parenterales según los requerimientos, conforme a la Guía de Práctica Clínica Nutrición Parenteral en Pediatría, que se encuentra en la página de internet: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/121_GPC_NUTRICION_PARENTERAL_PED/ED/Ssa_121_08_grr.pdf.

5.7.10 En el alojamiento conjunto, se debe vigilar y tomar signos vitales a la persona recién nacida por lo menos una vez por turno (cada 8 horas) y evitar que la persona recién nacida esté en decúbito ventral (boca abajo), para reducir el riesgo de muerte súbita.

5.7.11 Se debe vigilar estrechamente por lo menos durante 24 horas a toda persona recién nacida que haya recibido maniobras de reanimación neonatal o a aquellos productos pretérmino o postérmino.

5.7.12 En todo establecimiento para la atención médica en el que se atiendan partos y a personas recién nacidas, se debe tomar muestra para el tamiz metabólico neonatal, tomando muestra del talón, a partir de las 72 horas del nacimiento hasta los 5 días de vida, asegurando el envío en menos de 5 días y la entrega de resultados en menos de 15 días. Para casos especiales, consultar el Lineamiento Técnico para la Detección y Tratamiento Oportuno e Integral del Hipotiroidismo Congénito, que se encuentra en la página de internet: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/Tamiz_Neonatal_lin_2007.pdf

5.7.13 Evitar como práctica rutinaria la circuncisión, toda vez que no existe evidencia científica que compruebe un beneficio directo a la persona recién nacida.

5.8 Protección y fomento de la lactancia materna exclusiva

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

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

5.8.3 Durante la lactancia, se debe vigilar estrechamente la prescripción y el uso de medicamentos administrados a la madre, conforme al Apéndice D Normativo, de esta Norma.

5.8.4 En los establecimientos para la atención médica no se permitirá promover fórmulas para lactantes o alimentos que sustituyan la leche materna.

5.8.5 La indicación de sucedáneos de leche materna o humana a menores de seis meses, únicamente se hará bajo prescripción médica y así se debe registrar en el expediente clínico.

5.8.6 Los establecimientos para la atención médica deben ofrecer las condiciones para que las madres puedan practicar la lactancia materna exclusiva, excepto en casos médicamente justificados. Se debe informar diariamente a las embarazadas y puérperas acerca de los beneficios de la lactancia materna exclusiva y de las implicaciones derivadas del uso del biberón y de los sucedáneos de la leche materna o humana.

5.9 Manejo de la niña o el niño, con peso bajo al nacimiento.

5.9.1 En las instituciones de salud se debe promover que la atención a la embarazada con amenaza o con trabajo de parto pretérmino, restricción del crecimiento intrauterino de la persona recién nacida pretérmino o con peso bajo se lleve a cabo en establecimientos para la atención médica de segundo o tercer nivel de atención o por personal especializado.

5.9.2 Al nacimiento, se debe utilizar la curva de crecimiento intrauterino para clasificar a la persona recién nacida y tomar las medidas pertinentes en su manejo, de conformidad con el Apéndice E Normativo, de esta Norma. Se recomienda utilizar la clasificación mexicana de Jurado García o la clasificación internacional adaptada de Battaglia y Lubchenco.

5.9.3 Se debe promover que la persona recién nacida de bajo peso sea alimentado con leche de su propia madre.

5.9.4 La madre y el padre deben ser instruidos sobre los cuidados domiciliarios de la persona recién nacida de peso bajo, para su integración a programas específicos.

5.10 Prevención del retraso mental y otros daños producidos por errores congénitos del metabolismo como el hipotiroidismo congénito, la galactosemia, la fenilcetonuria y la hiperplasia de glándulas suprarrenales.

5.10.1 En caso de existir la mínima sospecha de enfermedad metabólica congénita, el personal de salud, debe promover la atención del recién nacido pretérmino, se lleve a cabo en establecimientos para la atención médica de segundo o tercer nivel de atención o por personal especializado.

5.10.2 En todo establecimiento para la atención médica en el que se atiendan partos y personas recién nacidas, se debe tomar muestra para el tamiz neonatal, tomando muestra del talón, idealmente, y a partir de las 72 horas del nacimiento hasta los 5 días de vida. Para casos especiales, consultar el Lineamiento Técnico, Tamiz Neonatal. Detección y Tratamiento Oportuno e Integral del Hipotiroidismo Congénito, que se encuentra en la página de internet http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/Tamiz_Neonatal_lin_2007.pdf

5.11 Promoción de la salud materna y perinatal.

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

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

5.11.1.2 Promover, impulsar y fortalecer la participación de autoridades comunitarias, municipales y de la sociedad civil organizada, para la elaboración y ejecución de acciones que disminuyan los factores de riesgos que afectan la salud materna y perinatal, incluyendo la violencia familiar y de género y los factores ambientales negativos.

5.11.1.3 Proporcionar información completa acerca de:

5.11.1.3.1 La calidad alimentaria, nutricional e higiene de los alimentos.

5.11.1.3.2 El uso de medicamentos durante el embarazo y la lactancia con efectos indeseables en el feto o en el niño/a.

5.11.1.3.3 Las ventajas de la lactancia materna exclusiva, la técnica de amamantamiento y la atención de los problemas más frecuentes.

5.11.1.3.4 Los cuidados durante el embarazo y el puerperio y signos de alarma que requieren atención médica urgente, así como el lugar donde se podrá acudir para recibir la atención médica.

5.11.1.3.5 Los signos del inicio del parto y conducta ante los mismos.

5.11.1.3.6 Los cuidados de la persona recién nacida y signos de alarma que requieren atención médica urgente.

5.11.1.3.7 La importancia de la vigilancia nutricional del crecimiento y desarrollo en las diferentes etapas de la niñez.

5.11.1.3.8 La prevención y control de enfermedades diarreicas y manejo del sobre vida suero oral.

5.11.1.3.9 Los esquemas de vacunación.

5.11.1.3.10 La planificación familiar desde el control prenatal la anticoncepción postevento obstétrico (APEO).

5.11.1.3.11 La detección oportuna de los defectos al nacimiento.

5.11.1.3.12 La prevención del retraso mental por hipotiroidismo congénito y otros errores del metabolismo.

5.11.1.3.13 Los cambios físicos y emocionales de la embarazada.

5.11.1.3.14 La importancia de la participación de la pareja y/o la familia durante el proceso grávido-puerperal.

5.11.1.3.15 En los establecimientos para la atención médica de segundo nivel de atención localizadas en regiones indígenas, se debe promover la presencia de facilitadoras interculturales (traductoras indígenas) que apoyen en el proceso de traducción a las gestantes, respecto a los procedimientos a ser realizados, asegurando la total comprensión de los mismos, como un elemento indispensable para señalar su conformidad con la realización de éstos. Todas estas acciones deben realizarse con pertinencia cultural, en contextos donde sea requerido.

5.12 Registro e información.

5.12.1 Las personas responsables de obstetricia y de pediatría de los establecimientos para la atención médica deben efectuar el registro de las atenciones obstétricas y a las personas recién nacidas, mediante formatos específicos que serán llenados por el personal de salud que preste el servicio y concentrados por las personas responsables del área de estadística correspondiente.

5.12.2 Para la certificación del nacimiento en el territorio nacional de toda persona nacida viva debe utilizarse el formato vigente del Certificado de Nacimiento y observarse la normativa aplicable a la expedición, uso y manejo de este Certificado.

5.12.3 Los Certificados de Nacimiento, Defunción y Muerte Fetal deben ser expedidos de conformidad con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.20, del Capítulo de Referencias, de esta Norma y en las disposiciones jurídicas aplicables.

5.12.4 Toda defunción y muerte fetal ocurrida en territorio nacional será certificada mediante los formatos vigentes de los certificados de defunción y muerte fetal, de conformidad con la normativa aplicable a la expedición, uso y manejo de ambos certificados.

6. Vigilancia epidemiológica

6.1 La vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna se deriva al SINAVE que cumple con las disposiciones del CONAVE y cuenta con el consenso de las instituciones que lo conforman.

6.2 Requieren ser objeto de estudio epidemiológico los casos reportados como probables y confirmados de muerte materna.

6.3 El estudio epidemiológico de la muerte materna implica el llenado de formatos relacionados. Las fuentes de información parten de los sistemas ordinarios y de los formatos específicos.

6.4 Son motivo de registro nominal los casos nuevos, probables y confirmados de muerte materna.

6.5 La vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna se debe realizar conforme a la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.13, del Capítulo de Referencias, de esta Norma.

7. Concordancia con normas internacionales y mexicanas

7.1 Esta Norma concuerda parcialmente con la siguiente Guía Internacional de la OMS, Manejo de las Complicaciones del Embarazo y el Parto. 2002, la cual puede ser consultada en el link electrónico: whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_RHR_00.7_spa.pdf

8. Bibliografía

8.1 Academia Americana de Pediatría y Asociación Americana de Cardiología, Reanimación neonatal, 5ª edición, 2006.

8.2 American Diabetes Association, Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes care, 32: supp 1, 2009.

8.3 Beck D, Ganges F, Goldman S, Long P, Care of the newborn. Save the children federation, Washington DC. 2004.

8.4 Buhimschi CS and Weiner CP, Medications in pregnancy and lactation. Part 1. Teratology. Clinical expert series. Obstet Gynecol, 113:166-88, 2009.

8.5 Buhimschi CS and Weiner CP, Medications in pregnancy and lactation. Part 2. Drugs with minimal or unknown human teratogenic effect. Clinical expert series Obstet Gynecol, 113:417-32, 2009.

8.6 Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, Recomendaciones sobre temas de ética en obstetricia y ginecología. Comité para el Estudio de los Aspectos Eticos de la Reproducción Humana y la Salud de la Mujer. Noviembre 2006.

8.7 Lawn JE, Zuspan J, Begkoyian G, Disease control priorities in developing countries, 531-549, 2006.

8.8 Ley General de Salud.

8.9 Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.

8.10 Manual de Normas y Procedimientos en Obstetricia. Instituto Mexicano del Seguro Social. Hospital Luis Castelazo Ayala. IMSS LCA No. 4. 2005.

8.11 OMS (WHO) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Atención obstétrica de emergencia, 2003.

8.12 OMS, Razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de la leche materna, 2009.

8.13 Organización Panamericana de la Salud, León-cava N, Lutter CH, Ross J, Martin MA, Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña evidencia 2002.

8.14 Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. Presidencia de la República. Estados Unidos Mexicanos.

8.15 Programa de la OMS para identificar las prácticas más efectivas en salud reproductiva. Ensayo clínico aleatorizado de control prenatal de la OMS: Manual para la puesta en práctica del nuevo modelo de control prenatal. OMS, Ginebra, 2003.

8.16 Secretaría de Salud, Programa Sectorial de Salud 2007-2012.

8.17 Secretaría de Salud, Programa de acción específico, Arranque Parejo en la Vida 2007-2012, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

8.18 Secretaría de Salud, Subsecretaría de Innovación y Calidad, Dirección General de Información en Salud, Manual de Implementación del Certificado de Nacimiento, México 2007.

8.19 Secretaría de Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Lineamiento técnico para la prevención, diagnóstico y manejo de la hemorragia obstétrica, 2002. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/hemorragia.pdf>

8.20 Secretaría de Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Lineamiento técnico para la prevención, diagnóstico y manejo de la pre-eclampsia eclampsia. 2006. Disponible en http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/PREECLAMPSIA_ECLAMPSIA_lin-2007.pdf

8.21 Secretaría de Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud, Lineamiento técnico cesárea segura. 2002. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7101.pdf>

8.22 Secretaría de Salud, Subsecretaría de Innovación y Calidad, Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. La atención intercultural a las mujeres: el trabajo de parto en posición vertical en los servicios de salud. 2009.

8.23 Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

8.24 Secretaría de Salud. Normas y Procedimientos en Ginecología y Obstetricia del Instituto Nacional de Perinatología.

8.25 World Health Organization, Recommendations for the prevention of postpartum haemorrhage, Department of making pregnancy safer, 2007.

8.26 World Health Organization, Report of technical consultation on birth spacing. Geneva, Switzerland, 2006.

8.27 World Health Organization, Medical eligibility criteria for contraceptive use. Fourth Edition. 2009

8.28 World Health Organization/London School of Hygiene and Tropical Medicine. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. Geneva, World Health Organization, 2010. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564007_eng.pdf

9. Observancia de la norma

La vigilancia de la aplicación de esta Norma corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia.

10. Vigencia

La presente Norma entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

TRANSITORIO.- La entrada en vigor de la presente Norma, deja sin efectos la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 6 de enero de 1995.

Sufragio Efectivo. No Reelección.

Ciudad de México, a 4 de marzo de 2016.- El Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud y Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, **Pablo Antonio Kuri Morales.-** Rúbrica.

11. Apéndices normativos

APENDICE A NORMATIVO

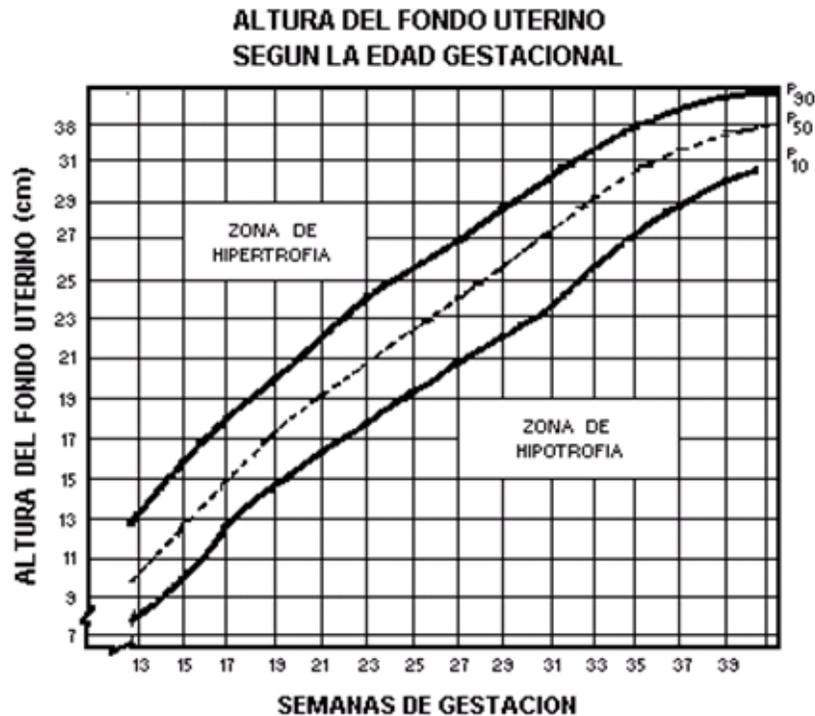
ALTURA DEL FONDO UTERINO SEGUN EDAD GESTACIONAL

(CRITERIOS DE CLASIFICACION)

La altura del fondo uterino, según la edad gestacional, se debe medir a partir del borde superior de la sínfisis del pubis, hasta alcanzar el fondo uterino. De acuerdo con los hallazgos encontrados, se clasificará de la siguiente manera:

Normal.- Cuando está entre los percentiles 10 y 90 de la curva de altura del fondo uterino, según edad gestacional. Se continuará con los controles normales.

Anormal.- Cuando se encuentra por debajo del percentil 10 o por encima del 90 de la curva. Amerita la investigación y tratamiento de los factores condicionantes. En estos casos citar cada 8 días y consultar en forma inmediata con el especialista.



FUENTE: FESCINA, R.N. y COLS ; CLAP ; 1990

APENDICE C NORMATIVO**EVALUACION DEL ESTADO DE NUTRICION**

1.- Medición del Índice de Masa de Peso Corporal (IMC Pregestacional).

El IMC es el cociente del peso corporal en kg dividido entre el cuadrado de la estatura medida en m.

Si lo que interesa es el IMC pregestacional, se necesita conocer, con seguridad, el peso pregestacional y la talla.

El IMC se interpreta como sigue:

menos de 18.5 kg/m ²	bajo peso
18.5 a 24.9	peso ideal
25 a 29.9	sobrepeso
30 a 34.9	obesidad leve
35 a 39.9	obesidad media
Más de 40	obesidad mórbida

El IMC no está validado en púberes ni en mujeres con estatura menor de 1.50m y no debe usarse en estos casos.

Un IMC bajo (<18.5) sugiere desnutrición, un IMC alto (25 a <30) revela sobrepeso y un IMC muy alto (30 o más) indica obesidad. Estos valores son indicativos y ameritan estudios más detallados.

La ganancia deseable de peso, durante el embarazo, es:	
Mujeres con IMC bajo	12.5 a 18.0 kg
Mujeres con IMC normal	11.35 a 15.89 kg
Mujeres con IMC alto	6.81 a 11.35 kg
Mujeres con IMC muy alto	4.00 a 9.0 kg

NOTA:

- En adolescentes, se recomienda el límite superior de la ganancia deseable.
- En mujeres pequeñas (<1.50m) se recomienda el límite inferior de la ganancia deseable.

APENDICE D NORMATIVO
CATEGORIAS DE MEDICAMENTOS SEGUN RIESGO FETAL

A	No existe riesgo sobre el feto. Aprobado su uso en el embarazo.
B	No existe evidencia de riesgo en fetos humanos. Existe posible evidencia de toxicidad en animales.
C	El riesgo sobre el feto, en humanos, es desconocido. Existe evidencia definitiva de toxicidad fetal en animales.
D	Existe evidencia de daño sobre el feto. Puede utilizarse, en caso de que se justifique su beneficio y no exista otra alternativa.
X	Está contraindicado su uso durante el embarazo.

* Obstet & Gynecol 2009; 3: 425-432

ANTIBIOTICOS

Penicilinas	B
Cefalosporinas	B
Monobactámicos	B
Carbapenemos	C
Tetraciclínas	D
Aminoglucósidos	
Gentamicina	C
Amikacina	C
Kanamicina	D
Estreptomina	D
Tobramicina	C
Macrólidos	
Eritromicina	B
Claritromicina	C
Azitromicina	B
Vancomicina	C
Clindamicina	B
Quinolonas	C
Metronidazol	B
Trimetoprim-Sulfametoxazol	C
Sulfonamidas	B
Nitrofurantoina	B
Zidovudina	D

MEDICAMENTOS TERATOGENICOS

INHIBIDORES DE LA ECA	C Y D
Metotrexate	X
Andrógenos	X
Cumarina	X
Retinoides	X

ANTIFIMICOS

Etambutol	B
Rifampicina	C
Isoniazida	C

ANTIPARASITARIOS

Mebendazol	C
Metronidazol	B
Quinina	X
Cloroquina	C
Primetamina	B
Prazicuantel	C

ANTICONVULSIVANTES

Difenilhidantoina	D
Fenobarbital	D
Acido Valproico	D
Carbamazepina	C
Etosuximida	C
Primidona	D
Trimetadiona	D
Clonazepam	C
Lamotrigina	C
Gabapentin	C

OVULOS VAGINALES

Clotrimazol	B
Miconazol	B
Butoconazol	C
Nistatina	B

Agente Teratógeno	Efectos
Tabaco	Peso bajo al nacimiento, parto pretérmino, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta y aborto.
Alcohol	Restricción en el crecimiento intrauterino, disfunción en el sistema nervioso central, microcefalia, malformaciones en cara y otros órganos.
Cocaína	Atresia de intestino, malformaciones en corazón, riñón y cara, microcefalia, restricción en el crecimiento intrauterino, lesiones cerebrales, muerte fetal, enterocolitis necrotizante.
Cumarina (warfarina)	Síndrome warfarínico cuando se administra en la semana 6 a 10 de la gestación: Hipoplasia nasal, microftalmia, hipoplasia de extremidades, restricción en el crecimiento intrauterino, enfermedad cardiovascular y del sistema nervioso central.
Yodo radioactivo	Alteraciones en la glándula tiroides del feto.
Talidomida	Focomelia, malformaciones en corazón y gastrointestinales.
Retinoides y derivados	Aborto, defectos en el sistema nervioso central, agenesia del timo, malformaciones en corazón, dismorfismo craneofacial, microftalmia.

APENDICE E NORMATIVO

CRECIMIENTO Y DESARROLLO INTRAUTERINOS PESO AL NACER EN RELACION CON LA EDAD GESTACIONAL GRAFICAS DE BATTAGLIA/LUBCHENCO Y JURADO GARCIA (CRITERIOS DE CLASIFICACION)

De conformidad con la institución, se puede utilizar cualquiera de las 2 opciones, para determinar el peso al nacer en relación con la edad gestacional.

De acuerdo con el peso de la persona recién nacida y las semanas de gestación calculadas por fecha de última regla, se ubica en las gráficas para su clasificación y adopción de medidas integrales.

DE ACUERDO CON LA EDAD GESTACIONAL:

PRETERMINO.- Toda persona recién nacida antes de la semana 37 de gestación.

DE TERMINO.- Todas las persona recién nacidas entre las semanas 37 a menos de 42 semanas completas de gestación.

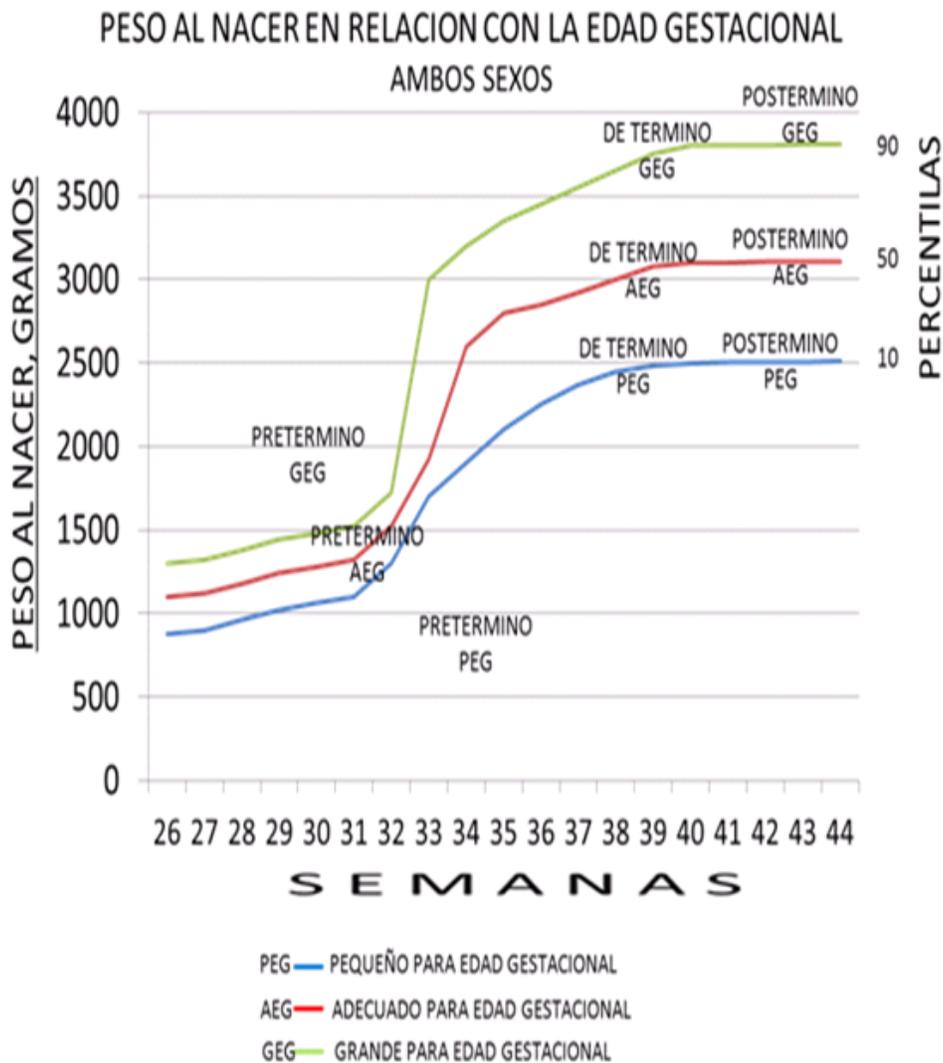
RESPECTO DE SU PESO AL NACER:

PEQUEÑO.- Con peso por debajo del percentil 10, correspondiente a su edad gestacional.

APROPIADO O ADECUADO.- Cuyo peso se localiza entre los percentiles 10 y 90 correspondiente a su edad gestacional.

GRANDE.- Con peso por arriba del percentil 90 correspondiente a su edad gestacional.

APENDICE NORMATIVO E



APENDICE F NORMATIVO**VALORACION DE LA PERSONA RECIEN NACIDA****METODO DE APGAR****(CRITERIOS DE CLASIFICACION)**

De acuerdo con el método de Apgar, se valorará a la persona recién nacida al minuto y los 5 minutos. La valoración a los 5 minutos dará la calificación del estado de salud de la persona recién nacida. De acuerdo con los hallazgos obtenidos, se clasificará de la siguiente manera:

- Sin depresión: 7 a 10 puntos
- Depresión moderada: 4 a 6 puntos
- Depresión severa: 3 puntos o menos

A la persona recién nacida con calificación de 7 o más, se le considera normal. Se debe continuar su atención.

A la persona recién nacida con calificación de 6 o menos, amerita atención especial.

METODO DE APGAR

SIGNO	0	1	2
FRECUENCIA CARDIACA	AUSENTE	MENOR DE 100	MAYOR DE 100
ESFUERZO RESPIRATORIO	AUSENTE	REGULAR E HIPO-VENTILACION	BUENO, LLANTO FUERTE
TONO MUSCULAR	FLACIDO	ALGUNA FLEXION DE LAS EXTREMIDADES	MOVIMIENTOS ACTIVOS BUENA FLEXION
IRRITABILIDAD REFLEJA	SIN RESPUESTA	LLANTO, ALGUNA MOVILIDAD	LLANTO VIGOROSO
COLOR	AZUL, PALIDO	CUERPO SONROSADO MANOS Y PIES AZULES	COMPLETAMENTE SONROSADO

APENDICE G NORMATIVO**VALORACION SILVERMAN ANDERSON**

Se utiliza para evaluar la dificultad respiratoria en neonatología, un valor superior a 3 significa que hay una discreta dificultad respiratoria, un valor entre 3 y 5 significa que hay una dificultad respiratoria moderada y un valor superior a 5 significa que la dificultad respiratoria es grave. Un valor superior a 7 necesita de una asistencia a la ventilación.

Signo	0	1	2
Movimientos toraco-abdominales	Rítmicos y regulares	Abdominales	Toraco-abdominales
Tiraje intercostal	Ausente	Discreto	Acentuado
Retracción xifoidea	Ausente	Discreto	Acentuada
Aleteo nasal	Ausente	Discreto	Acentuado
Quejido espiratorio	Ausente	Leve e inconstante	Acentuado y constante

APENDICE H NORMATIVO**EDAD GESTACIONAL****METODO DE CAPURRO PARA EVALUAR****LA EDAD GESTACIONAL****(CRITERIOS DE CLASIFICACION)**

Se utilizan:

Cinco datos somáticos: 1) Formación del pezón. 2) Textura de la piel. 3) Forma de la oreja. 4) Tamaño del seno (mama) y 5) Surcos plantares; y 2 signos neurológicos: I) signo "de la bufanda" y II) signo "cabeza en gota".

Cuando el niño/a está sano o normal y tiene más de 12 horas de nacido, se utilizarán sólo 4 datos somáticos de la columna A (se excluye la forma del pezón) y se agregan los 2 signos neurológicos (columna "B").

Se suman los valores de los datos somáticos y los signos neurológicos, agregando una constante (K) de 200 días, para obtener la edad gestacional.

Cuando el niño/a tiene signos de daño cerebral o disfunción neurológicas se utilizan los 5 datos somáticos de la columna A, agregando una constante (K) de 204 días, para obtener la edad gestacional.

De acuerdo con los hallazgos, se clasificarán de la siguiente manera:

- Pretérmino: recién nacida/o que sume menos de 260 días de edad gestacional. Se debe enviar a una unidad hospitalaria o pasar a terapia intensiva, de acuerdo con su condición.
- A término: recién nacida/o que sume de 260 a 294 días de gestación; pasará, si las condiciones lo permiten, con su madre en alojamiento conjunto y se iniciará la lactancia materna exclusiva.
- Postérmino: recién nacida/o que tenga 295 días o más de gestación, debe observarse durante las primeras 12 horas, ante la posibilidad de presentar hipoglicemia o hipocalcemia; pasado el periodo, si sus condiciones lo permiten, pasará con su madre, en alojamiento conjunto, e iniciará la lactancia materna.

APENDICE H NORMATIVO

SOMÁTICO Y NEUROLÓGICO K=200 días	A	Forma del pezón	Pezón apenas visible. No se visualiza areola 0	Pezón bien definido areola 0.75 cm 5	Areola bien definida. No sobresaliente, 0.75 cm 10	Areola sobresaliente, 0.75 cm 15	
		B	Textura de la piel	Muy fina gelatinosa 0	Fina y lisa 5	Lisa y moderadamente gruesa. Descamación superficial 10	Gruesa, rígida, surcos superficiales. Descamación superficial 18
	Forma de la oreja		Plana y sin forma 0	Inicio engrosamiento del borde 5	Engrosamiento incompleto sobre mitad anterior 10	Engrosada e incurvada totalmente 24	
	Tamaño del tejido mamario		No palpable 0	Diámetro 0.5 cm 5	Diámetro 0.5-1.0 cm 10	Diámetro >1.0 cm 15	
	Pliegues plantares		Ausentes 0	Pequeños surcos rojos en mitad anterior 5	Surcos rojos definidos en mitad ant. surcos 1/3 anterior 10	Surcos sobre mitad anterior 15	Surcos profundos que sobrepasan 1/2 anterior 20
	Signo "de la bufanda"		 0	 6	 12	 18	
	Signo "cabeza en gota"	 0	 4	 8	 12		

APENDICE I NORMATIVO
VALORACION FISICO-NEUROLOGICA
METODO DE BALLARD MODIFICADO PARA VALORACION
FISICO-NEUROLOGICA
(CRITERIOS DE CLASIFICACION)

Método de Ballard modificado:

El Método de Ballard modificado utiliza 7 signos físicos (piel, lanugo, superficie plantar, mama, ojo/oreja, genitales masculinos, genitales femeninos) y 6 signos neuromusculares (postura, ventana cuadrada en la muñeca, rebote de brazos, ángulo poplíteo, signo de la bufanda, talón oreja). El valor debe compararse con una escala de madurez que establece las semanas de edad gestacional.

De acuerdo con los hallazgos se clasificarán de la siguiente manera:

Pretérmino: De 28 a menos de 37 semanas o de 10 a 30 puntos; se debe transferir para continuar la atención a nivel hospitalario y/o terapia intensiva de acuerdo con su condición.

Término: De 37 a menos de 42 semanas o de 35 a 40 puntos.

Postérmino: De 42 semanas o más, también de 45 a 50 puntos; debe observarse presencia de hipoglicemia, hipomagnesemia, hipocalcemia.

APENDICE I NORMATIVO

		0	1	2	3	4	5																						
Madurez neuromuscular	Postura																												
	Ángulo de la muñeca	90°	60°	45°	30°	0°																							
	Ángulo del codo	180°		100° 180°	90° 100°	<30°																							
	Ángulo poplíteo	180°	160°	130°	110°	90°	90° o menos																						
	Signo de la bufanda																												
	Talón oreja																												
		0	1	2	3	4	5																						
Madurez física	Piel	Gelatinosa, roja, transparente	Ligeramente rosada venas visibles	Descamación superficial pocas venas	Descamación áreas pálidas, venas raras	No hay vasos, pliegues profundos	Gruesa, rugosa																						
	Lanugo escaso	No hay	Abundante	Adelgazado	Áreas sin lanugo	Muy escaso																							
	Pliegues plantares	No hay	Marcas rojas tenues	Pliegue anterior transverso único	Pliegues en dos tercios anteriores	Pliegues en toda la planta	Escala de madurez <table border="1"> <thead> <tr> <th>CALIFICACIÓN</th> <th>SEMANAS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>5</td><td>26</td></tr> <tr><td>10</td><td>28</td></tr> <tr><td>15</td><td>30</td></tr> <tr><td>20</td><td>32</td></tr> <tr><td>25</td><td>34</td></tr> <tr><td>30</td><td>36</td></tr> <tr><td>35</td><td>38</td></tr> <tr><td>40</td><td>40</td></tr> <tr><td>45</td><td>42</td></tr> <tr><td>50</td><td>44</td></tr> </tbody> </table>	CALIFICACIÓN	SEMANAS	5	26	10	28	15	30	20	32	25	34	30	36	35	38	40	40	45	42	50	44
	CALIFICACIÓN	SEMANAS																											
	5	26																											
	10	28																											
	15	30																											
20	32																												
25	34																												
30	36																												
35	38																												
40	40																												
45	42																												
50	44																												
Mamas	Ligeramente perceptibles	Areola plana sin pezón	Areola levantada 1-2 mm de pezón	Areola levantada 3-4 mm de pezón	Areola completa 5-10 mm																								
Oído	Aplanado permanente doblado	Borde ligeramente curvo, suave, Recup. Lenta	Borde curvo suave de fácil recuperación	Formado Firme recuperación instantánea	Cartilago grueso, firme																								
Genitales masculinos	Escroto vacío, sin arrugas		Testículos descendidos, pocas rugosidades	Testículos descendidos, muchas rugosidades	Testículos en péndulo Rugosidades completas																								
Genitales femeninos	Clítoris y labios menores prominentes		Labios menores y mayores iguales	Labios mayores más grandes	Clítoris y labios menores cubiertos																								

APENDICE J NORMATIVO

Antecedentes									
U. Médica		Edad		FUM		Confiable		SI NO	
FPP		Grupo y Rh: Madre		Padre		Gestas		Partos	
Cesáreas		Abortos		Ectópicos		Izq		Der.	
Talla		Peso antes del embarazo		Peso ideal		Hijos vivos			
No.	Fecha nacimiento	Sem gest. al naci.	Peso	Vivo/Obito/ M. perinatal	Complicaciones			Madre	
								Hijo	
Vigilancia del embarazo					Tratamientos				
Primer trimestre					Segundo trimestre				
Citas fecha	Sem gest.	Peso	T/A	Fondo uterino	Signos y síntomas	Diagnóstico	Medicamentos	Dosis	
					Dolor obst. Vómito Urinaria Vaginal Edema				
Tercer trimestre					Segundo trimestre				
Citas fecha	Sem gest.	Peso	T/A	Fondo uterino	Signos y síntomas	Diagnóstico	Medicamentos	Dosis	
					Dolor obst. Mov fetal Urinaria Vaginal Edema				
Exámenes					Tratamientos				
VDRL		Tamiz de glucosa		Cervicovag					
Fecha	Ht	Hb	Urea	Creatinina	Orina	Glu	Otros		
Ultrasonografía					Tratamientos				
Embarazo: Único		Múltiple		1° trim		Fecha		Reporte	
Fecha	DBP	L.F.	C.C.	C.A.	Local placentaria	Liq. amniótico	Observaciones		
Identificación de factores de riesgo					Tratamientos				
Fecha	Curso normal	Alto riesgo (anotar los factores de riesgo)			Manejo				

APENDICE K NORMATIVO

VALORES NORMALES DE LA CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POSCARGA DE 75 GR, DURANTE EL EMBARAZO

ayuno	92 mg/dl	5.1 mmol/L*
1 hora	180 mg/dl	10.0 mmol/L
2 horas	153 mg/dl	8.5 mmol/L
3 horas	140 mg/dl	7.8 mmol/L

Debe ser realizada entre las 24-28 semanas de gestación.

1) Se requiere 1 valor alterado para hacer el diagnóstico.

2) Desaparecen los criterios de intolerancia a los carbohidratos.

3) Se debe realizar el tamizaje al terminar el puerperio con CTG de 75 gramos (mismos valores).

Así como los criterios de 92mg/dl en ayuno (5.1 mmol/L) y 126mg/dl postprandial de 1 hora (7.0 mmol/L) hacen el diagnóstico sin requerir realizar CTG.

Cuidados para el recién nacido

-Lactancia materna a libre demanda. Tu leche contiene lo que necesita bebé, no debes darle nada mas (no té, agua, ni comida). Tu leche lo hace mas inteligente, previene enfermedades le das amor. Acude a la platica de lactancia antes de egresar.

-Baño diario con jabón neutro. Es importante verificar que el agua no este muy caliente ya que puedes quemarlo su piel es muy sensible. Evite corrientes de aire.

-Limpie y seque el cordón umbilical. Este se cae se cae entre los 7 y 10 días, con un hisopo limpie bien alrededor puede utilizar merthiolate blanco, seque perfectamente. No coloque nada en el ombligo cuando caiga el cordón.

-Cambia el pañal. Verifica que orine entre 8 y 10 veces al día, Las primeras "popos" de tu bebé serán verde pegajoso después de 2 días se irán haciendo amarillas, pueden contener grumos de leche.

-Baños de Sol diario. Cubra sus ojos y póngalo sin ropa cerca de una ventana donde entre la luz del sol. 15 minutos de cada lado.

-El bebé duerme entre 20-22hrs al día.

-Acuda a urgencias si: el bebé esta azul o amarillo, tiene fiebre, no orina o no hace popo, sangra del cordón o de cualquier lado, no respira bien, se le marcan las costillas, no come, tiene convulsiones, diarrea o vómitos. Si la fontanela (mollera) esta hundida o inflada.

PLAN DE ALTA Puerperio Fisiológico

➤➤➤ Ahora que tu bebé ha nacido, hay información importante que debes conocer.



HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO
UNIDAD 112 PISO DE GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA

Realizó: Lic. Axelle Desjardins.
Posgrado en Enfermería Perinatal.
Sede Hospital General de México.

2016

FELICIDADES MAMÁ

Cuidados para mamá después del parto.

Puerperio: Es la etapa que estas cursando después del nacimiento de tu bebé y hasta los 42 días, donde tu cuerpo tiene importantes modificaciones para regresar a un estado muy similar al de antes de embarazarte, “**la cuarentena**”. En este periodo **debes de tener ciertos cuidados** y aquí te los explicamos!.



Antes de salir del hospital:

- Recoge tu hoja de alumbramiento.
- Recoge tus medicamentos y cita para la consulta y laboratorio (en caso de que tu enfermera te haya dado la receta y solicitud).
- Verifica que tengas cita para el tamiz metabólico y auditivo de tu bebé.
- Revisa las indicaciones especiales en tu hoja de alta, si tuviste preeclampsia, hipertensión gestacional, diabetes gestacional o cualquier complicación.

Llegando a casa:

- **Dieta Normal + Abundantes líquidos.** Recuerda comer bien, te recomendamos aumentar el consumo de “hojas verdes”, “leguminosas” (como frijoles, lentejas, etc) y carne, te ayudaran a reponer el hierro. Los líquidos son necesarios para producir leche para tu bebé. Aumenta el consumo de fibra. No consumas alcohol, ni refrescos, evita la comida chatarra y “garnachas”.
- **Toma tus medicamentos.** En tu receta viene la forma, cantidad y horario.
- **Baño diario e higiene.** Aparte de bañarte diario, debes lavar tus manos constantemente y cambiar tu toalla sanitaria con frecuencia para evitar infecciones.
- **Cuidados de tu herida.** Todos los días al bañarte debes lavar tu herida con agua y jabón, sécala perfectamente. No la tapes ni eches sustancias. Los puntos caerán solos.
- **Actividad Física.** Reinicia tu actividad física normal, esta prohibido quedarse en cama.
- **Saca tu cita en el centro de salud a los 7 días y en ginecología en caso de que así se te haya indicado**
- **Brinda seno materno cada vez que tu bebé te lo pida.** Tiene cientos de beneficios para ti y para él/ella, incluso te ayuda a bajar de peso!
- **Acude a planificación familiar antes de irte a casa.**

¿Cuándo regresar a urgencias?

Después del embarazo y parto pueden existir **complicaciones** y enfermedades. Debes estar muy atenta a los siguientes datos, y si presentas alguno acudir al servicio de **urgencias** del hospital.

- **Fiebre >38°C**
- **Dolor de cabeza**
- **Ver lucecitas o dejar de ver**
- **Escuchar zumbidos**
- **Dolor en la boca del estómago**
- **Herida abierta (se salieron los puntos)**
- **Herida sangrando o con salida de “pus”**
- **Sangrado abundante por la vagina o flujo que huele mal**

