

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

**“INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA  
ESPECIALIZADAS A MUJER CON  
EMBARAZO GEMELAR DE 32.5 SEMANAS  
DE GESTACIÓN BAJO LA TEORÍA DE  
DOROTHEA E. OREM”**

**ESTUDIO DE CASO**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**ENFERMERA ESPECIALISTA  
PERINATAL**

**PRESENTA :**

LIC. LILIA GARCÍA VÁZQUEZ

ASESORÓ : M.E. PATRICIA  
MARQUEZ TORRES



DR. EDUARDO LICEAGA

CIUDAD DE MÉXICO, JUNIO 2016



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## ÍNDICE

ÍNDICE.....	1
I.- INTRODUCCIÓN.....	3
II.- OBJETIVOS .....	5
GENERAL .....	5
ESPECÍFICOS .....	5
III.- JUSTIFICACIÓN .....	6
IV. MARCO CONCEPTUAL .....	8
4.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA.....	8
4.2 PARADIGMAS DE ENFERMERÍA.....	14
4.3 TEORÍAS DE ENFERMERÍA .....	20
4.4 DOROTHEA OREM; ANTECEDENTES BIOGRÁFICOS .....	22
4.5 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA .....	30
VALORACIÓN .....	34
DIAGNÓSTICO .....	38
PLANEACIÓN.....	42
EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN .....	46
V.- METODOLOGÍA .....	48
5.1 ESTRATEGIAS DE INVESTIGACIÓN .....	48
5.2 SELECCIÓN DEL CASO – FUENTES DE INFORMACIÓN .....	50
5.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS .....	50
VI. PRESENTACIÓN DEL CASO.....	64
6.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO .....	64
6.2 REQUISITOS DE AUTOCUIDADO ANTE UNA DESVIACIÓN DE LA SALUD .....	71
VII. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.....	73
7.1 DESVIACIÓN ACTUAL.....	74
7.1.1 Estudios de laboratorio .....	75

7.1.2 Jerarquización de Problemas.....	76
7.2  DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.....	76
7.2.1 ESQUEMA METODOLÓGICO.....	77
7.2.2 DIAGNÓSTICOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA .....	78
VIII. PLAN DE ALTA .....	96
IX. CONCLUSIONES.....	99
X.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	100
XI.- ANEXOS .....	105
11.1 NORMA OFICIAL MEXICANA 007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.....	106
11.2 INSTRUMENTO DE VALORACIÓN PERINATAL .....	107
11.3 EMBARAZO MÚLTIPLE .....	112
11.4 MONITORIZACIÓN CARDIOTOCOGRÁFICA .....	120
11.5 PLATO DEL BIEN COMER .....	128
11.6 MECÁNICA CORPORAL.....	129
11.7 PUNTO DE ACUPRESIÓN .....	130

## I.- INTRODUCCIÓN

La salud perinatal es un indicador muy importante de desarrollo económico, social y cultural de cualquier país o región. Por esta razón, debe ser una prioridad del sistema de salud, del recurso humano, sobre todo, del especialista perinatal.

La mayoría de las causas de mortalidad materna son evitables y podrían ser reducidas mediante promoción, prevención, manejo y control de riesgos condicionantes a nivel bio-psico-social y cultural, en la etapa pre-gestacional, gestacional y post-gestacional.

Bajo esta perspectiva, la enfermería perinatal nace de la necesidad de contar con profesionales de enfermería especializados, capaces de identificar factores de riesgo para planear, intervenir y dirigir acciones de cuidado, basados en conocimientos científicos y vanguardistas, con habilidades y destrezas, sin dejar de lado la calidad humana, contribuyendo así a disminuir la morbi-mortalidad materna, fetal y neonatal.<sup>1</sup>

En el presente trabajo se desarrolla un estudio de caso aplicando el Proceso de Atención de Enfermería a mujer con embarazo gemelar de 32.5 SDG, atendido en consulta externa de perinatología del servicio de ginecología y obstetricia (unidad 112) del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, en la cual son valorados ambos fetos a través del registro cardiotocográfico.

---

<sup>1</sup>Yurima D, Rosa A. La Mortalidad Infantil, Indicador de Excelencia. [Internet] 2008, Mar. [citado el 02 de febrero de 2016]. Disponible desde: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol24\\_2\\_08/mgi08208.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol24_2_08/mgi08208.htm)

Se resalta la evolución del embarazo y la importancia del control prenatal como estrategia para la prevención de la morbi-mortalidad perinatal, siendo que el embarazo múltiple se asocia con un riesgo alto de complicaciones pre e intraparto como: restricción del crecimiento fetal, malformaciones congénitas, muerte fetal in útero, parto pre-término, accidentes del cordón, presentaciones anómalas, placenta previa y desprendimiento de placenta. <sup>2</sup>

Por lo anterior, es de suma importancia el actuar de la enfermera especialista perinatal, quien brinda orientación desde el periodo perinatal e identifica factores de riesgo que minimizan la morbilidad materna y perinatal en una etapa temprana a través de la anamnesis integral e implementando estrategias de prevención con base científica para establecer un plan de cuidados individualizado, especializado y holístico basado en la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem.

---

<sup>2</sup> Kurjak A, Chervenak F. Ecografía en Ginecología y Obstetricia. 2ª ed. México: Médica Panamericana; c2009. P. 473

## **II.- OBJETIVOS**

### **GENERAL**

Dar a conocer el actuar de la enfermera especialista perinatal en la atención a mujer que cursa con un embarazo múltiple de 32.5 SDG a través de la detección de factores de riesgo materno-fetales y neonatales aplicando el conocimiento científico y holístico, así como habilidades y destrezas con base en la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea E. Orem.

### **ESPECÍFICOS**

- Realizar anamnesis perinatal completa.
- Identificar factores de riesgo que conlleven un aumento de la morbi-mortalidad feto-neonatal y materna.
- Proporcionar atención especializada ante los problemas reales o de riesgo a la salud.
- Identificar requisitos universales alterados en la gestante.
- Jerarquizar las intervenciones.
- Evaluar el alcance de las intervenciones.

### III.- JUSTIFICACIÓN

Los embarazos múltiples han sido motivo de estudio por todas las civilizaciones a través del tiempo; La incidencia de los mismos ha aumentado drásticamente en los últimos años en los países desarrollados, desde 1 por cada 100 nacidos vivos (N.V.) hasta 1 en 70 N.V. Este aumento se atribuye principalmente a la mayor disponibilidad y utilización de técnicas de reproducción asistida (Hall GJ,2003); no obstante, también está relacionado con el retraso en la edad de la mujer para reproducirse.<sup>3</sup>

A pesar de que el embarazo múltiple sólo representa el 3% del total de los nacimientos, al comparar la morbi-mortalidad perinatal con la gestación única, suele asociarse con un mayor índice de complicaciones.

En el embarazo múltiple existe un riesgo de hasta 17% de prematuridad, trastornos del crecimiento fetal, 24% se asocia con un peso bajo o muy bajo al nacimiento (Valenzuela MP, 2009).

Así mismo, la posibilidad de que se presente un desenlace adverso se relaciona de forma directa con el número de fetos de la gestación.<sup>4</sup>

---

<sup>3</sup> Pilar V, Jorge B, Jorge C. Pautas de Manejo Clínico de Embarazos Gemelares [Internet]. 2009. [citado el 31 de octubre de 2015]: p 52 .Disponible desde: <http://www.revistaobgin.cl/files/pdf/revsochog-2009-74-1-52-680.pdf>

<sup>4</sup>Towle. Asistencia de Enfermería Materno Neonatal. 1ra ed. Pearson; c2010. P 285



Por esta razón, es de suma importancia que las mujeres que cursen con un embarazo múltiple, reciban atención especializada; misma que será brindada por el especialista en enfermería perinatal, pues posee los conocimientos, habilidades y destrezas que permiten identificar precozmente los factores de riesgo, el número de fetos de la gestación, la corionicidad y amniocidad; todo esto mediante la anamnesis perinatal integral, una valoración detallada, consejería, datos de alarma por trimestre y consulta de control prenatal con periodicidad variable de acuerdo a los riesgos o factores de riesgo detectados; Contribuyendo así a mejorar el pronóstico para la gestante y sus fetos.

## IV. MARCO CONCEPTUAL

### 4.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA

En la conceptualización de enfermería es importante establecer las bases por las cuales se reconoce ésta como una disciplina profesional; En el caso de enfermería, se han planteado los elementos metaparadigmáticos o conceptos esenciales: enfermería – cuidado, salud, persona y entorno, como los ejes que permiten establecer lineamientos para comprender el ser, el saber y el quehacer y se acepta que la profesión solo puede avanzar si se asume como una disciplina que analiza, profundiza y crea conocimientos aplicables a un quehacer en forma permanente, reflexiva y crítica. También es cierto que detrás de cada profesión deben existir conceptos específicos que respondan a lo que no es y a aquello que la hace única y diferente; esto es posible si se reconoce que cada profesión requiere del cumplimiento estricto de procesos mentales y conocimiento, con un fundamento ético, moral y de valores. Con lo anterior, se pretende dejar claro que no todas las profesiones son disciplinas por cuanto no han desarrollado un proceso de reflexión a su interior, que permita determinar cuáles son los elementos que constituyen su esencia, y por lo tanto no tienen elaborado un marco conceptual propio.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Victoria C, Mildred G. Enfermería como Disciplina [Internet]. [citado el 5 de Jun de 2016]; 6 (6): Pp 73-81. Disponible desde: [http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista\\_colombiana\\_enfermeria/volumen6/enfermeria\\_disc.pdf](http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen6/enfermeria_disc.pdf)

En el contexto de enfermería, el desarrollo conceptual ha llevado a la construcción filosófica del saber (desarrollo conceptual), el ser (cuidado), y el quehacer (forma como se proporciona el cuidado) de Enfermería como base para facilitar la comprensión de la disciplina profesional. Cuando se piensa en el ser particular, en aquello que constituye la esencia de enfermería, en lo que distingue esta disciplina de otras, en especial de aquellas que tienen como objeto de estudio la salud del ser humano, es inevitable referirse al cuidado de enfermería. Dentro de este marco, deben considerarse las diferentes connotaciones que el concepto abarca, pues cuidado es tal vez la palabra más usada desde diferentes contextos; en este orden de ideas se pueden identificar como percepciones relacionadas: el cuidar, el proveedor de cuidado, el ser cuidado, el cuidado como preservación de la especie, entre otros.

Por esta razón, cuando se indaga sobre lo esencial de enfermería, el solo referirse al término “cuidado” no es suficiente, pues se requiere desde el saber profesional, otorgarle el sentido y las características definitorias que permitan orientar el quehacer profesional; esta perspectiva comprende el ser de enfermería en su naturaleza de disciplina profesional.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup>Ibidem. Pp 73-81. Disponible desde:  
[http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista\\_colombiana\\_enfermeria/volumen6/enfermeria\\_disc.pdf](http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen6/enfermeria_disc.pdf)

Se afirma que la acción fundamental de enfermería es cuidar la salud del individuo o comunidad a la que dirige sus intervenciones, sin embargo, el cuidado de enfermería como concepto aún tiene varias concepciones teóricas, pero se le reconocen algunos elementos comunes como:

- Las acciones con sus fines de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación o rehabilitación
- La aplicación de un proceso sistemático que implica valoración, planeación, análisis, ejecución y evaluación
- La permanencia, continuidad e interacción con otras disciplinas para lograr el fin del equilibrio del hombre, dentro del proceso salud-enfermedad.

La disciplina de enfermería se fundamenta en una base de conceptos propios construidos a partir de 1952, año en el que se presentó el trabajo de Hildegard Peplau, considerado como la primera teoría de enfermería. Durante este trayecto de desarrollo conceptual se han tenido diferentes enfoques: análisis filosófico sobre el origen y la responsabilidad de Enfermería; debates conceptuales sobre el ser y el quehacer profesional; el concepto de hombre y su entorno; el proceso salud – enfermedad, entre otros. Este trabajo teórico da como resultado la organización del conocimiento de enfermería en filosofías, modelos conceptuales o grandes teorías y teorías de rango medio.

El avance conceptual de enfermería, ha tenido como principal objetivo demostrar que, más que una ocupación basada en la experiencia práctica y en los conocimientos adquiridos empíricamente, es una disciplina con un ser, un saber y un quehacer propio.<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> Ibidem. Pp 73-81. Disponible desde:  
[http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista\\_colombiana\\_enfermeria/volumen6/enfermeria\\_disc.pdf](http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen6/enfermeria_disc.pdf)

Por lo anterior, se requiere que quienes ejercen esta profesión, le den el sentido de disciplina que actualmente se le reconoce, a través de la aproximación a los fenómenos de interés de enfermería, sobre los cuales existe construcción teórica abordada desde diferentes perspectivas de acuerdo al modelo propuesto por cada teorista, con el propósito de generar, utilizar y difundir el conocimiento que guía la práctica, la investigación y la docencia, y que en últimas, demuestra la evidencia de un sentido pragmático del ser, el saber y quehacer de enfermería.<sup>8</sup>

Debido a lo precedente, y para poder comprender la ciencia enfermera, es necesario hacer referencia a los siguientes conceptos básicos:

- La ciencia es un cuerpo unificado de conocimientos apoyados en evidencias reconocidas sobre determinados fenómenos. En ese sentido, la ciencia de la enfermería son todos los conocimientos relacionados con la disciplina de enfermería junto con las técnicas y métodos necesarios para adquirirlos. Han de estar basados en la observación e investigación experimental. Por lo tanto, un modelo de enfermería debe reunir una serie de condiciones para ser considerado científico, es decir, debe basarse en teorías científicas, estar descrito de formas sistemáticas y ser práctico.
- Un fenómeno son todos los aspectos de la realidad que pueden ser experimentados o sentidos de forma consciente. Es un objeto o aspecto de la realidad que se conocen mejor a través de los sentidos que mediante el razonamiento o la deducción.<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup>Ibidem. Pp 73-81. Disponible desde:

[http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista\\_colombiana\\_enfermeria/volumen6/enfermeria\\_disc.pdf](http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen6/enfermeria_disc.pdf)

<sup>9</sup> Manual CTO de Enfermería, 4ª ed. CTO Medicina S.L, Madrid España, 2007. Pp 165,166.

Estos hechos son susceptibles de ser explicados científicamente.

- Un sistema es un conjunto de hechos que se interrelacionan para alcanzar una finalidad. Tiene una serie de elementos o partes, cada una de las cuales tiene unos atributos (la función), unas relaciones entre sí, y un ordenamiento de todos ellos. La totalidad tiene más funciones que los elementos por separado. Hay un medio que rodea al sistema, así como a una finalidad.
- Una disciplina es una perspectiva única, una forma diferenciada de ver los fenómenos, lo que definitivamente establece los límites y naturaleza de sus investigaciones. Todas las disciplinas están encuadradas en un marco teórico concreto, pero tiene elementos propios, que les dan categoría de disciplina independiente. La disciplina de enfermería tiene sus propias bases filosóficas que marcan guías para la consecución de sus fines.
- Los valores, creencias, contenidos y fenómenos de interés forman el área de competencia de la disciplina.
- La filosofía crea las asunciones filosóficas que nos dirigen en la construcción teórica. En otras palabras, se interesa por cosas que no tiene base empírica, demostrable, de forma que todo lo que no se puede demostrar empíricamente entra dentro del campo de la Filosofía. Corresponde al filósofo proponer las metodologías con las que se debe obtener el conocimiento científico.

Las asunciones o afirmaciones filosóficas son las que orientan cómo y hacia dónde evolucionan la ciencia y la teoría.

- Un concepto es una idea de una situación, objeto o prioridad.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> Ibidem. Pp 165,166.

- Un modelo es una idea que se explica a través de una visualización simbólica y física. Puede haber modelos físicos que se asemejan a lo que representan, o pueden ser verbales, esquemáticos en forma de dibujos.
- Un modelo conceptual es una abstracción de la realidad, lo que la disciplina puede o debe ser, es una representación estructural de esta.
- Una teoría es un principio general, de valor científico, que dirige la práctica. Está compuesta por un conjunto de frases cuyo fin es explicar cómo funcionan los hechos, las interrelaciones de los conceptos entre sí, dando una visión sistemática de un fenómeno que busca predecir, describir y explicar dicho fenómeno. <sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> Ibidem. Pp 165,166.

## 4.2 PARADIGMAS DE ENFERMERÍA

La disciplina en enfermería es multifacética, la cual engloba conceptos de persona, entorno, salud y cuidado, que son elementos básicos en el quehacer profesional, los cuales están fuertemente vinculados como ejes del cambio paradigmático. Los paradigmas en la profesión de enfermería tienen un modo de actuar, lo que conlleva que en la medida que se van logrando conocimientos propios en la práctica e investigación de enfermería, se van encaminando al desarrollo de la base teórica de la profesión. Esto permite la generación de conocimientos tanto emanados de la práctica como de la teoría, vinculando las interrelaciones que se efectúan entre los elementos del paradigma enfermero y los resultados que puedan conducir al descubrimiento e incremento de los saberes propios de la disciplina científica.

De acuerdo a las corrientes del pensamiento, se conocen tres tipos de paradigmas, el paradigma de categorización (1850- 1950), en el cual todo fenómeno viene de algo y ha inspirado dos orientaciones: salud pública y enfermedad.

El paradigma de integración (1950-1975), va en relación a la orientación de los cuidados de enfermería hacia la persona; y el paradigma de la transformación (1975-siglo XX), donde cada fenómeno es único e irrepetible. Un paradigma no es mejor ni peor entre sí, uno prevalece ante otro en la medida en que brinde mejores y mayores posibilidades de conocer y comprender el objeto de investigación en estudio. Esto es que presente un conjunto de problemas definidos, junto con algunos métodos que se consideran adecuados para conseguir los objetivos establecidos.<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> Lidia M, Et. al. El paradigma de la transformación en el actuar de la enfermería [Internet]. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2011 [citado el 5 de Jun de 2016]; 19 (2): 105-108. Disponible desde: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2011/eim112h.pdf>



En el ámbito de Enfermería no existe un paradigma dominante que aclare la práctica y guíe el pensamiento, porque la complejidad de las respuestas humanas y el cuidado enfermero dificulta que un sólo modelo pueda dar explicación a alguna de éstas.

### **Paradigma de la Categorización**

De acuerdo a este paradigma, “los fenómenos son divisibles en categorías, clases o grupos definidos, considerados como elementos aislables o manifestaciones simplificables.”

Un cambio en un fenómeno es consecuencia de condiciones anteriores. Así los elementos, y las manifestaciones conservan entre sí las relaciones lineales y causales. 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.

El paradigma de la categorización ha inspirado particularmente dos orientaciones en la profesión de enfermería, una orientación centrada en la salud pública que se interesa tanto en la persona como en la enfermedad y, más tarde, una orientación centrada en la enfermedad y estrechamente unida a la práctica médica.<sup>13</sup>

**Orientación hacia la salud pública:** Los escritos referentes a la orientación hacia la salud pública se sitúan en el alba de la sociedad moderna occidental, desde el siglo XIII al XIX.

---

<sup>13</sup> Kérouack S, Et. Al. El pensamiento enfermero. 1ª ed. España; Masson. 2000. Pp 3-18

La necesidad de mejorar la salubridad y de controlar la enfermedad infecciosa en los medios clínicos y comunitarios, caracteriza esta orientación.

También se caracteriza por la necesidad de aplicar principios de higiene pública, la utilización de conocimientos estadísticos comparativos, así como por una enseñanza formal y rigurosa, eje de una formación práctica en los medios clínicos y comunitarios.

Como resultado del progreso de los conocimientos en salud pública, se puso de manifiesto la necesidad de programas educativos en salud, de prevención de la enfermedad infecciosas y de higiene industrial.

**Orientación hacia la enfermedad:** La presente orientación se sitúa a finales del siglo XIX en un contexto marcado por la expansión del control de las infecciones, es decir, la mejora de los métodos antisépticos, de asepsia y técnicas quirúrgicas (Dolan y Cols, 1983).

Aparece igualmente la formulación de diagnósticos médicos basados en la asociación de síntomas observables a partir de fallos biológicos.

Las enfermedades físicas son consideradas como realidad independiente del entorno, sociedad y cultura. La salud es concebida como la ausencia de enfermedad; el origen de la enfermedad se reduce a una causa única.

Según esta orientación, el cuidado está enfocado hacia los problemas, los déficits o las incapacidades de las personas; persona se define como un todo formado por la suma de sus partes, cada parte es reconocible e independiente, empieza y termina en un punto fijo, sin contacto con ninguna otra parte.<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> Ibidem. Pp 3-18

Por otra parte, la salud es un equilibrio altamente deseable. La salud es percibida como “positiva” mientras que la enfermedad es percibida como “negativa”. En lo que concierne al entorno, es un elemento separado de la persona. El entorno es físico, social y cultural.

### **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”.

Este paradigma ha inspirado la orientación hacia la persona.

**Orientación hacia la persona:** Esta orientación está marcada por dos hechos importantes: la urgencia de los programas sociales y el desarrollo de los medios de comunicación.

De acuerdo a esta orientación, el cuidado va dirigido a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones; salud física, mental y social.

Persona, de acuerdo a esta perspectiva, es un todo formado por la suma de cada una de sus partes que están interrelacionadas, y puede influenciar los factores preponderantes de su salud, teniendo en cuenta el contexto en que se encuentra.

Mientras que la salud y la enfermedad, son dos entidades distintas que coexisten y están en interacción dinámica. Por último, el entorno está constituido por los diversos contextos (histórico, social, político, etc.) en el que la persona vive. <sup>15</sup>

---

<sup>15</sup> Ibidem. Pp 3-18

Las interacciones entre el entorno y la persona se hacen bajo la forma de estímulos positivos o negativos y de reacciones de adaptación.

En resumen, la orientación hacia la persona se caracteriza por el reconociendo de una disciplina enfermera distinta de la disciplina médica. Como los conocimientos evolucionan y las necesidades de salud se vuelven más complejas, la necesidad de una formación básica más progresista se impone.

La experiencia clínica y la reflexión son el origen de las primeras concepciones explícitas de la disciplina o modelos conceptuales.

### **Paradigma de la Transformación**

“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 ningún otro se le parece totalmente. Cada fenómeno puede ser definido por una estructura, un patrón único; es una unidad global en interacción recíproca y simultánea con una unidad global más grande, el mundo que lo rodea.”

Este paradigma es la base de una apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo. Ha inspirado las nuevas concepciones de la disciplina enfermera.

Dentro de esta óptica, la persona es considerada como un ser único cuyas múltiples dimensiones forman una unidad. Este ser, entero y único, es indisociable de su universo. <sup>16</sup>

---

<sup>16</sup> <sup>16</sup> *Ibidem*. Pp 3-18

La salud está concebida como una experiencia que engloba la unidad ser humano-entorno; no es un bien que se posee, un estado estable o ausencia de enfermedad.

Finalmente, el entorno, está compuesto por el conjunto del universo del que la persona forma parte. Siendo distinto de la persona, el entorno coexiste con ella.

Así pues, la disciplina enfermera ha evolucionado en el contexto de los acontecimientos históricos y movimientos sociales que han sucedido durante estos últimos siglos. Se ha desarrollado al ritmo de las grandes corrientes de pensamiento que han marcado la evolución de los conocimientos.

Las concepciones de esta disciplina se han especificado igualmente durante los últimos decenios. La multiplicidad de las situaciones de salud, los cambios complejos en el seno de la familia, la orientación de las opciones éticas hacia un proceso que da prioridad a los valores y la diversidad de los medios clínicos, guían siempre la evolución de estas concepciones de los cuidados enfermeros.<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup> *Ibíd.* Pp 3-18

### **4.3 TEORÍAS DE ENFERMERÍA**

Una teoría es un principio general, de valor científico, que dirige la práctica. Está compuesta por un conjunto de frases (proposiciones y conceptos) cuyo fin es explicar cómo funcionan los hechos, las interrelaciones de los conceptos entre sí, dando una visión sistemática de un fenómeno que busca predecir, describir y explicar dicho fenómeno.

Al construir la teoría hemos de contemplar la relación de ésta con la obtención del conocimiento.

#### **Clasificación**

La principal ventaja de utilizar modelos y teorías en nuestra práctica es que nos va a facilitar un marco conceptual para el correcto desarrollo del proceso de cuidados. Éstos han sido clasificados en función de diferentes criterios con la finalidad de estudiarlos y compararlos.

Estudiando la historia de enfermería y la evolución de los cuidados, y siguiendo cronológicamente cada una de las teóricas enfermeras, queda evidenciado el cambio de orientación que han seguido los cuidados profesionales enfermeros con el paso del tiempo.

De esta forma, la evolución de los cuidados ha seguido cuatro objetivos de actuación: en un principio se centró en el entorno, posteriormente en la enfermedad y más adelante en la persona.

Actualmente se orienta en la interacción de la persona con su entorno.

Las teorías y modelos pueden clasificarse en tendencias, a partir de la identificación de qué es lo que tienen en común.<sup>18</sup>

---

<sup>18</sup> Manual CTO de Enfermería. Op cit Pp 165,166.

Meleis (1991), y posteriormente S. K  rouac, los clasificaron en 6 escuelas de pensamiento:

- Necesidades: Henderson, Orem, Abdellah y Paterson.
- Interacción: Peplau, Orlando, Travelbee, Wiedenbach y King
- Efectos deseables: Johnson, Hall, Levine, Roy y Neuman.
- Promoción de la salud: Allen.
- Ser humano unitario: Roger, Neuman y Parse.
- Caring: Leininger y Watson.

Una última clasificación realizada por Marriner divide las teorías de enfermería en:

- Filosofías: Nidhtingale, Wiedenbach, Henderson, Abdellah, Hall y atson.
- Grandes modelos coceptuales: Orem, Levine, Johnson, Roy, Neuman, Rogers y King.
- Teorías de nivel medio, menos generalizables: Peplau, Orlando, Travelbee, Leininger, Parse y Newman.<sup>19</sup>

En el presente estudio de caso se aplicará el modelo de Dorothea E. Orem a través del Proceso de Atención de Enfermería, herramienta que nos permite brindar cuidados a través de un método de planificación sistemático.

---

<sup>19</sup> Manual CTO de Enfermería. Op cit P 167

#### **4.4 DOROTHEA OREM; ANTECEDENTES BIOGRÁFICOS**

Dorothea E. Orem (1914-2007) nació en Baltimore, Maryland; realizó sus estudios profesionales en la Escuela de Enfermería del Providence Hospital, en Washington, D.C.

A principios de 1930 obtuvo el diploma de enfermería; durante la práctica profesional se desempeñó como enfermera quirúrgica, supervisora y profesora de ciencias biológicas; fue directora de la Escuela de Enfermería y el Departamento de Enfermería del Providence Hospital; en 1959 publicó *Guidelines for developing curricular for the education of practical nurses*; en 1971 publicó el libro *Nursing: concepts of practice*. Se retiró en 1984.<sup>20</sup>

#### **Conceptos del Metaparadigma de Orem**

Dorothea E. Orem desarrolla su teoría a partir de los 4 elementos paradigmáticos de la enfermería: persona, entorno, salud, enfermería.

**Persona:** Organismo biológico, racional y pensante, que es afectado por el entorno, realizando acciones predeterminadas que le afectan a él mismo, a otros y al entorno, condiciones que lo capacitan para llevar su autocuidado.

**Salud:** Estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental.

Es inseparable de los factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales, por tanto, incluye promoción y mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones.

---

<sup>20</sup>Marriener A, Taylor S. Modelos y Teorías de Enfermería. 6a ed. España, Elsevier-Mosby; c2007; Pp. 267-268



**Entorno:** Los factores físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean comunitarios o familiares que puedan influir o interactuar con la persona.

**Enfermería:** Los cuidados de enfermería deben centrarse en ayudar al individuo a llevar a cabo o mantener, por sí mismo, acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de ésta.<sup>21</sup>

### **Principales conceptos de la Teoría del Déficit de Autocuidado**

La teoría General de Orem está integrada por tres teorías:

- Teoría del Autocuidado (TAC)
- Teoría del Déficit de Autocuidado (TDAC): Cuando el individuo no es capaz de realizar sus autocuidados por una situación de enfermedad
- Teoría de los Sistemas de Enfermería: Para conseguir el nivel óptimo de autocuidado del paciente, la enfermera dispone de 3 tipos de sistema de enfermería:
  - Totalmente compensatorio
  - Parcialmente compensatorio
  - De apoyo educativo

Orem define el concepto de autocuidado como “la conducta aprendida por el individuo, dirigida hacia sí mismo y el entorno para regular los factores que afectan su desarrollo en beneficio de la vida, salud y bienestar.”<sup>22</sup>

---

<sup>21</sup>Bases Históricas y Teóricas de Enfermería [Internet]. Universidad de Cantabria [citado el 30 de enero de 2016]. Disponible desde: [http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/bases-historicas-y-teoricas-de-la-enfermeria/materiales-de-clase-1/Enfermeria-Tema11\(III\).pdf](http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/bases-historicas-y-teoricas-de-la-enfermeria/materiales-de-clase-1/Enfermeria-Tema11(III).pdf)

<sup>22</sup>Rivera L. Autocuidado y Capacidad de Agencia de Autocuidado, en Revista Avances en Enfermería. Jul-Dic 2006 Vol. XXIV, Universidad Nacional de Colombia. P 92

Las personas, generalmente tienen habilidades intelectuales y prácticas que van desarrollando a lo largo de su vida para satisfacer necesidades de salud, tienen habilidades para encontrar e internalizar las informaciones necesarias por sí mismas y, cuando no es así, buscan ayuda en la familia o en los profesionales de la salud.

Esta teoría tiene como supuesto principal que el autocuidado no es innato; enfatiza que esta conducta se aprende, se vive durante el crecimiento y desarrollo; siendo en un principio a través de las relaciones interpersonales con los padres y posteriormente con amigos y familia, es decir, el entorno que los rodea.

A partir de esta teoría se desglosan los siguientes conceptos:

**Agencia de autocuidado:** Son las capacidades específicas que tiene un individuo para llevar a cabo las actividades de autocuidado.

**Demanda de autocuidado:** Conjunto de acciones de autocuidado necesarias para satisfacer los requisitos de autocuidado conocidos.

**Cuidado dependiente:** El que es brindado por un miembro de la familia a otro, para mantener su vida, contribuir a su salud y bienestar.

**Déficit de cuidado dependiente:** Existe cuando el cuidado requerido por una persona dependiente es superior a la capacidad del miembro de la familia o persona allegada.

Afirma que las actividades de autocuidado son afectadas por creencias culturales, hábitos, costumbres y prácticas habituales de la familia y comunidad a la que pertenece.

Orem relaciona las actividades de autocuidado con los requisitos de autocuidado, los cuales tienen como objetivo promover las condiciones necesarias para la vida y maduración, y prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones en los momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adultez y vejez.

Dichos requisitos son categorizados como:

- Universales
- Del desarrollo
- De desviaciones de la salud<sup>23</sup>

**Requisitos Universales:** Requeridos por todas las personas a lo largo de la vida; dirigidos a mantener las necesidades vitales.

**Requisitos asociados a un proceso de desarrollo:** Surgen específicamente en un periodo dado del ciclo vital.

**Requisitos derivados de las desviaciones del estado de salud:** Tiene origen en el proceso de la enfermedad, en el tratamiento y diagnóstico médico.

---

<sup>23</sup>Teoría del Déficit de Autocuidado: Interpretación desde los elementos conceptuales [Internet]. [citado el 30 de enero de 2016] . Disponible desde: <https://www.google.com.mx/search?q=teoria+del+deficit+de+autocuidado+revista+ciencia+y+cuidado>

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO		
UNIVERSALES	DE DESARROLLO	DESVIACIONES DE SALUD
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantenimiento de un ingreso suficiente de aire.</li> <li>• Mantenimiento de una ingesta suficiente de agua.</li> <li>• Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos</li> <li>• Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación urinaria e intestinal.</li> <li>• Equilibrio entre actividades y descanso.</li> <li>• Equilibrio entre soledad y la comunicación social.</li> <li>• Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano.</li> <li>• Promoción del funcionamiento humano, y el desarrollo dentro de los grupos sociales de acuerdo al potencial humano.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soporte y promoción de los procesos vitales, incluyendo: adolescencia, embarazo, lactancia y edad adulta.</li> <li>• Proporcionar cuidados en privación educativa, desadaptación social, pérdida de familia, amigos, posesiones y seguridad, cambio de ambiente, problema de estatus, mala salud o condiciones de vida, enfermedad terminal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asistencia médica segura cuando esté expuesto a patología</li> <li>• Atención a los resultados del estado patológico</li> <li>• Utilización de terapia médica para prevenir o tratar patología</li> <li>• Atención a los efectos molestos de la terapia médica</li> <li>• Modificación de la autoimagen para aceptar los cuidados según sea necesario</li> <li>• Aprender a vivir con la patología <sup>24</sup></li> </ul>

<sup>24</sup>Sisca R. Teoría General de Enfermería de Orem, Editorial Doyma p.29 (tabla 31.2)

## **Teoría del Déficit de Autocuidado**

Es considerada por Orem como el núcleo central del modelo, plantea la relación de la capacidad de acción de la persona para generar su propio autocuidado y las demandas de cuidado terapéutico o acciones necesarias para cubrir los requerimientos. Cuando la capacidad de la persona no es adecuada para afrontar la demanda, surge el déficit de autocuidado.

De acuerdo con Orem, las intervenciones de enfermería sólo deben estar presentes cuando las demandas de autocuidado de la persona, exceden sus habilidades para cubrirlas.

Por lo anterior, nace la teoría de los sistemas de enfermería, la cual se refiere a la secuencia de acciones prácticas deliberadas que llevan a cabo las enfermeras con el propósito de ayudar a la persona a adoptar una actitud responsable frente a sus autocuidados.

Dichas acciones se clasifican en cinco modos de asistencia basados en la relación de ayuda o suplencia de la enfermera hacia el paciente:

- Actuar en lugar de la persona.
- Ayudar y orientar.
- Apoyar física y psicológicamente.
- Enseñar.
- Procurar un entorno que favorezca el desarrollo.<sup>25</sup>

---

<sup>25</sup> Manual CTO de Enfermería. Op cit P 169

De acuerdo a la capacidad y voluntad de la persona, los cuidados de enfermería se ubican en sistemas de enfermería:

**Totalmente compensatorio:** La enfermera proporciona la totalidad del cuidado terapéutico a la persona.

**Parcialmente compensatorio:** Enfermera y paciente realizan conjuntamente el cuidado

**Apoyo educativo:** La enfermera ayuda a la persona a adquirir conocimientos o habilidades relacionados con su autocuidado.

Al activar cualquiera de los sistemas, el profesional de enfermería debe considerar los componentes de poder de la persona, comunidad o grupo, que posee, los cuales están constituidos por la capacidad para mantener la atención, razonar, tomar decisiones, adquirir conocimiento y realizar acciones de autocuidado en las actividades de la vida diaria.<sup>26</sup>

---

<sup>26</sup> Manual CTO de Enfermería. Op cit P 169

<b>SISTEMAS DE ENFERMERÍA</b>		
<b>TOTALMENTE COMPENSATORIO</b>	<b>PARCIALMENTE COMPENSATORIO</b>	<b>APOYO EDUCATIVO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realiza el autocuidado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realiza algunas medidas de autocuidado por el paciente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realiza el cuidado terapéutico del paciente</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regula el ejercicio y desarrollo de la acción de autocuidado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compensa las limitaciones del paciente para realizar su autocuidado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compensa la capacidad del paciente para realizar su autocuidado</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayuda al paciente en lo que necesite</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoya y protege al paciente</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hacer por el otro</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hacer con el otro</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dejar hacer al otro <sup>27</sup></li> </ul>

<sup>27</sup> López Díaz, Alaba. Perspectiva Internacional del Uso de la teoría General de Orem. En Revista Investigación y Educación en Enfermería, Medellín, Vol. XXIV N°2, 2006. Universidad de Antioquia. P. 92

## 4.5 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Hall creó el término *proceso de enfermería* en 1955, y Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963) fueron de las primeras personas en referirse a una serie de fases que describen el proceso de enfermería y han organizado las fases de distintas maneras.

### Características

El proceso de enfermería tiene características exclusivas que le permiten dar respuesta al estado cambiante de salud del paciente. Estas características tienen naturaleza clínica y dinámica, su ámbito de actuación se centra en el paciente, su enfoque está dirigido a la resolución de problemas y a la toma de decisiones, su estilo es interpersonal e interdependiente, su aplicabilidad universal y hace uso del pensamiento crítico.

- Los datos obtenidos en cada fase proporcionan información para la fase siguiente. Los hallazgos derivados del proceso de evaluación aportan información al proceso de valoración. Por ello, el proceso de enfermería es un acontecimiento o una secuencia de acontecimientos que se repiten regularmente (un ciclo) y cambian de forma constante (es dinámico) en vez de no experimentar cambios (estático).
- Se centra en el paciente. El profesional de enfermería organiza el plan de cuidados en función de los problemas de paciente, en lugar de seguir los objetivos de enfermería; intentando incorporar, en la medida de lo posible los hábitos de paciente al plan de cuidados.<sup>28</sup>

---

<sup>28</sup> Kozier B, Et. Al. Fundamentos de Enfermería. 7ª ed. Madrid: McGraw-Hill; c2008. Capítulo 16, Valoración; P 283



- En cada fase interviene la toma de decisiones.
- Es interpersonal y colaborativo. Requiere que el profesional de enfermería se comunique directamente y de forma constante con los pacientes y con las familias para hacer frente a sus necesidades.
- La característica de la aplicabilidad universal significa que se utiliza como marco para los cuidados de enfermería en todos los tipos de contextos de asistencia sanitaria, con pacientes de todos los grupos de edad.
- Los profesionales de enfermería utilizan diversas habilidades de pensamiento crítico para llevar a cabo el proceso de enfermería.<sup>29</sup>

### **Definición**

Es un método racional y sistemático de planificar y proporcionar cuidados de enfermería. Su objetivo es identificar el estado de cuidados de salud de un paciente, y los problemas de salud reales o potenciales, establecer planes destinados a cumplir las necesidades identificadas, y proporcionar intervenciones de enfermería específicas para hacer frente a dichas necesidades. El PAE es cíclico, es decir, sus componentes siguen una secuencia lógica, pero es un momento dado pueden participar más de un componente. Al final del primer ciclo, los cuidados pueden concluirse si se han alcanzado los objetivos, o el ciclo puede continuar con una nueva valoración, o puede modificarse el plan de cuidados

---

<sup>29</sup> Ibidem. P 283.

## FASES DEL PROCESO DE ENFERMERÍA



<b>PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE)</b>		
<p>Método racional y sistemático de planificar y proporcionar cuidados de enfermería. El PAE permite la aplicación de las bases teóricas en el ejercicio de la profesión de enfermería. Su objetivo es identificar el estado de cuidados de salud de un paciente, y los problemas de salud reales o potenciales, establecer planes destinados a cumplir las necesidades identificadas, y proporcionar intervenciones de enfermería específicas para hacer frente a dichas necesidades. Es cíclico, es decir, sus componentes siguen una secuencia lógica, pero en un momento dado pueden participar más de un componente.</p>		
<b>FASE</b>	<b>PROPÓSITO</b>	<b>ACTIVIDADES</b>
<b>Valoración</b>	Crear una base de datos sobre la respuesta del paciente a problemas de salud o enfermedades y la posibilidad de controlar las necesidades de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Historia clínica</li> <li>• Valoración física</li> <li>• Organizar datos</li> <li>• Validar datos</li> <li>• Comunicar/registro los datos</li> </ul>
<b>Diagnóstico</b>	Identificar las capacidades y los problemas de salud del paciente que pueden evitarse o resolverse mediante intervenciones propias de enfermería o colaborando con otros profesionales. Elaborar una lista de diagnóstico de enfermería y de problemas interdependientes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interpretar y analizar los datos</li> <li>• Determinar las capacidades, riesgos, diagnósticos y problemas del paciente.</li> <li>• Formular diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes.</li> </ul>
<b>Planeación</b>	Desarrollar un plan de cuidados individualizado que especifique los objetivos/resultados esperados del paciente y las intervenciones de enfermería relacionadas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Redactar objetivos esperados.</li> <li>• Seleccionar estrategias/intervenciones de enfermería.</li> </ul>
<b>Ejecución</b>	Ayudar al paciente a lograr los objetivos esperados; promover el bienestar, prevenir enfermedades y otros problemas de salud; restablecer la salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar las necesidades de intervención de enfermería.</li> <li>• Realizar intervenciones de enfermería planificadas.</li> </ul>
<b>Evaluación</b>	Determinar si continuar, modificar o finalizar el plan de cuidados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorar si se han logrado los objetivos</li> <li>• Revisar y modificar el plan de cuidados según proceda y/o finalizar los cuidados de enfermería.<sup>30</sup></li> </ul>

30 Ibídem. P 286. Tabla 16-1

## VALORACIÓN

La valoración es la obtención, organización, validación y registro sistemático y continuo de los datos. Es un proceso continuo que se lleva a cabo durante todas las fases del proceso.

Existen cuatro tipos de valoraciones:

- Valoración Inicial
- Valoración focalizada
- Valoración urgente y
- Revaloración

Éstas varían de acuerdo con su propósito, momento, tiempo disponible y estado del paciente.

La valoración del profesional de enfermería debe centrarse en las respuestas del paciente a un problema de salud. Por lo tanto, debe incluir las necesidades, los problemas sanitarios, las experiencias relacionadas, las prácticas de salud, los valores y los estilos de vida del paciente.

Para que su utilidad sea máxima, los datos obtenidos deben ser relevantes en relación con un problema de salud específico.

El proceso de valoración conlleva 4 actividades estrechamente relacionadas entre sí:

- Obtención de datos
- Organización de datos
- Validación de datos y
- Registro de los datos <sup>31</sup>

---

<sup>31</sup> Ibidem. Pp 287,288

**Obtención de datos:** Proceso que consiste en la compilación de información sobre el estado de salud del paciente. Este proceso debe ser sistemático y continuo para evitar omitir datos importantes y de reflejar el estado de salud cambiante del paciente.

Una base de datos debe incluir toda la información disponible sobre el paciente; comprende la historia de enfermería, valoración física, anamnesis, exploración física, resultados de laboratorio y gabinete y material proporcionado por otro personal sanitario.

Los datos deben incluir los antecedentes de salud, además del problema actual.

**Tipos de datos:** Los datos pueden ser objetivos y subjetivos.

Los datos objetivos, también denominados signos, son aquellos que pueden ser detectados por un observador, pueden medirse o compararse de acuerdo a ciertos parámetros de referencia.

Éstos pueden verse, oírse, sentirse u olerse y se obtiene mediante la observación o la exploración física.

Los datos subjetivos, también conocidos como síntomas, sólo son evidentes por la persona afectada y sólo dicha persona puede describirlos o verificarlos.

**Fuentes de datos:** Las fuentes de datos pueden ser primarias o secundarias.

El paciente es la fuente primaria de datos.<sup>32</sup>

---

<sup>32</sup> Ibidem. P 289

La familia o allegados al paciente, otros profesionales sanitarios, registros e informes del paciente, resultados de laboratorio, y toda la bibliografía relacionada son fuentes secundarias o indirectas de información.

**Métodos de obtención de datos:** Los principales métodos para la obtención de datos son la observación, la entrevista y la exploración física. La observación tiene lugar siempre que el profesional de enfermería entra en contacto con el paciente o con sus allegados.

La entrevista se utiliza principalmente mientras se realiza la historia clínica. La exploración es el principal método utilizado durante el proceso de valoración física.

En contexto, el profesional de enfermería utiliza los tres métodos de forma simultánea al valorar a los pacientes.

**Observación:** Es el proceso de obtener datos utilizando los sentidos. Es una habilidad consciente y deliberada.

**Entrevista:** Es una comunicación o conversación planificada que tiene como finalidad obtener o proporcionar información, identificar problemas, evaluar cambios, instruir, proporcionar apoyo, u ofrecer asesoramiento o terapia.

Existen dos enfoques para realizar la entrevista: la entrevista dirigida y la entrevista no dirigida.

La entrevista dirigida es muy estructurada y busca obtener información específica. El profesional de enfermería establece el propósito de la entrevista y la controla.

Por el contrario, en la entrevista no dirigida, el profesional de enfermería permite al paciente controlar el propósito, el tema y el ritmo. <sup>33</sup>

---

<sup>33</sup> Ibidem. Pp 289-292

Es recomendable que durante una entrevista se realice una combinación de ambos enfoques, dirigido y no dirigido.

**Exploración:** La exploración o valoración física, es un método sistemático de recogida de datos que utiliza los sentidos para detectar problemas de salud.

Para poder llevarla a cabo, es necesario utilizar las técnicas de inspección, auscultación, palpación y percusión.

Se lleva a cabo de forma sistemática; puede organizarse de acuerdo con las preferencias del examinador, en un enfoque cefalo-caudal o por aparatos y sistemas.

**Organización de los datos:** La organización de los datos se realiza mediante la valoración o historia clínica de enfermería.

**Validación de los datos:** La información recogida durante la fase de valoración debe ser completa, objetiva y exacta, pues los diagnósticos e intervenciones de enfermería se basan en dicha información.

La validación consiste en una doble comprobación o verificación de los datos para confirmar que son exactos y objetivos.

**Registro de los datos:** Para completar la fase de valoración, el profesional de enfermería debe registrar los datos del paciente. Los datos deben registrarse de forma objetiva.<sup>34</sup>

---

<sup>34</sup> Íbidem. Pp 296-302

## DIAGNÓSTICO

En esta fase, los profesionales de enfermería utilizan las habilidades del pensamiento crítico para interpretar los datos obtenidos durante la valoración, e identificar los aspectos positivos y los problemas del paciente.

La identificación y el desarrollo de los diagnósticos de enfermería tuvieron su comienzo formal en 1973, cuando dos miembros del cuadro docente de la Saint Louis University, Kristine Gebbie y Mary Ann Lavin, percibieron la necesidad de identificar las funciones de los profesionales de enfermería en el marco de los cuidados ambulatorios.

El reconocimiento internacional llegó con la First Canadian Conference, celebrada en Toronto en 1977, y con la International Nursing Conference celebrada en mayo de 1987 en Calgary, Alberta, Canadá. En 1982, el grupo de la conferencia aceptó el nombre de North American Nursing Diagnosis Association (NANDA, Asociación norteamericana de diagnósticos de enfermería) y reconoció la participación y las contribuciones de los profesionales de enfermería.

El propósito de la NANDA es definir, perfeccionar y fomentar una taxonomía de la terminología de los diagnósticos de enfermería de uso generalizado para los profesionales de enfermería.

Una taxonomía es un sistema de clasificación o un conjunto de categorías estructurales en función de un único principio o de un conjunto de principios <sup>35</sup>

---

<sup>35</sup> Íbidem. P 306



**Diagnósticos de Enfermería:** Con el fin de utilizar con eficacia el concepto de diagnóstico de enfermería para generar y poner en práctica un plan de cuidados de enfermería, el profesional de enfermería debe estar familiarizado con los tipos y los componentes de los diagnósticos de enfermería.

**Definiciones:** La expresión proceso diagnóstico se refiere al proceso de razonamiento, en tanto que el término diagnóstico es un enunciado o conclusión en relación con la naturaleza de un fenómeno.

**Tipos de diagnósticos de Enfermería:** Los diagnósticos de enfermería pueden ser; reales, potenciales y de riesgo.

**Diagnóstico Real:** es un problema que está presenta al momento de la valoración de enfermería.

**Diagnóstico de Riesgo:** es un juicio clínico de que no existe un problema, pero la presencia de factores de riesgo indica que es probable que se presente un problema, a menos que el profesional de enfermería intervenga.

**Diagnóstico de Bienestar:** describe las respuestas humanas a los niveles de bienestar de un individuo, una familia o una comunidad que tienen una disposición para mejorar.

**El proceso diagnóstico:** El proceso diagnóstico utiliza dos habilidades de pensamiento crítico: el análisis y la síntesis.

El pensamiento crítico es un proceso cognitivo durante el cual una persona revisa los datos y considera las explicaciones antes de formarse una opinión.<sup>36</sup>

---

<sup>36</sup> Íbidem. Pp 307-310

El análisis consiste en la separación en componentes, es decir, la escisión de todo en sus partes. La síntesis es el proceso opuesto, es decir, la fusión de las partes para formar el todo.

**Análisis de los datos:** En el proceso diagnóstico, el análisis de los datos implica los siguientes pasos:

- 1.- Comparar los datos con los estándares (identificar indicios significativos).
- 2.- Agrupar los indicios (generar hipótesis provisionales).
- 3.- Identificar lagunas e incoherencias.

**Identificación de los problemas de salud, riesgos y factores favorables:** Una vez analizados los datos, el paciente y el profesional de enfermería pueden identificar, en colaboración, los factores favorables y los riesgos para el paciente. Éste es fundamentalmente un proceso de toma de decisiones.

**Determinación de los problemas de salud y los riesgos:** Una vez agrupados los datos, el profesional de enfermería y el paciente identifican conjuntamente problemas que son un argumento a favor de un diagnóstico provisional real, de riesgo y posible. Debe determinarse además si el problema del paciente es un diagnóstico de enfermería, un diagnóstico médico o un problema interdependiente.

**Determinación de los factores favorables:** En esta fase, el profesional de enfermería en conjunto con el paciente, determinan los factores favorables del paciente, sus recursos, y sus capacidades para afrontar las situaciones. <sup>37</sup>

---

<sup>37</sup> Íbidem. Pp 310-315

**Formulación de enunciados diagnósticos:** La mayoría de los diagnósticos de enfermería se redacta como enunciados de dos o tres partes, pero existen variaciones a esta norma.

**Enunciados básicos de tres partes:** Este enunciado recibe el nombre de formato “PES” y consta de los siguientes elementos:

**Problema (P):** enunciado de la respuesta del paciente.

**Etiología (E):** factores que contribuyen a la respuesta o causa probable de la misma.

**Signos y síntomas (S):** características definitorias manifestadas por el paciente.

Los diagnósticos reales de enfermería pueden documentarse utilizando el formato PES porque se han identificado los signos y síntomas, sin embargo, este formato no se puede emplear para diagnósticos de riesgo, porque el paciente no presenta síntomas ni signos del diagnóstico.<sup>38</sup>

---

<sup>38</sup> Ibidem, Pp 315,316

## **PLANEACIÓN**

Fase sistemática y deliberativa del proceso de enfermería que conlleva la toma de decisiones y la resolución de problemas. En la planificación, el profesional de enfermería consulta los datos de la valoración del paciente y los enunciados diagnósticos para orientarse durante la formulación de objetivos y la selección de las intervenciones de enfermería necesarias para prevenir, reducir o eliminar los problemas de salud del paciente.

Una intervención de enfermería es cualquier tratamiento basado en el juicio clínico y los conocimientos, que lleva a cabo un profesional de enfermería para favorecer los resultados del paciente.

El producto de la fase de planeación es un plan de cuidados para el paciente; que comienza con el primer contacto y continúa hasta que finaliza la relación profesional de enfermera-paciente, habitualmente cuando el centro de asistencia sanitaria da de alta al paciente.

**Enfoques estandarizados para la planeación de cuidados:** La mayoría de los centros de asistencia sanitaria ha diseñado diversos planes estandarizados para la provisión de cuidados de enfermería esenciales a grupos de pacientes específicos que tienen ciertas necesidades comunes.<sup>39</sup>

---

<sup>39</sup> Íbidem. Pp 324-326

El profesional de enfermería desarrolla estándares de cuidados, planes de cuidados estandarizados, protocolos, guías y procedimientos con objeto de:

- Garantizar que se cumplan unos estándares mínimos aceptables.
- Promover un uso eficiente del tiempo de los profesionales de enfermería eliminando la necesidad de redactar actividades comunes que se hacen una y otra vez para muchos de los pacientes de una unidad de enfermería.

Los estándares de cuidados definen actividades de enfermería para pacientes con problemas médicos similares en vez de para individuos, y describen cuidados alcanzables, y no cuidados de enfermería ideales. Establecen las intervenciones de enfermería; no las médicas.

También es importante mencionar que dichos cuidados pueden o no estar organizados de acuerdo con los problemas o diagnósticos de enfermería.

**El proceso de planeación:** En el proceso de desarrollo de los planes de cuidados del paciente, el profesional de enfermería lleva a cabo las siguientes actividades:

**Establecimiento de prioridades:** proceso dirigido a establecer una secuencia prioritaria para abordar los diagnósticos y las intervenciones de enfermería. Las prioridades pueden cambiar a medida que las respuestas a los problemas y tratamientos del paciente se modifican. <sup>40</sup>

---

<sup>40</sup> Íbidem. Pp 326-331

**Establecimiento de los objetivos/resultados esperados:** una vez establecidas las prioridades, se establecen los objetivos para cada diagnóstico de enfermería, los cuales se describen, en términos de respuestas observables del paciente, qué espera lograr el profesional de enfermería ejecutando las intervenciones.

**Selección de las intervenciones de enfermería:** las intervenciones y actividades de enfermería son las acciones que el profesional realiza para alcanzar los objetivos. Éstas deben centrarse en la eliminación o reducción de la etiología del diagnóstico de enfermería; cuando no sea posible modificar los factores etiológicos, deben escogerse intervenciones destinadas a tratar los signos y los síntomas.

**Tipos de intervenciones de enfermería:** las intervenciones de enfermería se identifican y redactan en la etapa de planificación del proceso de enfermería; sin embargo, en realidad se llevan a cabo durante la fase de ejecución. Las intervenciones incluyen los cuidados tanto directos como indirectos, así como las estrategias iniciadas por el profesional de enfermería, las iniciadas por el médico o las estrategias de otro profesional de la salud.

**Intervenciones independientes:** actividades que los profesionales de enfermería están autorizados a emprender en función de sus conocimientos y habilidades.

**Intervenciones dependientes:** son las que se llevan a cabo por prescripción o bajo la supervisión de un médico, o de acuerdo con procedimientos sistematizados.<sup>41</sup>

---

<sup>41</sup> Íbidem. Pp 331-338

**Intervenciones interdependientes:** son acciones que el profesional de enfermería lleva a cabo en colaboración con otros miembros del equipo de asistencia sanitaria. Dichas actividades reflejan cómo se superponen las responsabilidades del personal sanitario y las relaciones profesionales entre ellos.<sup>42</sup>

---

<sup>42</sup> Ibidem Pp 331-338

## EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN

### EJECUCIÓN

Consiste en hacer o delegar la realización de las intervenciones de enfermería que se formularon en la fase de planeación y concluye registrando las actividades y las respuestas del paciente.

**Proceso de ejecución:** el proceso de ejecución consta normalmente de los siguientes pasos:

- Revaloración del paciente: antes de realizar una intervención.
- Ejecutar las intervenciones: es importante explicar a los pacientes qué intervenciones se llevarán a cabo, que se espera que haga y cuál es el resultado esperado. Siempre basándose en conocimientos científicos y estándares profesionales de cuidado, adaptando las actividades a cada paciente específico.
- Supervisar los cuidados delegados: el profesional de enfermería debe asegurarse de que las actividades se hayan ejecutado de acuerdo con el plan de cuidados.
- Registrar las intervenciones: el proceso de ejecución concluye con el registro de las intervenciones y las respuestas del paciente.<sup>43</sup>

---

<sup>43</sup> Íbidem. Pp 351-354



## **EVALUACIÓN**

Es la última fase del proceso. Es una actividad planificada, continuada y dotada de objetivos, en la cual los pacientes y los profesionales de enfermería determinan:

- La evolución del paciente en relación con la consecución de los objetivos/resultados.
- La eficacia del plan de cuidados de enfermería.

La evaluación es una fase importante del proceso de enfermería, ya que las conclusiones extraídas de la misma determinan si es preciso suspender, continuar o modificar las intervenciones de enfermería.

Mediante la evaluación, los profesionales de enfermería demuestran que son responsables y responden por sus acciones, indican interés en los resultados de sus intervenciones, y demuestran un deseo de no perpetuar acciones ineficaces y de adoptar acciones más efectivas.<sup>44</sup>

---

<sup>44</sup> *Ibidem* P 354

## V.- METODOLOGÍA

### 5.1 ESTRATEGIAS DE INVESTIGACIÓN

#### **Trascendencia**

Para el desarrollo del presente estudio de caso se efectuó una búsqueda de artículos científicos en medios impresos y electrónicos, en los cuales se encontraron diversos documentos relacionados con la participación del profesional de enfermería perinatal en la atención de embarazos de alto riesgo.

Como resultado de dicha bibliografía se retoma la importancia del control prenatal, estableciendo una periodicidad y realizando un plan de intervenciones especializadas con el objeto de reconocer precozmente datos de posibles complicaciones maternas y/o fetales, a través de la promoción y educación para la salud, contribuyendo de esta manera a mejorar los resultados gestacionales y pos gestacionales para la madre y sus fetos.

#### **Magnitud**

Es importante señalar que a pesar de que la gestación múltiple representa sólo el 3% del total de los nacimientos, se asocia a un mayor índice de complicaciones perinatales en comparación con la gestación única.<sup>45</sup>

---

<sup>45</sup> Diagnóstico y Manejo del Embarazo Múltiple, [Internet]. México: Secretaría de Salud; c2013 [citado el 03 de noviembre 2015]. Disponible desde: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS\\_628\\_13\\_EMBARAZO\\_MULTIPLE/628GER.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS_628_13_EMBARAZO_MULTIPLE/628GER.pdf)

Las mujeres que cursan con un embarazo múltiple tienen riesgo 6 veces mayor de complicarse con preeclampsia, síndrome de HELLP, parto pretérmino, ruptura prematura de membranas, desprendimiento de placenta, pielonefritis, cesárea y hemorragia post parto. Aunado a esto, la edad materna avanzada, conlleva además, un riesgo mayor de cromosopatías.

Cabe mencionar que los recién nacidos sobrevivientes a un parto pretérmino provenientes de una gestación múltiple, presentan un alto riesgo de secuelas, ya sea físicas o mentales, de aproximadamente 4-5%.<sup>46</sup>

### **Factibilidad**

La fuente de información se encuentra en la anamnesis perinatal integral y directamente con Nora, quien se muestra receptiva a la información proporcionada por la estudiante de enfermería perinatal, es constante en la asistencia a consulta de control prenatal y presenta buena disposición a seguir las actividades ofertadas. Todo esto con el objetivo de evitar complicaciones y secuelas maternas, fetales y neonatales tratando de llevar la gestación hasta la semana 36-37 de gestación.

---

<sup>46</sup> ibídem. Disponible desde:

[http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS\\_628\\_13\\_EMBARAZO\\_MULTIPLE/628GER.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS_628_13_EMBARAZO_MULTIPLE/628GER.pdf)

## **5.2 SELECCIÓN DEL CASO – FUENTES DE INFORMACIÓN**

Se realizó la selección de una mujer en la consulta de embarazo de alto riesgo (perinatología) en la semana del 5 al 9 de octubre 2015 en el área de Ginecología y Obstetricia (Unidad 112) del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.

Consecutivamente, se organizó la información obtenida para su posterior análisis, identificando problemas de salud, riesgos y capacidades que permiten formular diagnósticos mediante el formato “PES”, los cuales, a su vez nos permiten jerarquizar las intervenciones especializadas de enfermería.

## **5.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS**

La asistencia maternal, al igual que otras áreas de la enfermería, representa un desafío a la concepción del mundo y los valores del profesional en enfermería. Pese a que la mayoría de los embarazos avanza con normalidad y concluye exitosamente con el nacimiento de un neonato sano, algunas mujeres y parejas se enfrentan a decisiones complicadas relacionadas con la infertilidad, la continuación o la interrupción de la gestación, y el cuidado de un neonato enfermero o discapacitado.

En cualquier momento, el profesional de enfermería se enfrentará a una situación que ponga en cuestión sus principios personales del bien y del mal. El desafío puede provenir de un paciente, un supervisor, una norma del centro laboral, o una ley estatal o federal. Asimismo, se pueden presentar situaciones en las que no exista ninguna decisión “correcta”, ya que todas ellas implicarían algún desenlace negativo.<sup>47</sup>

---

<sup>47</sup>Towle M.A. Op cit. P 36

En estos casos, habrá que actuar con profesionalidad, dejando a un lado cualquier sesgo con la finalidad de respaldar al paciente y sus familiares, y ayudarles a tomar una decisión.

### **Violencia obstétrica**

La violencia obstétrica es una forma de violación a los derechos humanos, pues las ciencias de la salud, al igual que el resto de las ciencias, tienen como propósito controlar los procesos naturales.

Si bien es importante reconocer los innegables beneficios que la evolución de la medicina ha logrado conquistar, las prácticas de rutina durante el embarazo y parto, aplicadas de forma sistemática, mecanicista y medicalizada, adquieren un carácter negativo, que muchas veces deriva en situaciones de violencia para las mujeres.

Actualmente, la ciencia médica ve a la mujer como un objeto de intervención y no como una persona con derechos.

Existe una relación desigual entre las mujeres y los profesionales de la salud, lo que dificulta el ejercicio de los derechos básicos de la mujer.

Este tipo de atención obstétrica “reduce la posibilidad de las mujeres de valerse por sí mismas, dependiendo de una intervención técnico médica para afrontar su vida sexual y reproductiva” (Camacaro Cuevas, 2009), elimina el protagonismo a las mujeres de vivir su embarazo, parto y puerperio; la mujer es desplazada por la autoridad del saber médico y se refuerza la idea de legitimación de la intervención y control por parte de los profesionales de la salud por sobre la voluntad de las mujeres.<sup>48</sup>

---

<sup>48</sup> La violencia obstétrica: otra forma de violación a los Derechos Humanos [Internet]. [citado el 7 de feb 2016]. Disponible desde: [http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista\\_7/Art2-BelliR7.pdf](http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_7/Art2-BelliR7.pdf)

La violencia obstétrica es una consecuencia casi inevitable de la aplicación del paradigma médico vigente y puede definirse como “el tipo de violencia ejercida por el profesional de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres”

Esta clase de violencia se expresa principalmente en el trato deshumanizado hacia la mujer embarazada, en hacer patológicos los procesos reproductivos naturales.

También se puede considerar como violencia de género, debido a que pone de manifiesto la desigualdad entre hombres y mujeres respecto al saber/poder, pues la vulnerabilidad de las embarazadas, parece acrecentarse por su condición de mujeres (Amorós, 1990).

Por mucho tiempo, este tipo de violencia permaneció casi invisible debido a que muchas acciones son vistas como normales por parte de las mujeres, especialmente por aquellas que acuden a servicios de salud gratuitos y consideran que someterse a tratos poco amables es parte inherente de hacer uso de dicha atención.

En nuestra sociedad, así como en la mayor parte de los países latinoamericanos, dichas acciones se hallan naturales, lo que dificulta el reclamo de las mujeres violentadas, pues temen exigir el cumplimiento de sus derechos y lo que es peor, muchas veces no conocen cuáles son sus derechos.<sup>49</sup>

---

<sup>49</sup> ibídem. Disponible desde:  
[http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista\\_7/Art2-BelliR7.pdf](http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_7/Art2-BelliR7.pdf)

Algunos derechos quebrantados durante la atención obstétrica son:

**Derecho a la integridad personal:** Derecho que poseen todas las personas a que su integridad física, psíquica y moral sea respetada. El respeto a este derecho implica que nadie debe ser lesionado o agredido físicamente, ni ser víctima de daños mentales o morales que le impidan conservar su estabilidad psicológica o emocional.

Dentro del marco de la violencia obstétrica, este derecho se ve violentado a través de prácticas invasivas muchas veces innecesarias como las episiotomías, las cesáreas que no están médicamente indicadas y la ligadura de trompas sin contar con el consentimiento de la mujer.

**Derecho a la privacidad e intimidad:** Este derecho se ve violado en las instituciones de salud a través la exposición innecesaria del cuerpo de las mujeres, en especial de sus órganos genitales en el parto, en la consulta ginecológica y otras, sin ofrecer a la mujer la posibilidad de decidir sobre su cuerpo. Muchas veces, las mujeres no reciben explicación alguna del porqué de estas prácticas ni se les pide su autorización.

**Derecho a la Información y a la toma de decisiones libres e informadas sobre su salud:** Muchas veces se realizan prácticas sin previa autorización y sin ofrecer ningún tipo de información sobre las implicaciones de las mismas. En consecuencia, la mujer no es capaz de tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva.<sup>50</sup>

---

<sup>50</sup> ibídem. Disponible desde:  
[http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista\\_7/Art2-BelliR7.pdf](http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_7/Art2-BelliR7.pdf)

**Derecho a no recibir tratos crueles, inhumanos y degradantes:** De acuerdo con el artículo 5 de la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH), el artículo 7 del Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos (PIDCyP) y el artículo 16 de la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes, los Estados deberán prohibir dichos tratos por parte de funcionarios públicos o personas en el ejercicio de funciones oficiales.

Se consideran tratos crueles, inhumanos y degradantes todo tipo de abusos (físicos o mentales), cualquier tipo de degradación, o la obligación de cometer actos contrarios a las propias convicciones morales o culturales.

La situación en la que se detecta reiteradamente el maltrato hacia la mujer, por medio de agresión verbal o psicológica, es en el momento del parto. Estas agresiones se manifiestan a través de muestras de insensibilidad frente al dolor de la mujer, manteniendo silencio frente a sus preguntas, a través de la infantilización de la parturienta, los insultos y los comentarios humillantes.

**Derecho a estar libre de discriminación:** El artículo 11 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos establece que “ningún individuo o grupo debería ser sometido por ningún motivo, en violación de la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales, a discriminación o estigmatización alguna”.<sup>51</sup>

---

<sup>51</sup> ibídem. Disponible desde:  
[http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista\\_7/Art2-BelliR7.pdf](http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_7/Art2-BelliR7.pdf)



En relación con la atención en la salud, el artículo 12 de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDM, 1983) declara que los Estados “garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y período posterior al parto...” Con el fin de asegurar las condiciones de igualdad entre hombres y mujeres en el acceso a servicios de atención médica.

Gran parte de la población que acude a los servicios gratuitos de salud en los hospitales públicos pertenece a sectores que se encuentran en desventaja desde una perspectiva socioeconómica, lo que dificulta el conocimiento de los derechos que poseen y, por tanto, anula casi por completo la posibilidad de reclamarlos. Esto se pone de manifiesto en la falta de denuncias por malos tratos recibidos en los servicios de atención médica.<sup>52</sup>

---

<sup>52</sup> ibídem. Disponible desde:  
[http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista\\_7/Art2-BelliR7.pdf](http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_7/Art2-BelliR7.pdf)

## **Derechos sexuales y reproductivos**

En la Ciudad de México se han llevado a cabo avances importantes en el reconocimiento de estos derechos, sin embargo, a pesar de las políticas públicas, planes y programas de gobierno, y de una nueva legislación, aún se enfrentan vacíos, inequidades, exclusión, falta de oportunidades y discriminación, en especial para las mujeres

- Alcanzar una mayor equidad entre los sexos.
- Decidir de manera libre y responsable acerca del número y espaciamiento de los hijos.
- Obtener la información y orientación necesarias para tomar tales decisiones.
- Obtener información oportuna relacionada con la salud sexual y reproductiva.
- Tener acceso a la consejería y consentimiento informado.
- Tener acceso a servicios de salud para elegir el método anticonceptivo que mejor se adapte al estado de salud y circunstancias de cada persona.
- Obtener el método seleccionado.
- Recibir atención a la salud materna e infantil.
- Tener acceso a atención médica por infertilidad.
- Recibir atención médica en todos los aspectos relacionados con la reproducción y la salud sexual
- Recibir atención a problemas relacionados con el abuso o agresión sexual.
- Vivir en un hogar sin violencia.<sup>53</sup>

---

<sup>53</sup>Derechos Sexuales y Reproductivos. Ciudad de México. [citado el 7 de febrero de 2016]. Disponible desde: <http://www.planificanet.gob.mx/index.php/derechos-reproductivos/derechos-reproductivos/cuales-son.php>

## **Derechos generales de los pacientes**

1. Recibir atención médica adecuada.
2. Recibir trato digno y respetuoso.
3. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.
4. Decidir libremente sobre tu atención.
5. Otorgar o no tu consentimiento válidamente informado.
6. Ser tratado con confidencialidad.
7. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.
8. Recibir atención médica en caso de urgencia.
9. Contar con un expediente clínico.
10. Ser atendido cuando te inconformes por la atención médica recibida.<sup>54</sup>

---

<sup>54</sup>10 Derechos Generales de los Pacientes. Ciudad de México. [Citado el 7 de febrero de 2016] disponible desde:  
[http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/cartas/pdf/POSTER\\_PACIENTES\\_2014.pdf](http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/cartas/pdf/POSTER_PACIENTES_2014.pdf)

## **Código de ética para enfermeras**

En la profesión de enfermería existe la necesidad de disponer de un código de ética especialmente concebido para la profesión, que sirva de guía para su comportamiento ético. Un código que represente el ideal del ejercicio como orientación general, pues en ética no hay una única decisión correcta; siempre habrá algunas mejores que otras, en eso estriba la reflexión responsable que implica esta disciplina y es en este sentido que el código pretende ayudar a tomar la decisión pertinente, sirviendo de guía, estableciendo deberes, estimulando la conducta ética y permitiendo identificar las conductas que no lo son.

El código de ética debe inspirar la correcta conducta profesional considerando que lo ético no es negociable y que hay una gran diferencia entre actuar bien por inseguridad, temor o simple obediencia y actuar bien por conocimiento, dignidad y por respeto a sí mismo y a la sociedad, esto último es lo que se conoce como ética profesional.

Un código de ética para enfermería debe constituirse necesariamente en una guía de conducta, con fundamentos que unifiquen y delimiten los conceptos sobre el hombre, la sociedad, la salud y la propia enfermería, de tal forma que se considere:

- Al hombre como un ser bio-psico-social dinámico, que interactúa dentro del contexto total de su ambiente, y participa como miembro de una comunidad.<sup>55</sup>

---

<sup>55</sup> Código de Ética para Enfermeras. Ciudad de México. [Citado el 07 de febrero de 2016]. Disponible desde: [http://www.conamed.gob.mx/prof\\_salud/pdf/codigo\\_enfermeras.pdf](http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/codigo_enfermeras.pdf)

- A la sociedad como un conjunto de individuos que en nuestro país se constituyen en un estado social y democrático de derecho, que promueve como valores superiores de su ordenamiento jurídico: la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político;
- A la salud como un proceso de crecimiento y desarrollo humano, que se relaciona con el estilo de vida de cada individuo y con la forma de afrontar ese proceso en el seno de los patrones culturales en los que se vive;
- A la enfermería, constituida como un servicio, encaminado a satisfacer las necesidades de salud de las personas sanas o enfermas, individual o colectivamente. Dicho servicio debe considerar de manera prioritaria:
  - La conciencia de asumir un compromiso profesional serio y responsable.
  - La participación coherente de este compromiso dentro de la sociedad.
  - El reconocimiento y aplicación en su ejercicio de los principios de la ética profesional, y
  - La práctica de una conducta de verdadero respeto a los derechos humanos.<sup>56</sup>

---

<sup>56</sup> ibidem. Disponible desde: [http://www.conamed.gob.mx/prof\\_salud/pdf/codigo\\_enfermeras.pdf](http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/codigo_enfermeras.pdf)

## Principios

Para los fines específicos de este código, se requiere una definición clara de principios éticos fundamentales que serán necesarios para el apego y desempeño correcto en todas las intervenciones de enfermería, encaminadas a restablecer la salud de los individuos, basadas en el conocimiento mutuo y con respeto de la dignidad de la persona que reclama la consideración ética del comportamiento de la enfermera.

**Beneficencia y no maleficencia:** Se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Se rige por los siguientes deberes universales: hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada.

Si al aplicar este principio no se tienen las condiciones, medios o conocimientos para hacer el bien, se debe elegir el menor mal evitando transgredir los derechos fundamentales de la persona, los cuales están por encima de la legislación de los países y de las normas institucionales.

**Justicia:** La justicia en la atención de enfermería no se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traducen en un trato humano. Es un valor que permite ser equitativo en el actuar para la satisfacción de las necesidades sin distinción de la persona.

**Autonomía:** Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales.<sup>57</sup>

---

<sup>57</sup> *Ibidem*. Disponible desde: [http://www.conamed.gob.mx/prof\\_salud/pdf/codigo\\_enfermeras.pdf](http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/codigo_enfermeras.pdf)

Con este principio se reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones. El reconocimiento de la autonomía de la persona se da ética y jurídicamente con el respeto a la integridad de la persona y con el consentimiento informado, preferiblemente por escrito.

**Valor fundamental de la vida humana:** Se refiere a la inviolabilidad de la vida humana. Es el primero y más elemental de todos los derechos que posee la persona, un derecho que es superior al respeto o a la libertad, puesto que la primera responsabilidad de su libertad es hacerse cargo responsablemente de su propia vida.

**Privacidad:** El fundamento de este principio es no permitir que se conozca la intimidad corporal o la información confidencial que directa o indirectamente se obtenga sobre la vida y la salud de la persona.

Tiene ciertos límites por la posible repercusión personal o social de algunas situaciones de las personas al cuidado de la enfermería, y el deber de ésta de proteger el bien común, sin que esto signifique atropellar la dignidad de la persona a su cuidado.

**Fidelidad:** Compromiso de cumplir las promesas y no violar las confidencias que hace una persona.<sup>58</sup>

No obstante, a veces pueden hacerse excepciones, cuando el bien que se produce es mayor que el cumplimiento de las mismas o cuando el bienestar de la persona o de un tercero es amenazado.

---

<sup>58</sup> Ibidem. Disponible desde: [http://www.conamed.gob.mx/prof\\_salud/pdf/codigo\\_enfermeras.pdf](http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/codigo_enfermeras.pdf)

**Veracidad:** Principio ineludible de no mentir o engañar a la persona.

**Confiabilidad:** Este principio se refiere a que el profesional de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayuda a las personas.

**Solidaridad:** Es un principio indeclinable de convivencia humana, es adherirse con las personas en las situaciones adversas o propicias, es compartir intereses, derechos y obligaciones.

**Tolerancia:** Este principio hace referencia a admitir las diferencias personales, sin caer en la complacencia de errores en las decisiones y actuaciones incorrectas.

**Terapéutico de totalidad:** A nivel individual debe reconocerse que cada parte del cuerpo humano tiene un valor y está ordenado por el bien de todo el cuerpo y ahí radica la razón de su ser, su bien y por tanto su perfección. De este principio surge la norma de proporcionalidad de la terapia. Según ésta, una terapia debe tener cierta proporción entre los riesgos y daños que conlleva y los beneficios que procura.

**Doble efecto:** Este principio orienta el razonamiento ético cuando al realizar un acto bueno se derivan consecuencias buenas y malas.<sup>59</sup>

---

<sup>59</sup> Ibidem. Disponible desde: [http://www.conamed.gob.mx/prof\\_salud/pdf/codigo\\_enfermeras.pdf](http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/codigo_enfermeras.pdf)



## **Decálogo del Código de Ética para las enfermeras y enfermeros en México**

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.<sup>60</sup>
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.<sup>61</sup>

---

<sup>60</sup> Ibídem. Disponible desde: [http://www.conamed.gob.mx/prof\\_salud/pdf/codigo\\_enfermeras.pdf](http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/codigo_enfermeras.pdf)

## VI. PRESENTACIÓN DEL CASO

### 6.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO

#### I.- DATOS GENERALES

Nora I.M.R. de 22 años de edad, soltera, ama de casa, religión católica, secundaria terminada, peso actual 59.600 kg, talla 1.70, IMC 16.6; grupo y Rh: O positivo.

Originaria y residente del Distrito Federal con domicilio en Amado Nervo #63 edif. 6ª depto. 403, col. Zapotitla, Del. Tlahuac. Tel 55 37 94 25 28.

#### II.- CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA

Familia monoparental; cohabita con dos personas, su madre e hijo, mantiene una adecuada comunicación con su pareja a pesar de no vivir con él.

La responsable del ingreso económico de su hogar es su madre, percibiendo 2,500 pesos mensuales, su pareja sufrió accidente automovilístico por lo cual se encuentra incapacitado temporalmente para trabajar.

#### III.- CARACTERÍSTICAS DEL AMBIENTE

Habita departamento rentado de materiales durables, con dos habitaciones, baño y cocina; ventilación e iluminación natural. Cuenta con todos los servicios intra y extradomiciliarios como agua potable, luz eléctrica, drenaje, gas, calle pavimentada, alumbrado público, seguridad pública, establecimientos de salud, recolección de basura todos los días, la cual es desechada por el camión delegacional, zoonosis negada.<sup>62</sup>

---

<sup>62</sup>Información obtenida de forma directa (gestante) a través de instrumento de valoración perinatal e indirecta (expediente clínico).

## **Requisitos de autocuidado universales**

### **I.- Mantenimiento de un aporte suficiente de aire**

Realiza higiene de fosas nasales todos los días, dejó de fumar durante el primer trimestre de gestación (10 SDG), no convive con fumadores, no realiza técnicas de relajación y no requiere de ningún tipo de apoyo ventilatorio

A la exploración física se encuentra con los siguientes constantes vitales; frecuencia cardiaca 80 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 18 respiraciones por minuto, tensión arterial de 100/60 mmHg, temperatura axilar de 36.7°C; nariz simétrica, narinas permeables con adecuada entrada y salida de aire, no hay presencia de secreciones ni aleteo; cuello cilíndrico con tráquea central, no se palpan adenopatías, pulsos carotídeos presentes y sincrónicos; caja torácica sin alteraciones, con adecuados movimientos de amplexión y amplexación, a la auscultación murmullo pulmonar presente sin agregados, auscultación cardiaca, ruidos cardiacos rítmicos de adecuada intensidad y frecuencia, mamas simétricas, turgentes, pezón formado, con presencia de cambios gestacionales, no secretantes.

### **II. Mantenimiento de un aporte suficiente de líquidos**

Consume aproximadamente 2 litros de agua natural al día y ocasionalmente consume refresco.

A la exploración física: palidez de tegumentos, piel delgada, turgente; mucosas orales hidratadas.<sup>63</sup>

---

<sup>63</sup> Información obtenida de forma directa (gestante) a través de instrumento de valoración perinatal e indirecta (expediente clínico).

### **III. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos**

Realiza 3 comidas al día y 2 colaciones; pollo 5/7, huevo 3/7, carne 1/7, tortilla 7/7, fruta 5/7, verdura 7/7.

El sentido que le da a la comida es de supervivencia y lo realiza con su mamá e hijo, desayuno: 10 de la mañana, comida: entre las 15 y 16 horas, Cena: entre las 20 y 21 horas. No consume suplementos alimenticios

Refiere presentar pirosis nocturna que no requiere tratamiento farmacológico, por lo que se orienta sobre las medidas que puede adoptar para disminuir o evitar la sintomatología, prescindir el consumo de alimentos irritantes y grasas, utilizar doble almohada a la hora de dormir para lograr una posición semifowler.

A la exploración física se observa cavidad oral con piezas dentarias completas; presencia de gingivitis, abdomen con presencia de estrías, globoso a expensas de útero gestante, no doloroso a la palpación. Feto A cefálico dorso derecho con FCF de 138 latidos por minuto y feto B pélvico dorso izquierdo con FCF de 124 latidos por minuto, percibe y se palpan múltiples movimientos fetales.

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

Patrón de eliminación fecal 2 veces al día, heces firmes; micciones presentes, niega disuria y tenesmo vesical.

A la exploración física: peristalsis presente, genitales externos acorde a edad y sexo.<sup>64</sup>

---

<sup>64</sup> Información obtenida de forma directa (gestante) a través de instrumento de valoración perinatal e indirecta (expediente clínico).

## **V. Mantenimiento entre la actividad y el reposo.**

Nora manifiesta sentirse cansada, comenta que el peso del útero gestante le provoca dolor lumbar, lo que dificulta la realización de actividades de la vida cotidiana, niega dificultad para conciliar el sueño.

Revisión por sistemas- Sistema músculo-esquelético: Nora se encuentra en posición libremente escogida, tranquila, realiza movimientos coordinados, con un adecuado tono muscular, no presenta edema ni deformidades. Rot's normales.

## **VI. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.**

Contacto visual y lenguaje corporal presentes, comunicación verbal directa, clara, buen tono de voz, no pertenece a ningún grupo social, cultural o deportivo.

A la exploración física: Nora se encuentra neurológicamente íntegra, cráneo normo céfalo, no hay presencia de endostosis ni exostosis; pupilas isocóricas, normoreflécticas, no nistagmus ni afección de la agudeza visual; pabellones auriculares bien implantados sin deformidades aparentes.<sup>65</sup>

---

<sup>65</sup> Información obtenida de forma directa (gestante) a través de instrumento de valoración perinatal e indirecta (expediente clínico).

## **VII. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.**

**Prácticas de seguridad personal:** Nora afirma conocer y practicar medidas de seguridad personal; realiza lavado de manos antes y después de ir al baño, así como antes del consumo de alimentos, desinfecta frutas y verduras antes de consumirlas; refiere conocer medidas para la prevención de accidentes en el hogar y en la calle, sin embargo, no acude periódicamente a los diferentes servicios de salud.

A pesar de esto, desde el momento en que se confirma el diagnóstico gestacional, acude a centro de salud para control prenatal.

En la semana 20 de gestación, es referida de clínica de atención privada al Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” para continuar control prenatal en la consulta de perinatología (embarazo de alto riesgo) debido a embarazo gemelar.

Niega haber realizado citología cervical.

Tabaquismo positivo a razón de 3 cigarros al día, suspendido en la semana 10 de gestación.

Alcoholismo social suspendido al inicio de la gestación actual.

**Concepto e imagen personal:** Nora refiere sentirse bien con su imagen corporal; sin embargo, comenta que le gustaría perder lo antes posible el peso aumentado durante la gestación.<sup>66</sup>

---

<sup>66</sup> Información obtenida de forma directa (gestante) a través de instrumento de valoración perinatal e indirecta (expediente clínico).

Exploración física: Abdomen globoso a expensas de útero gestante, altura de fondo uterino de 33cm, feto A cefálico dorso derecho con FCF de 138 latidos por minuto y feto B pélvico dorso izquierdo con FCF de 124 latidos por minuto. Movimientos fetales presentes; al tacto vaginal, cérvix posterior, cerrado.

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

Hábitos de salud: Realiza baño y cambio de ropa todos los días, higiene dental 2/3 veces al día, aseo de manos antes y después de ir al baño, y antes del consumo de alimentos.

A la exploración física: Nora se encuentra consciente, orientada en sus tres esferas, cuero cabelludo limpio, cabello largo, castaño, con adecuada implantación, palidez de tegumentos, mucosas orales hidratadas, cardiopulmonar sin compromiso, mamas simétricas, turgentes, no secretantes, areola secundaria, pezón formado.

Miembros torácicos sin compromiso, llenado capilar de 2"; abdomen globoso a expensas de útero gestante, se palpan múltiples movimientos fetales; genitales íntegros, acorde a edad y sexo; miembros pélvicos sin datos patológicos, Rot's normales.<sup>67</sup>

---

<sup>67</sup> Información obtenida de forma directa (gestante) a través de instrumento de valoración perinatal e indirecta (expediente clínico).

## **Requisitos de autocuidado según las etapas de desarrollo**

### **Descripción Gineco-Obstétrica:**

Menarca a los 11 años, ritmo 30X3, no dismenorrea, telarca y pubarca a los 14 años, gestas: 3, Cesárea 1, Aborto 1, fecha de última menstruación 06 de febrero 2015, inicia vida sexual a los 14 años, 5 parejas sexuales, desconoce si sus parejas presentan circuncisión; niega cervico-vaginitis e infecciones de transmisión sexual, nunca se ha realizado citología vaginal, refiere relaciones sexuales placenteras, niega dispareunia. Utilizaba preservativo como método de planificación familiar.

### **Descripción de embarazos previos:**

G1: 2008 Aborto inducido con cytotec a las 5 SDG, sin complicaciones, en consultorio privado.

G2: 2011, periodo intergenésico de 3 años, cesárea por pelvis límite, masculino que nace a las 41SDG con un peso de 3.130kg, talla de 51 cm. No presenta ninguna complicación durante la gestación. Vivo, sano, lactancia materna durante 2 años.

G3: Gestación actual; embarazo gemelar biamniótico-bicoriónico de 32.5 SDG por fecha de última menstruación + fetos vivos+ sin trabajo de parto.<sup>68</sup>

---

<sup>68</sup> Información obtenida de forma directa (gestante) a través de instrumento de valoración perinatal e indirecta (expediente clínico).



## 6.2 REQUISITOS DE AUTOCUIDADO ANTE UNA DESVIACIÓN DE LA SALUD

### Antecedentes heredo-familiares

Negativo para enfermedades crónico-degenerativas.

### Historia previa de desviaciones de la salud

**Quirúrgicos:** 2013 reconstrucción de tendones y ligamentos de las muñecas por herida por arma blanca. Reparación de vena yugular interna, laparotomía exploradora para verificar que no existiera daño interno debido a herida por arma blanca.

**Alérgicos:** Negativo

**Crónico degenerativos:** Negativo

**Transfusionales:** 6 concentrados plaquetarios en el año 2013 por cirugía mayor secundaria a heridas por arma blanca.

Tabaquismo positivo desde los 15 años. Suspendido durante la gestación

Alcoholismo positivo desde los 17 años: Suspendido durante la gestación

**Exantemáticas:** Varicela a los 3 años; rubeola a los 12 años.

### 1.- Percepción de la desviación de salud

Nora comprende su estado de salud actual y se muestra tranquila; sin embargo, comenta sentirse cansada; el peso del útero gestante le ocasiona dolor lumbar.<sup>69</sup>

---

<sup>69</sup> Información obtenida de forma directa (gestante) a través de instrumento de valoración perinatal e indirecta (expediente clínico).

## **2.- Mecanismo de adaptación**

Nora cuestiona la posibilidad de interrumpir el embarazo antes de lo previsto, por lo que se le explican los riesgos y complicaciones que pueden presentarse en sus fetos si la interrupción se realiza en dicha edad gestacional, además, se le invita a utilizar algún dispositivo como apoyo para disminuir el peso del útero gestante.

Posterior a la información, Nora se muestra tranquila y optimista.

## **3.- Efectos de la desviación sobre el estilo de vida**

Debido al dolor lumbar que presenta, Nora comenta que prefiere estar acostada, lo cual le impide realizar sus actividades diarias; incluso ha dejado de llevar a su hijo a la escuela.<sup>70</sup>

---

<sup>70</sup> Información obtenida de forma directa (gestante) a través de instrumento de valoración perinatal e indirecta (expediente clínico).

## VII. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

### Factores condicionantes básicos

- Edad: 22 años
- Sexo: Femenino
- Estado de Desarrollo: Adulta joven
- Estado de salud: Embarazo gemelar de 32.5 semanas de gestación
- Factores del Sistema Familiar: Soltera
- Patrón de vida: Ama de casa
- Factores ambientales: Consulta de perinatología
- Disponibilidad y adecuado recursos humanos: Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"
- Nivel Socioeconómico: Bajo

## 7.1 DESVIACIÓN ACTUAL

Nora consciente, orientada en sus tres esferas, se encuentra en mesa de exploración, en posición libremente escogida, constantes vitales dentro de parámetros normales frecuencia cardiaca 80 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 18 respiraciones por minuto, tensión arterial: 100/60 mmHg, Temperatura: 36.5 °C, palidez de tegumentos, mucosas orales hidratadas; cráneo normo céfalo, no hay presencia de endostosis ni exostosis; pupilas isocóricas, normoreflécticas, no nistagmus ni afección de la agudeza visual; pabellones auriculares bien implantados sin deformidades aparentes; nariz simétrica, narinas permeables con adecuada entrada y salida de aire, no hay presencia de secreciones ni aleteo nasal; cavidad oral con piezas dentarias completas, sin presencia de caries; cuello cilíndrico con tráquea central, no se palpan adenopatías ni ingurgitación yugular, pulsos carotídeos presentes y sincrónicos, caja torácica sin alteraciones, con adecuados movimientos de amplexión y amplexación, a la auscultación murmullo pulmonar presente sin agregados, a la auscultación cardiaca, ruidos cardiacos rítmicos de adecuada intensidad y frecuencia. Mamas simétricas, turgentes, pezón formado, con presencia de cambios gestacionales, no secretantes.

Abdomen globoso a expensas de útero gestante, altura de fondo uterino de 33 cm, feto A cefálico dorso derecho con FCF de 138 latidos por minuto y feto B pélvico dorso izquierdo con FCF de 124 latidos por minuto, motilidad fetal presente, peristalsis presente; genitales externos acorde a edad y sexo; al tacto vaginal, cérvix posterior, cerrado, miembros pélvicos sin datos patológicos.

### 7.1.1 Estudios de laboratorio

<b>QUÍMICA SANGUÍNEA</b>	
Glucosa	90mg/dl
BUN	17.0mg/dl
Creatinina	1.0 mg/dl
Ácido Úrico	7.0 mg/dl
Colesterol	160mg/dl
Triglicéridos	145mg/dl
Proteínas totales	6.9 g/dl
Albúmina	4.1g/dl
Fosfatasa Alcalina	101U/L
TGP	42U/L
TGO	18U/L
Amilasa	83U/L
Lipasa	140IU/L

<b>Biometría Hemática</b>	
Leucocitos	$6.3 \times 10^3$
Neutrófilos	$5.6 \times 10^3$
Eritrocitos	$4.9 \times 10^6$
Hemoglobina	14.1g/dL
Hematocrito	43.6%
Plaquetas	$264 \times 10^3$

<b>Coagulación</b>	
TP	12.2seg
TTP	28.3seg
INR	0.98%

71

---

<sup>71</sup> Información obtenida de forma indirecta (expediente clínico).

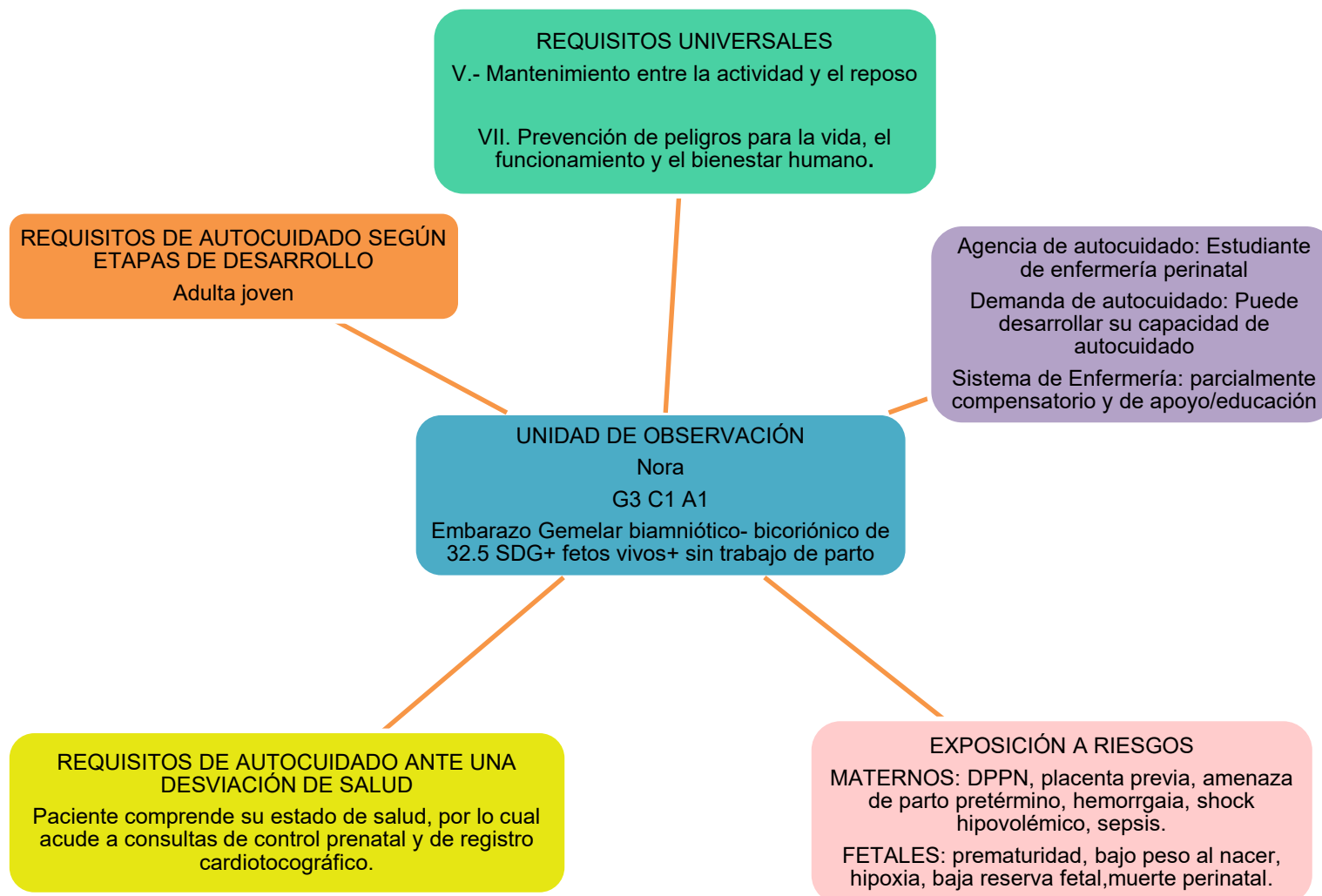
### **7.1.2 Jerarquización de Problemas**

- Embarazo de alto riesgo, embarazo gemelar
- Dolor lumbar
- Múltiples parejas sexuales
- Cansancio e inquietud

### **7.2 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA**

- Riesgo de pérdida de la gestación r/c embarazo de alto riesgo (embarazo gemelar), toxicomanías positivas (tabaquismo y alcoholismo) y malos hábitos higiénicos (gingivitis).
- Alteración del bienestar físico materno r/c aumento de tamaño del útero m/p expresión verbal de dolor lumbar, cansancio y dificultad para realizar actividades de la vida cotidiana.
- Déficit de conocimiento r/c privación del autocuidado m/p nula toma de citología cervical, múltiples parejas sexuales y tabaquismo positivo a razón de 3 cigarros al día.

## 7.2.1 ESQUEMA METODOLÓGICO



## 7.2.2 DIAGNÓSTICOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

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

Valoración focalizada:

Nora acude a consultas de control prenatal desde el momento en que se confirma el diagnóstico gestacional, en el primer trimestre. En la semana 20 de gestación, es referida al Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” para continuar control prenatal en la consulta de perinatología (embarazo de alto riesgo) debido a embarazo gemelar y antecedente de tabaquismo positivo a razón de 3 cigarros al día, suspendido a las 10 semanas de gestación y alcoholismo social suspendido al inicio de la gestación actual y gingivitis.

DIAGNÓSTICO	OBJETIVOS
Riesgo de pérdida de la gestación r/c embarazo de alto riesgo (embarazo gemelar), toxicomanías positivas (tabaquismo y alcoholismo) y malos hábitos higiénicos (gingivitis).	<p>AGENTE DE CUIDADO TERAPÉUTICO</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Minimizar riesgo de pérdida de la gestación</li></ul> <p>AGENTE DE AUTOCUIDADO</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Nora cambiará sus hábitos durante el embarazo</li></ul>

Agente de autocuidado: Estudiante de enfermería perinatal

Sistema de enfermería: Apoyo educativo



## **Intervención de enfermería**

Control prenatal de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM- 007-SSA2-2016

### **Fundamentación**

Dicha Norma establece 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 - 41semanas.

Destaca la importancia de 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, que puedan tener repercusiones en la evolución del embarazo, y daño embrio-fetal, independientemente del periodo gestacional.<sup>72</sup>

---

<sup>72</sup> 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. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. [Internet]. México: Secretaría de Salud; c2016 [citado el 30 de mayo 2016]. Disponible desde: [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016)

Así como la prescripción de 0.4 mg de ácido fólico y micronutrientes para prevenir defectos del tubo neural y la solicitud de los siguientes exámenes de laboratorio:

- Biometría hemática completa
- Grupo sanguíneo y factor Rh. En Paciente Rh negativo (coombs indirecto);
- Glucosa en ayuno y a la hora (poscarga de 50 g)
- Creatinina
- Ácido úrico
- Examen general de orina; realizar prueba rápida con tira reactiva en cada consulta prenatal e indicar urocultivo para que en caso positivo se inicie tratamiento antibacteriano.
- Prueba de laboratorio para detectar sífilis en la embarazada y prevenir sífilis congénita;

Señala que el principal objetivo es la detección de 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.<sup>73</sup>

### **Intervención de enfermería**

Redes de apoyo: Estomatología

---

<sup>73</sup> Ibidem. Disponible desde:  
[http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016)

## Fundamentación

Cada vez más estudios reportan que existe asociación entre la enfermedad periodontal, los nacimientos prematuros y el bajo peso al nacer. Las mujeres embarazadas que presentan enfermedad periodontal son más propensas a tener partos prematuros y neonatos de bajo peso.

Aparentemente, la enfermedad periodontal estimula el incremento de los niveles de fluidos biológicos que inducen al trabajo de parto y otros estudios además sugieren que cuando la enfermedad periodontal empeora durante el embarazo, hay un mayor riesgo de sufrir un parto prematuro.

## Recomendaciones

- Visitar a su dentista al menos una vez
- Cepille sus dientes y encías cuidadosamente al menos dos veces al día
- Use un cepillo suave y pequeño para evitar las náuseas
- Utilice pasta dental fluorada
- Utilice hilo dental entre los dientes al menos una vez al día
- Use colutorio fluorado diario<sup>74</sup>

---

<sup>74</sup>Juan L. salud oral y embarazo. Odontología preventiva y comunitaria Universidad de Granada. [Internet. [Citado el 03 de oct 2016]. Disponible desde: <http://www.saludoralyembarazo.es/assets/pdf/guia.pdf>

## **Intervención de enfermería**

Orientación sobre riesgo de pérdida de la gestación secundario al consumo de alcohol y tabaco.

## **Fundamentación**

### **Alcohol y embarazo**

Ha sido muy difícil comprender los mecanismos teratogénicos del alcohol, sobretodo porque es muy improbable que solo uno de ellos sea el responsable de los variados efectos observados en el desarrollo embrionario y fetal, como consecuencia de la ingesta de este tóxico. El efecto depende en forma muy importante del momento del desarrollo en que se produce la exposición, ya que hay períodos críticos de vulnerabilidad y se ha descrito daño por alcohol aún en la etapa de preimplantación, incluyendo la exposición de las células paternas. Pero también influye la forma de beber de la embarazada, la dosis, la duración del consumo y la susceptibilidad individual de la madre y del niño, dada probablemente por factores genéticos y nutricionales, aún no claramente identificados.

Por otra parte, es muy difícil establecer las cantidades que constituyen riesgo, porque depende de múltiples factores y se han descrito efectos con ingestas mínimas. El crecimiento intrauterino se afecta más por el consumo continuo; si la exposición es en el primer trimestre del embarazo se produce retardo del crecimiento intrauterino simétrico (peso, talla y circunferencia craneana afectados), si es en el segundo o tercer trimestre compromete más el peso y tiene más posibilidades de recuperación.<sup>75</sup>

---

<sup>75</sup> Sofía M. Exposición fetal a alcohol. [Internet]. Rev Chil Pediatr 2008. [citado el 03 de oct de 2016] 79 Supl (1) 46-50. Disponible desde: <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v79s1/art08.pdf>

El sistema nervioso central se puede ver afectado con cualquier forma de consumo materno, pero se deteriora más con la ingesta de grandes cantidades ocasionales; las células nerviosas no tienen capacidad de recuperación, y las alteraciones estructurales y/o funcionales varían de acuerdo al momento de exposición. Los efectos morfológicos en otros sistemas (especialmente cardíaco, urogenital y musculoesquelético) también son permanentes y dependen del momento de gestación en que son afectados por el alcohol.

Lo anterior se resume al llamado SAF (Síndrome de Alcoholismo Fetal), el cual se define como un defecto congénito permanente causado por el consumo de alcohol durante el embarazo que se caracteriza principalmente por alteración del crecimiento, dismorfia facial y alteración neurológica.<sup>76</sup>

#### Tabaco y embarazo

El monóxido de carbono y la nicotina del humo de tabaco pueden interferir con el suministro de oxígeno al feto. Además, la nicotina cruza fácilmente la placenta y las concentraciones de nicotina en el feto pueden ser hasta 15 por ciento más altas que los niveles maternos. La nicotina se concentra en la sangre fetal, en el líquido amniótico y en la leche materna. La combinación de estos factores puede tener consecuencias graves en los fetos y en los neonatos de las madres fumadoras.<sup>77</sup>

---

<sup>76</sup> Ibídem. Disponible desde: <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v79s1/art08.pdf>

<sup>77</sup> National Institute on Drug Abuse. Adicción al tabaco. [Internet]. [citado el 03 de oct de 2016]. Disponible desde: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/adiccion-al-tabaco/cuales-son-los-riesgos-de-fumar-durante-el-embarazo>

Los efectos adversos del hábito de fumar durante el embarazo incluyen retraso en el crecimiento fetal y bajo peso al nacer. El cual está relacionada con la dosis: mientras más fume la mujer durante el embarazo, mayor es la disminución en el peso natal infantil. El recién nacido también muestra señales de estrés y síntomas del síndrome de abstinencia consistentes con lo que se ha reportado en neonatos expuestos a otras drogas. En algunos casos, el fumar durante el embarazo también puede estar asociado con abortos espontáneos y el síndrome de muerte súbita del lactante (SIDS, por sus siglas en inglés), así como con problemas de aprendizaje y de comportamiento en los niños, además de un riesgo mayor de que sean obesos. Al mismo tiempo, si la madre fuma más de un paquete al día durante el embarazo, casi duplica el riesgo de que el niño afectado se vuelva adicto al tabaco.<sup>78</sup>

## **Intervención de enfermería**

Valoración del bienestar fetal.

## **Fundamentación**

Registro cardiotocográfico

Método utilizado para valorar el bienestar fetal a través de la evaluación de la frecuencia cardíaca fetal, mediante los cambios en la misma se busca identificar a los fetos afectados o potencialmente afectados por la falta de oxígeno.<sup>79</sup>

---

<sup>78</sup> Ibídem. Disponible desde: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/adiccion-al-tabaco/cuales-son-los-riesgos-de-fumar-durante-el-embarazo>

<sup>79</sup>Hospital Materno-Infantil Donostia Unibertsitate Ospitalea / Hospital Universitario Donostia. Guía de Monitorización Fetal Intraparto. [Internet]. [citado el 7 de Jun de 2016]. Disponible desde: [http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd\\_publicaciones/es\\_hdon/adjuntos/Guia\\_Monitorizacion.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd_publicaciones/es_hdon/adjuntos/Guia_Monitorizacion.pdf)

Con el objetivo de detectar resultados fetales deficientes tempranos, que indiquen la necesidad de intervenciones para mejorar las probabilidades de supervivencia de los neonatos.

#### Estimulación vibro-acústica fetal (EVA)

Es una prueba de bienestar fetal, en la que se valoran las modificaciones cardiotocográficas de la frecuencia cardíaca fetal tras la activación de un laringófono aplicado directamente sobre la pared abdominal materna a nivel del polo cefálico fetal. Suele utilizarse en los casos en que el test basal es dudoso o no reactivo, ya que está demostrado que la ausencia de aceleraciones transitorias y las oscilaciones pequeñas en la línea de base pueden ser indicativos de hipoxia cerebral, pero en la mayoría de los casos únicamente indican que el feto se encuentra en una fase de sueño tranquilo<sup>80</sup>

#### Intervención de enfermería

##### Perfil biofísico

#### Fundamentación

El perfil biofísico es una excelente prueba para evaluar el bienestar fetal, basada en la observación ecográfica de los movimientos respiratorios, movimientos corporales, tono muscular y volumen de líquido amniótico, la cual se apoya en el estudio cardiotocográfico que traduce la reactividad de la frecuencia cardíaca fetal.<sup>81</sup>

---

<sup>80</sup> M. Gallo El Al. Control del bienestar fetal ante parto. Métodos biofísicos y bioquímicos. [internet]. [citado el 03 de oct de 2016]. Disponible desde: <http://media.axon.es/pdf/53536.pdf>

<sup>81</sup> Serrano Berrones M Á, Serrano Berrones J R, Beltrán Castillo I, Perfil biofísico para conocer el bienestar fetal. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas 2012;17(300-307). Disponible: <http://www.redalyc.org/pdf/473/47325181010.pdf>

Es un procedimiento de vigilancia de riesgos del producto con base en la valoración conjunta de marcadores agudos y crónicos de fetopatías a través de un monitoreo dinámico que reporta datos morfológicos y morfométricos, así como información de estructuras adyacentes al producto de la concepción, lo cual otorga un marco clínico para tomar la mejor decisión terapéutica.

### **Intervención de enfermería**

Referir a redes de apoyo para la realización de doppler

### **Fundamentación**

Método no invasivo para el estudio del flujo sanguíneo en los vasos fetales.

**Circulación fetoplacentaria:** Su importancia se basa en la posibilidad de hacer un screening del estado de bienestar fetal mediante un estudio de la circulación placentaria.

**Circulación fetal:** La importancia del estudio doppler en la circulación fetal se basa en la relación entre el proceso de la hipoxia fetal y la distribución del flujo sanguíneo; es decir, el fenómeno conocido como centralización del flujo sanguíneo fetal. La circulación fetal puede esquematizarse en tres circuitos: a) circuito central, mediante la valoración de la arteria aorta; b) circuito cerebral, mediante la valoración de las arterias cerebrales, y c) circuito periférico, mediante la valoración de las arterias renal y femoral.<sup>82</sup>

---

<sup>82</sup> M. Gallo El Al. Op cit. Disponible desde: <http://media.axon.es/pdf/53536.pdf>



## V. Mantenimiento entre la actividad y el reposo.

Valoración focalizada:

Nora manifiesta sentirse cansada, que el peso del útero gestante le provoca dolor lumbar, por tal motivo, se le dificulta realizar actividades de la vida cotidiana pues prefiere estar acostada; niega dificultad para conciliar el sueño.

<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>OBJETIVOS</b>
Alteración del bienestar físico materno r/c aumento de tamaño del útero gestante m/p expresión verbal de dolor lumbar, cansancio y dificultad para realizar actividades de la vida cotidiana.	<p data-bbox="922 741 1235 810">AGENTE DE CUIDADO TERAPÉUTICO</p> <ul data-bbox="850 821 1308 898" style="list-style-type: none"><li data-bbox="850 821 1308 898">• Mejorar el bienestar físico de Nora.</li></ul> <p data-bbox="883 972 1276 999">AGENTE DE AUTOCUIDADO</p> <ul data-bbox="850 1024 1308 1150" style="list-style-type: none"><li data-bbox="850 1024 1308 1150">• Nora mejorará su bienestar físico a través de medidas de confort.</li></ul>

Agente de autocuidado: Estudiante de enfermería perinatal

Sistema de enfermería: Parcialmente compensatorio y apoyo educativo

## **Intervención de enfermería**

Realizar acupresión

### **Fundamentación**

Es una técnica o métodos que busca aliviar el dolor o estimular el funcionamiento de órganos internos mediante la presión de puntos en las manos, las plantas de los pies, los pabellones de la oreja y algunas partes específicas del rostro, cambiando los mensajes de dolor que los nervios envían al cerebro.

Es una gran opción para evitar el tratamiento farmacológico.

La estimulación de dichos puntos se logra a través de un masaje profundo en el punto preciso. Es ideal ejercer una presión profunda con la punta de los dedos o los nudillos. La duración de los masajes oscila entre dos y cinco minutos y se pueden repetir hasta tres veces en un día.

La estimulación del punto (LV3), ayuda a aliviar síntomas de estrés, dolor en la espalda, lumbalgia, insomnio y ansiedad. Se encuentra entre los tarsos de los dedos gordo y segundo dedo del pie. Es recomendable que el masaje ejercido sobre este punto sea suave y circular para evitar lesionar los huesos.<sup>83</sup>

## **Intervención de enfermería**

Utilizar escalas de valoración del dolor

---

<sup>83</sup> Manual Básico de Digitopuntura.

## **Fundamentación**

Las escalas de valoración del dolor son métodos clásicos de medición de la intensidad del dolor, y con ellas podemos llegar a cuantificar la percepción subjetiva del dolor por parte del paciente, y ajustar de una forma más exacta las medidas terapéuticas.<sup>84</sup>

## **Intervención de enfermería**

Orientación sobre cambios posturales y mecánica corporal

## **Fundamentación**

La mayoría de las mujeres presentan dolor lumbar durante la gestación debido al aumento de la lordosis que se presenta como mecanismo compensatorio al aumento de peso en la parte anterior del cuerpo. Esta molestia se puede aliviar manteniendo una buena higiene postural:

### **Postura de pie**

**Los pies:** deben estar paralelos y apoyados firmemente en el piso sobre el dedo gordo, el talón y el borde externo del pie. El arco interior no debe apoyarse sobre el piso.

**Las rodillas:** deben estar apenas flexionadas y relajadas. Evitando la tensión y extensión máxima.

**La cintura:** la pelvis no debe estar extendida hacia atrás, debe estar relajada y en pequeña flexión. Una columna muy arqueada es causa de dolores en la región lumbar y en el nervio ciático.

---

<sup>84</sup> Escalas de valoración del dolor. [Internet] [citado el 03 de oct de 2016]. Disponible desde: <http://www.1aria.com/docs/sections/areaDolor/escalasValoracion/EscalasValoracionDolor.pdf>

**La espalda:** debe estar relajada, con los hombros hacia adelante para estirar la zona escapular y relajada.

### **Postura para caminar**

**Los pies:** los pies deben estar paralelos entre sí, evitando caminar con los pies hacia afuera o arrastrándolos, es causa de dolor en la zona lumbar.

**Los zapatos:** utilizar zapatos cómodos, sin tacón o con un máximo de 5 centímetros.

**Las rodillas:** mantener las rodillas apenas flexionadas, la pelvis hacia delante y la columna y espalda rectas, evitando aumentar la curvatura de la cintura hacia adentro.

**Los hombros y brazos:** Camina con los hombros relajados y moviendo tus brazos a los costados de tu cuerpo.<sup>85</sup>

### **Postura para agacharse**

**Rodillas y espalda:** nunca agacharse inclinando el cuerpo hacia delante, es causa de dolor en la región lumbar. Flexiona las rodillas, manteniendo la espalda recta.

**Levantando peso:** flexionando las rodillas y pelvis y manteniendo siempre la columna erecta.

---

<sup>85</sup> Clínica de Rehabilitación. La Higiene Postural en el Embarazo. [Internet] [citado el 03 de oct de 2016]. Disponible desde: <http://www.clinicarehabilitacion.com/articulos/higiene-postural-embarazo.pdf>

## **Postura para sentarse**

**En sillas o sillones:** evitar cruzar las piernas, manteniendo la espalda derecha y los hombros relajados.

## **Postura para acostarse**

**La espalda:** evitar dormir en decúbito dorsal, en su lugar utilizar almohadones que ayuden a estar con la cabeza y la espalda un poco elevada.

Es recomendable que duerma de lado con las rodillas dobladas y una almohada entre las piernas, preferiblemente sobre el lado izquierdo, evitando así la compresión de grandes vasos y favoreciendo la circulación útero-placentaria.

**Al levantarse:** Nunca levantarse de frente. Para levantarse de la cama primero debe rotar hacia uno de los lados y apoyarse en los brazos.

**Uso de almohadones:** hacia el final del embarazo, es recomendable utilizar una almohada entre las piernas. Evitará la sensación de peso en la vagina y favorece la conciliación del sueño.<sup>86</sup>

---

<sup>86</sup> Clínica de Rehabilitación. Op cit. Disponible desde:  
<http://www.clinicarehabilitacion.com/articulos/higiene-postural-embarazo.pdf>

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

Valoración focalizada:

Nora, a pesar de conocer las medidas de seguridad personal no acude a atención médica periódica.

Como antecedentes: 5 parejas sexuales, desconoce si se realizaron circuncisión; niega haber realizado citología cervical, tabaquismo positivo a razón de 3 cigarros al día, suspendido a las 10 SDG.

<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>OBJETIVOS</b>
Déficit de conocimiento r/c privación del autocuidado m/p nula realización de citología cervical, múltiples parejas sexuales y tabaquismo positivo a razón de 3 cigarros al día.	<p style="text-align: center;"><b>AGENTE DE CUIDADO TERAPÉUTICO</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Orientar a Nora sobre su autocuidado.</li></ul> <p style="text-align: center;"><b>AGENTE DE AUTOCUIDADO</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Lograr aplicar medidas que contribuyan a mejorar su autocuidado.</li></ul>

Agente de autocuidado: Estudiante de enfermería perinatal

Sistema de enfermería: Apoyo educativo

## **Intervención de enfermería**

Orientación sobre métodos de autocuidado: citología vaginal

### **Fundamentación**

Mediante la realización de este estudio se pueden detectar infecciones y células cervicales anormales que pueden convertirse en células cancerosas. En la mayoría de los casos, el tratamiento puede evitar que se desarrolle cáncer cervical.

Debe realizarse en mujeres de 25 a 64 años de edad, prioritariamente en quienes nunca se los han realizado o que tengan algunos de los siguientes factores de riesgo:

- Inicio de vida sexual antes de los 18 años.
- Infección por virus del papiloma humano.
- Mujer de 25 a 64 años.
- Múltiples parejas sexuales del hombre y/o de la mujer
- Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual.
- Tabaquismo.
- Desnutrición.
- Deficiencia de antioxidantes.
- Pacientes con inmunodeficiencias.
- Nunca haberse practicado el estudio.<sup>87</sup>

---

<sup>87</sup> Prevención y detección oportuna del cáncer cervico uterino en el primer nivel de atención. [Internet]. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; c2011 [citado el 03 de oct de 2016]. Disponible desde: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/146GER.pdf>

## Recomendaciones previas a la toma

- Durante las 24-48 horas previas a la realización de la citología la mujer debe evitar las duchas vaginales, mantener relaciones sexuales, tomar baños en la bañera y usar tampones. Igualmente deberá evitar usar óvulos, espermicidas y cremas vaginales en los 5 a 7 días previos a la prueba.
- Si el día programado para la realización de la citología la mujer está menstruando, deberá reprogramar la prueba, pues la muestra de células obtenida en esas circunstancias no sería válida.<sup>88</sup>

## Técnica

El procedimiento para lo toma consta de los siguientes pasos:

- Explicar el procedimiento
- Posicionar a l paciente- litotomía
- Colocar espéculo vaginal para visualizar el cérvix
- Toma de muestra del exocérnix
- Toma de muestra del endocérnix
- Extendido de la muestra sobre la laminilla
- Fijación de la muestra

---

<sup>88</sup> Ibidem. Disponible desde: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/146GER.pdf>



## **Intervención de enfermería**

Orientar sobre riesgos relacionados con múltiples parejas sexuales<sup>89</sup>

### **Fundamentación**

Tener múltiples parejas sexuales aumenta considerablemente el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual y la aparición de nuevas y cada vez más preocupantes enfermedades, muchas de ellas con consecuencias irreversibles y mortales.

### **Evaluación**

Nora se muestra receptiva a la información proporcionada y dispuesta a adoptar medidas de autocuidado.

---

<sup>89</sup> Ibidem. Disponible desde: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/146GER.pdf>

## VIII. PLAN DE ALTA

### Alimentación

Dieta normal, evitando el consumo de alimentos irritantes, grasas y comida chatarra; debe aumentar en su dieta: alimentos ricos en hierro (hígado, carnes rojas, frutos secos, huevos, lentejas, espinacas, soja). Alimentos ricos en ácido fólico (espárragos, espinacas, aguacates, tomates, fresas, plátanos), ricos en yodo (sobre todo pescados), ricos en calcio (lácteos) y ricos en fibra.

Los alimentos proteínicos como carne y pescado deben prepararse preferentemente a la plancha, al horno, hervidos o al vapor.

La dieta debe ser:

- Variada.
- Equilibrada.
- Fraccionada (al menos 5 comidas al día).
- Horarios regulares.
- Pobre en grasas saturadas y rica en ácidos grasos esenciales.
- Preferiblemente consuma alimentos frescos y de elaboración sencilla, limitando los precocinados y enlatados.
- Aumente la ingesta de fibra.
- Asegure una adecuada ingesta de lácteos pobre en grasas (desnatados y semidesnatados).<sup>90</sup>

---

<sup>90</sup> Hospital Universitario de Ceuta. Guía de Cuidados en el Embarazo. [Internet] [citado el 03 de oct de 2016]. Disponible desde: <http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Guiacuidadosembarazo.pdf>

## **Líquidos**

Se recomienda la ingesta de 2 litros, aproximadamente 8 vasos de agua natural al día, ya que va a favorecer el tránsito intestinal, evitando el estreñimiento.

## **Higiene**

Baño y cambio de ropa todos los días. Evitar el uso recurrente de productos de higiene íntima, así como las duchas vaginales, debido a que pueden modificar el pH vaginal normal favoreciendo las infecciones.

### Higiene dental

Los dientes y las encías se vuelven más sensibles, se deberán lavar después de cada comida, utilizar cepillo de cerdas pequeños y de cerdas suaves, hilo dental por lo menos una vez al día y si es preciso utilizar dentífricos y colutorios fluorados.

## **Vestido**

Evitar el uso de prendas ajustadas, se recomienda el uso de ropa cómoda y holgada, que eviten la compresión del abdomen.

Utilizar ropa interior de algodón, evitar el uso de prendas de fibras sintéticas.

La ropa interior debe cambiarse todos los días y lavarse con jabón neutro, sin aromatizantes, evitando el uso de cloro y suavizantes.

Utilizar zapatos cómodos, evitando zapatos completamente planos y con exceso de tacón (máximo 5 cm).<sup>91</sup>

---

<sup>91</sup> Ibidem. Disponible desde:

<http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Guiacuidadosembarazo.pdf>

## **Actividad física**

Durante el embarazo va a tener menor tolerancia al ejercicio físico, por eso es conveniente que realice ejercicio moderado de forma regular que le va a proporcionar bienestar físico, mejora en el sueño, la circulación, tono muscular y además evita el excesivo aumento de peso.

Evite realizar ejercicio de contacto como boxeo, kick boxing, etc.

## **Datos de Alarma**

Ante la presencia de uno o más de los signos y síntomas mencionados a continuación, deberá acudir al servicio de urgencias del hospital más cercano a su domicilio.

- Edema
- Cefalea
- Acúfenos
- Fosfenos:
- Sangrado vaginal igual o mayor a una menstruación
- Ruptura de membranas
- Presión arterial mayor o igual a 140/90
- Epigastralgia
- Hipomotilidad fetal
- Actividad uterina
- Fiebre igual o mayor a 38°c <sup>92</sup>

---

<sup>92</sup> Hospital Universitario de Ceuta. Op cit. Disponible desde:  
<http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Guiacuidadosembarazo.pdf>

## **IX. CONCLUSIONES**

Todos los profesionales de enfermería deben conocer, comprender e interpretar hechos y situaciones sociales; además de articular los datos empíricos que se obtienen en el desarrollo de una experiencia práctica con una determinada teoría, que le permita posteriormente, realizar acciones concretas y especializadas de intervención. Considerando lo anterior, el estudio de caso es el instrumento que le ofrece al profesional de enfermería las herramientas necesarias para abordar múltiples y complejas realidades a las que hay que dar respuesta, así como el desarrollo de decisiones, según las características y necesidades de cada persona.

Con la realización del presente estudio de caso se puede concluir que el profesional en enfermería perinatal juega un papel fundamental en la detección oportuna de factores de riesgo y junto con el equipo multidisciplinario, contribuye directamente en la reducción de los índices de morbi-mortalidad materna y perinatal, educando a las gestantes y creando un plan de intervenciones especializadas e individualizadas.

## X.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ama-haurren Ospitalea / Hospital Materno-Infantil Donostia Unibertsitate Ospitalea / Hospital Universitario Donostia. Guía de Monitorización Fetal Intraparto. [Internet]. [citado el 7 de Jun de 2016]. Disponible desde: [http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd\\_publicaciones/es\\_hdon/adjuntos/Guia\\_Monitorizacion.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd_publicaciones/es_hdon/adjuntos/Guia_Monitorizacion.pdf)

Bases Históricas y Teóricas de Enfermería [Internet]. Universidad de Cantabria [citado el 30 de enero de 2016]. Disponible desde: [http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/bases-historicas-y-teoricas-de-la-enfermeria/materiales-de-clase-1/Enfermeria-Tema11\(III\).pdf](http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/bases-historicas-y-teoricas-de-la-enfermeria/materiales-de-clase-1/Enfermeria-Tema11(III).pdf)

Clínica de Rehabilitación. La Higiene Postural en el Embarazo. [Internet] [citado el 03 de oct de 2016]. Disponible desde: <http://www.clinicarehabilitacion.com/articulos/higiene-postural-embarazo.pdf>

Código de Ética para Enfermeras. Ciudad de México. [Citado el 07 de febrero de 2016] disponible desde: [http://www.conamed.gob.mx/prof\\_salud/pdf/codigo\\_enfermeras.pdf](http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/codigo_enfermeras.pdf)

DeCherney A., Laufer N. Diagnóstico y Tratamiento Gineco-obstétrico. 11ª ed. México. Mc Graw Hill. 2014

Derechos Generales de los Pacientes. Ciudad de México. [Citado el 7 de febrero de 2016] disponible desde: [http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/cartas/pdf/POSTER\\_PACIENTES\\_2014.pdf](http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/cartas/pdf/POSTER_PACIENTES_2014.pdf)

Derechos Sexuales y Reproductivos. Ciudad de México. [citado el 7 de febrero de 2016]. Disponible desde: <http://www.planificanet.gob.mx/index.php/derechos-reproductivos/derechos-reproductivos/cuales-son.php>

Diagnóstico y Manejo del Embarazo Múltiple, [Internet]. México: Secretaría de Salud; c2013 [citado el 03 de noviembre 2015]. Disponible desde:

[http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS\\_628\\_13\\_EMBARAZOMULTIPLE/628GER.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS_628_13_EMBARAZOMULTIPLE/628GER.pdf)

Escalas de valoración del dolor. [Internet] [citado el 03 de oct de 2016]. Disponible desde:

<http://www.1aria.com/docs/sections/areaDolor/escalasValoracion/EscalaSValoracionDolor.pdf>

González J. Et.al. Obstetricia. 6ta ed. Barcelona: Elsevier; c2013: pp 269-271, 273

DeCherney A., Laufer N. Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétrico. 11ª ed. México. Mc Graw Hill. 2014.

Hospital Universitario de Ceuta. Guía de Cuidados en el Embarazo. [Internet] [citado el 03 de oct de 2016]. Disponible desde:

<http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Guiacuidadosembarazo.pdf>

Juan L. salud oral y embarazo. Odontología preventiva y comunitaria Universidad de Granada. [Internet. [Citado el 03 de oct 2016]. Disponible desde: <http://www.saludoralyembarazo.es/assets/pdf/guia.pdf>

Kérouack S, Et. Al. El pensamiento enfermero. 1ª ed. España; pp 3-18

Kozier B, Et. Al. Fundamentos de Enfermería. 7ª ed. Madrid: McGraw-Hill; c2008.

Kurjak A, Chervenak F. Ecografía en Ginecología y Obstetricia. 2ª ad. México: Médica Panamericana; c2009. 473 p.

La violencia obstétrica: otra forma de violación a los Derechos Humanos [Internet]. [Citado el 7 de feb 2016]. Disponible desde: [http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista\\_7/Art2-BelliR7.pdf](http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_7/Art2-BelliR7.pdf)

Lidia M, Georgina O. El paradigma de la transformación en el actuar de la enfermería [Internet]. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2011 [citado el 5 de Jun de 2016]; 19 (2): 105-108. Disponible desde: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2011/eim112h.pdf>

López Díaz, Alaba. Perspectiva Internacional del Uso de la teoría General de Orem. En Revista Investigación y Educación en Enfermería, Medellín, Vol. XXIV N°2, 2006. Universidad de Antioquia. P. 92

Manual CTO de Enfermería, 4ª ed. CTO Medicina S.L, Madrid España, 2007

Marriener A, Taylor S. Modelos y Teorías de Enfermería. 6a ed. España, Elsevier-Mosby; c2007; 267-268p

M. Gallo El Al. Control del bienestar fetal ante parto. Métodos biofísicos y bioquímicos. [internet]. [citado el 03 de oct de 2016]. Disponible desde: <http://media.axon.es/pdf/53536.pdf>

National Institute on Drug Abuse. Adicción al tabaco. [Internet]. [citado el 03 de oct de 2016]. Disponible desde: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/adiccion-al-tabaco/cuales-son-los-riesgos-de-fumar-durante-el-embarazo>

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. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. [Internet]. México: Secretaría de Salud; c2016 [citado el 30 de mayo 2016]. Disponible desde: [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016)



Pilar V, Jorge B, Jorge C. Pautas de Manejo Clínico de Embarazos Gemelares [Internet]. 2009. [citado el 31 de octubre de 2015]: p 52 .Disponible desde:  
<http://www.revistaobgin.cl/files/pdf/revsochog-2009-74-1-52-680.pdf>

Prevención y detección oportuna del cáncer cervico uterino en el primer nivel de atención. [Internet]. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; c2011 [citado el 03 de oct de 2016]. Disponible desde:  
<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/146GER.pdf>

Rivera L. Autocuidado y Capacidad de Agencia de Autocuidado, en Revista Avances en Enfermería. Jul-Dic 2006 Vol. XXIV, Universidad Nacional de Colombia p. 92

Serrano Berrones M Á, Serrano Berrones J R, Beltrán Castillo I, Perfil biofísico para conocer el bienestar fetal. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas 2012;17(300-307). Disponible:  
<http://www.redalyc.org/pdf/473/47325181010.pdf>

Sisca R. Teoría General de Enfermería de Orem, Editorial Doyma p.29 (tabla 31.2)

Sofía M. Exposición fetal a alcohol. [Internet]. Rev Chil Pediatr 2008. [citado el 03 de oct de 2016] 79 Supl (1) 46-50. Disponible desde:  
<http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v79s1/art08.pdf>

Teoría del Déficit de Autocuidado: Interpretación desde los elementos conceptuales [Internet]. [citado el 30 de enero de 2016] . Disponible desde:  
<https://www.google.com.mx/search?q=teoria+del+deficit+de+autocuidado+revista+ciencia+y+cuidado>

Towle. Asistencia de Enfermería Materno Neonatal. 1ra ed. Pearson; c2010.

Victoria C, Mildred G. Enfermería como Disciplina [Internet]. [citado el 5 de Jun de 2016]; 6 (6): pp 73-81. Disponible desde: [http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista\\_colombiana\\_enfermeria/volumen6/enfermeria\\_disc.pdf](http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen6/enfermeria_disc.pdf)

Yurima D, Rosa A. La Mortalidad Infantil, Indicador de Excelencia. [Internet] 2008, Mar. [citado el 02 de febrero de 2016]. Disponible desde: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol24\\_2\\_08/mgi08208.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol24_2_08/mgi08208.htm)

# **XI.- ANEXOS**

### **11.1 NORMA OFICIAL MEXICANA 007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.**

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

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

El parto en función de la edad gestacional se clasifica en:

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

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

**Nacimiento con producto postérmino:** al que ocurre a las 42 semanas completas o más (294 días o más) de gestación.<sup>93</sup>

---

<sup>93</sup>Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 Op cit. Disponible desde: [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016)



## 11.2 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.- CARACTERISTICAS DE LA FAMILIA.

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

### 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 APORTE SUFICIENTE DE AIRE.**

1. HABITOS DE SALUD:

Higiene de fosas nasales  Cada cuando \_\_\_\_\_ Convive con fumadores:   Fuma   Cuantos cigarrillos 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 APORTE 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 c/comida?				
Horarios				

## 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   No tiene caries:   No dientes flojos:   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:   No ¿Cuáles?: \_\_\_\_\_

Ingiere algo para mejorar su eliminación:   No ¿qué? \_\_\_\_\_

Vesical: (describir características y frecuencia) \_\_\_\_\_

Ha presentado problemas en la eliminación vesical:   No ¿Cuáles?: \_\_\_\_\_

¿Ingiere algo para mejorar su eliminación?:   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?   No ¿cómo lo resuelve? \_\_\_\_\_

Duerme durante el día:   No Cuanto tiempo: \_\_\_\_\_

### 2. REVISIÓN POR SISTEMAS

Sistema músculo esquelético: \_\_\_\_\_ tono muscular: \_\_\_\_\_

Gama de movimientos \_\_\_\_\_ Dolor   No Fatiga   No Rigidez   No Tumefacción o Deformaciones:   No

Sistema neurológico: Estado de conciencia \_\_\_\_\_ Entumecimiento   No

Hormigueos   No Sensibilidad al: Calor   No Frío   No Tacto   No Mób. Anormales   No Parálisis   No

Vértigo   No Cefalea   No Alteraciones de la memoria   No Reflejos   No Observaciones:

## 6. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCION SOCIAL.

### 1. HABITOS DE SALUD

Comunicación verbal: Directa  Abierta  Clara  Evasiva  Barreras idiomáticas  tartamudeos

Comunicación no verbal  Contacto visual  Lenguaje corporal \_\_\_\_\_ Gestos

tono de voz \_\_\_\_\_ Mecanismos de defensa   No Negación  Inhibición

Agresividad  Hostilidad

Interacciones sociales: Pertenece a algún grupo social, deportivo o cultural.   No

¿Cuál? \_\_\_\_\_

**2. REVISIÓN POR SISTEMAS**

**Oído:** Dolor   Secreción   Aumento o disminución de Audición    
 Acúfenos    
**Ojos:** Dolor   Lagrimeo   Secreción   características:  
 Simetría \_\_\_\_\_ Pupilas \_\_\_\_\_ Edema    
**Vista:** alteraciones de la visión: \_\_\_\_\_ Lentes de corrección    
 fosfenos   Nictalopia   Daltonismo

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

a) Prácticas de Seguridad Personal: ¿Conoce las medidas de prevención de accidentes?    
 trabajo   casa   calle   Observaciones: \_\_\_\_\_  
 ¿Acostumbra realizar revisiones de salud periódicas recomendados para cada edad y medidas terapéuticas?    
 Papanicolau (tiempo y resultado) \_\_\_\_\_ Mamografía (tiempo y resultado) \_\_\_\_\_  
 Dentista: \_\_\_\_\_ Oculista: \_\_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_  
 ¿Conoce las medidas de autocontrol para prevenir enfermedades?    
 ¿Cuáles? \_\_\_\_\_ ¿De qué manera maneja las situaciones de tensión en su vida? Auto enfado  Enfado con los demás  Culpa a otros  
 Habla con las personas  Ansiedad  Reza  Lectura  Escucha música  Baja autoestima  
 Sumisión  Deportes  Otro \_\_\_\_\_ ¿Ha sufrido algún cambio físico que haya alterado su auto imagen?    
 ¿Cuál? \_\_\_\_\_ Consumé... Drogas   Alcohol   Tabaco   Café   Tè   Bebidas de cola   Alimentos chatarra   medicamentos   ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

b) Concepto de su imagen. \_\_\_\_\_ Espiritualidad \_\_\_\_\_

**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.**

1. HABITOS DE SALUD  
 ¿Cada cuando se baña? \_\_\_\_\_ Cambio de ropa: \_\_\_\_\_ Aseo bucal: \_\_\_\_\_ Aseo perineal \_\_\_\_\_  
 ¿Cuándo se lava las manos?: \_\_\_\_\_ ¿Qué significa para usted la limpieza? Buena imagen corporal  Buen estado emocional  Relación o comunicación con los demás \_\_\_\_\_  
 Productos usados para higiene personal \_\_\_\_\_

2. REVISIÓN POR APARATOS Y SISTEMAS  
**Piel:** Erupción   heridas   Turgente   Protuberancias   Masas    
 Cambio de color   Cambio de olor   **Pelo:** Distribución \_\_\_\_\_  
 Cantidad \_\_\_\_\_ Parásitos \_\_\_\_\_ **Uñas:** Aspecto general \_\_\_\_\_  
**Mamas:** Simetría \_\_\_\_\_ Tipo de Pezón \_\_\_\_\_ Secreciones \_\_\_\_\_ Ganglios \_\_\_\_\_ Masas \_\_\_\_\_ dolor \_\_\_\_\_  
**Genitales:** Aspecto General \_\_\_\_\_

**REQUISITOS DE AUTO CUIDADO SEGÚN LAS ETAPAS DE DESARROLLO**

MENARCA	RITMO	DISMENORREA	GESTA	P	C	A	O	E



### 1. DESCRIPCIÓN GINECOLOGICA

IVSA	NPS	Circuncidados	Infecciones ginecológicas (Tratamiento)	Citología vaginal (Último) resultado.	Cirugía gineco	Sangrado anormal	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	Medicamento	Tratamiento

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

**Número 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 GABINETE:

## 11.3 EMBARAZO MÚLTIPLE

### Epidemiología

La incidencia de embarazos múltiples ha aumentado notablemente en las dos últimas décadas debido a la creación y difusión creciente de las técnicas de reproducción asistida.

La gestación múltiple representa el 1-2% de todas las gestaciones; este porcentaje varía notablemente en diferentes áreas según la difusión de las técnicas de reproducción asistida.

### Cigoidad

Los gemelos se clasifican en dicigóticos o gemelos fraternos y monocigóticos o gemelos idénticos.

**Gemelos fraternos o Dicigóticos:** se debe a la fecundación de dos óvulos por dos espermatozoides. Cada uno de estos óvulos fecundados dará lugar a un feto a través de un proceso de desarrollo similar al de un feto único.

En los embarazos de gemelos fraternos existen dos coriones y dos amnios.

**Gemelos idénticos o Monocigóticos:** se desarrollan a partir de un óvulo fecundado. Su constitución genética es idéntica, por lo que presentan un mismo sexo.

Los gemelos idénticos pueden formarse en distintas etapas del desarrollo inicial cuando el cigoto posee ya varios miles de células.<sup>94</sup>

---

<sup>94</sup> Towle M.A. Opcit Pp 171-172

La formación normal de los embriones requiere una separación completa de la masa celular en dos partes. Sin embargo, la separación incompleta puede dar lugar a gemelos siameses.

Cuando la separación de la masa celular acontece al largo de los 3 primeros días del desarrollo embrionario, antes de la formación de la masa celular interna y el corion, se crearán dos embriones, dos coriones y dos amnios. Si la separación tuviera lugar unos 5 días después de la formación del corion, se formarían dos embriones dotados de sacos amnióticos independientes.

Si la masa celular se divide entre los días 7 y 13 tras la formación del amnios, ambos embriones se rodearían de un amnios y un corion.

Desde el punto de vista clínico, es importante manejar la siguiente nomenclatura:

**Embarazos gemelares bicoriales:** cada feto tiene su placenta y saco amniótico.

**Embarazos gemelares monocoriales-biamnióticos:** ambos fetos comparten una placenta, pero tienen distintas bolsas amnióticas.

**Embarazos monocoriales-monoamnióticos:** ambos fetos comparten la placenta y saco amniótico.<sup>95</sup>

---

<sup>95</sup>Diagnóstico y Manejo del Embarazo Múltiple. Op cit. Disponible desde:  
[http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS\\_628\\_13\\_EMBARAZOMULTIPLE/628\\_GER.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS_628_13_EMBARAZOMULTIPLE/628_GER.pdf)

## **Relevancia clínica de la cigosidad**

La malformación más frecuente de la gestación humana no ocurre en el feto, sino en la placenta. Hasta en una de cada 300 gestaciones los fetos comparten una placenta originada de un mismo cigoto, situación que representa en este sentido la misma de los siameses, pero a nivel placentario. La unión puede ser mayor o menor, pero siempre va a existir una conexión vascular entre los dos sistemas, lo que condiciona un riesgo fetal anormalmente elevado con respecto a la placentación bicorial.

Se estima que cerca del 30% de los neonatos de embarazos monocoriales presenta signos compatibles con lesión cerebral, mientras que sólo sucede en el 3% de los bicoriales.

La elevada morbilidad que representan este tipo de gestaciones se debe a las anastomosis vasculares placentarias, además de otros factores agregados como el reparto desigual de placenta y el incremento en la incidencia de malformaciones.

## **Diagnóstico**

El diagnóstico inicial de un embarazo múltiple debe tener como prioridad la determinación de la cigosidad., la cual debería establecerse, idealmente, antes de las 15 semanas, cuando los signos ecográficos tienen una sensibilidad y especificidad cercanas al 100%.

Por ecografía vaginal antes de las 11 semanas, la observación de dos sacos amnióticos y espacio extracelómico único con dos vesículas vitelinas, es diagnóstica de monocorionicidad.<sup>96</sup>

---

<sup>96</sup> González J. Et.al. Obstetricia. 6ta ed. Barcelona: Elsevier; c2013: pp 269-271, 273

Al contrario, la visualización de dos imágenes de corion envolvente que separan dos embriones con vesícula vitelina en cada saco corial es diagnóstica de gestación bicorial.

De la semana 11 a las semanas 14-15, cuando los dos sacos ya contactan claramente y la membrana interfetal se adelgaza progresivamente, el diagnóstico se establece por la forma que muestra la unión de la membrana interfetal con la pared uterina. La presencia de corion entre las dos membranas amnióticas deriva en la gestación bicorial en un signo característico en forma de “V” invertida, llamado signo delta. Al contrario, la ausencia de corion entre las dos membranas amnióticas en forma de “T” invertida, o signo T, en la gestación monocorial.

Estos signos se observan en el 100% de ambos tipos de gestación hasta aproximadamente la semana.

### **Riesgos maternos y obstétricos de la gestación gemelar**

El principal riesgo de una gestación múltiple es la prematuridad, que es la responsable de una importante proporción de malos resultados perinatales. Comprensiblemente, la tasa de prematuridad de la gestación múltiple varía enormemente en función del área geográfica y el nivel socioeconómico, sin embargo, incluso en áreas desarrolladas es importante establecer protocolos específicos para mejorar la elevada tasa de prematuridad.

Así mismo, las gestaciones múltiples se asocian con un aumento en la incidencia de anemia materna. Aunque el volumen sanguíneo se aumenta en las gestaciones múltiples, a menudo se presenta anemia materna debida a la creciente demanda de hierro de los fetos.<sup>97</sup>

---

<sup>97</sup> Ibidem. Pp 269-271, 273

No obstante, la anemia anterior, una dieta deficiente y la mala absorción, pueden preceder o complicar la deficiencia de hierro durante la gestación.

La infección de vías urinarias tiene una frecuencia de al menos el doble en los embarazos múltiples que en los embarazos únicos a causa de un aumento en la dilatación ureteral secundaria a elevaciones en progesterona sérica y la presión uterina sobre los uréteres.

La preeclampsia-eclampsia sucede cerca de tres veces más en las gestaciones múltiples que en las únicas.

La placenta previa se presenta con frecuencia debido al gran tamaño de las placentas, y puede causar sangrado prenatal, presentación anómala o falta de encajamiento del primer feto.

La atonía uterina con frecuencia se acompaña de pérdida excesiva de sangre posparto a causa de la incapacidad del útero distendido para contraerse de manera adecuada y permanecer contraído después del parto.

Por último, las pruebas de tolerancia a la glucosa demuestran que las tasas tanto de diabetes gestacional como de hipoglucemia gestacional son mucho mayores en embarazos múltiples, todo esto debido al origen del lactógeno placentario humano, que provoca resistencia a la insulina.<sup>98</sup>

### **Complicaciones fetales**

Las tasas de morbilidad y mortalidad perinatales aumentan en los embarazos múltiples, sobre todo a causa de partos prematuros y sus complicaciones, es decir, traumatismos o asfixia. La incidencia de aborto espontáneo de al menos uno de varios fetos se aumenta en los embarazos múltiples.

---

<sup>98</sup> ibídem. Pp 269-271, 273

Las causas comunes de muerte fetal son anomalías del desarrollo, restricción del crecimiento fetal, compresión del cordón umbilical o trastornos placentarios.

La ruptura de membranas, el trabajo de parto y nacimiento prematuro, casi siempre con una larga fase prodrómica, son sucesos comunes en los embarazos múltiples. La edad gestacional promedio es de 36-37 semanas; hasta el momento, los esfuerzos por reducir la incidencia de prematuridad carecen de éxito. Con frecuencia el parto pre término es consecuencia de la ruptura de membranas, que sucede en alrededor del 25% de todos los embarazos gemelares.

También se ha encontrado mayor riesgo de parálisis cerebral en los gemelos, en especial en neonatos de muy bajo peso al nacer y en gemelos sobrevivientes de fetos muertos in útero.

El prolapso del cordón umbilical tiene una frecuencia 5 veces mayor en embarazos múltiples.

Las presentaciones anómalas son más frecuentes en este tipo de embarazos. Casi el 50% de los casos tendrán una presentación cefálica, poco más del 33% un gemelo tendrá presentación cefálica y el otro presentación de nalgas, cerca del 10% ambos gemelos tendrán presentación caudal o transversa.<sup>99</sup>

### **Control y asistencia al parto**

El parto gemelar representa sin duda, y por razones obvias, un riesgo muy superior al del parto único.

---

<sup>99</sup>DeCherney A., Laufer N. Diagnóstico y Tratamiento Gineco-obstétrico. 11ª ed. México. Mc Graw Hill. 2014.

La conducta más adecuada que se debe seguir va a estar influenciada por diversas variables que pueden modificar sustancialmente las decisiones a seguir, entre ellas, la edad gestacional, el peso fetal estimado, la presentación de ambos fetos, así como la disposición y entrenamiento del equipo obstétrico.

En general, el parto gemelar presenta un aumento significativo del riesgo de hemorragia, desprendimiento de placenta y traumatismo del canal de parto. Lógicamente, el índice de cesáreas es superior y el riesgo para el segundo feto es mayor.

### **Decisión de la vía de parto**

Ésta decisión debe tomarse en función de la edad gestacional, del peso fetal estimado y de la presentación de ambos fetos.

La presentación puede ser agrupada en tres grandes categorías:

**Ambos fetos en presentación cefálica:** Constituye el 40-45% de todos los embarazos gemelares, y en ausencia de indicación obstétrica para la cesárea, la vía vaginal puede ser suficientemente segura, con la adecuada monitorización del parto.

**Primer feto en presentación cefálica y segundo feto en presentación pélvica o transversa:** Ocurre en el 35-40% de todos los embarazos gemelares.

Deben diferenciarse dos situaciones:

Peso fetal estimado inferior a 1.500g. Generalmente debe practicarse cesárea para minimizar el riesgo de lesión al segundo feto en la extracción podálica.<sup>100</sup>

Peso fetal estimado superior a 1.500g. No existe una decisión unánime sobre la conducta a realizar. En general, la mayoría de los autores

---

<sup>100</sup> González J. op cit. Pp 269-271, 273



consideran razonable afrontar el parto vaginal. La cesárea sistemática no parece garantizar mejores resultados perinatales, y el parto pélvico del segundo feto puede ser una mejor alternativa sin empeorar los resultados perinatales; sin embargo, la selección del modo de parto depende en gran medida del entrenamiento del equipo médico en la asistencia del parto pélvico, pues ante la falta de experiencia para la práctica de dicha intervención obstétrica, la opción más razonable será la práctica de una cesárea electiva.

**Primer feto en presentación no cefálica:** Ocurre en el 15-20% de todos los embarazos gemelares. La conducta de elección en la mayoría de los centros es la operación cesárea. <sup>101</sup>

---

<sup>101</sup>Ibidem. Pp 269-271, 273

## 11.4 MONITORIZACIÓN CARDIOTOCOGRÁFICA

Es el método más común para determinar el bienestar fetal a través de la valoración de la frecuencia cardíaca; mediante los cambios en la misma se busca identificar a los fetos afectados, o potencialmente afectados por la falta de oxígeno.

Al realizar la valoración de un registro cardiotocográfico (RCTG) se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Contracciones uterinas
- Frecuencia cardíaca fetal basal
- Variabilidad
- Aceleraciones
- Deceleraciones

**Contracciones uterinas:** las contracciones se cuantifican en una ventana de 10 minutos, promediando a lo largo de un periodo de 30 minutos.

- Normal: 3-5 contracciones en 10 minutos
- Polisistolia: >5 contracciones en 10 minutos

**Patrones de frecuencia cardíaca fetal (FCF):** los patrones de FCF se definen por las características de la línea de base, variabilidad, aceleraciones y deceleraciones.<sup>102</sup>

---

<sup>102</sup> Ama-haurren Ospitalea / Hospital Materno-Infantil Donostia Unibertsitate Ospitalea / Hospital Universitario Donostia. Guía de Monitorización Fetal Intraparto. [Internet]. [citado el 7 de Jun de 2016]. Disponible desde: [http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd\\_publicaciones/es\\_hdon/adjuntos/Guia\\_Monitorizacion.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd_publicaciones/es_hdon/adjuntos/Guia_Monitorizacion.pdf)

La **línea de base de la FCF** se determina cuando ésta es estable durante un periodo de 10 minutos, excluyendo las aceleraciones y deceleraciones. Debe haber segmentos de la línea de base identificable de al menos 2 minutos (no necesariamente contiguos) en un periodo de 10 minutos.

La línea de base normal se encuentra entre 120-160 latidos por minuto (lpm). Se considera bradicardia cuando la línea de base es menor de 120 lpm y taquicardia cuando la línea de base es superior a 160 lpm.

La **variabilidad** se determina en un periodo de 10 minutos, excluyendo aceleraciones y deceleraciones. La variabilidad es la diferencia entre latido y latido. Se clasifica de la siguiente manera:

Ausente: amplitud indetectable.

Mínima: <5 lpm.

Moderada: 6-25 lpm.

Marcada: >25 lpm.

**Aceleraciones:** elevaciones transitorias de la FCF de al menos 15 lpm y duración mínima de 15 segundos, aunque menor de dos minutos. Si la duración es mayor de 10 minutos se considera un cambio de la línea de base.

**Deceleraciones:** episodios transitorios de disminución de la FCF por debajo de la línea de base. <sup>103</sup>

---

<sup>103</sup> *Ibidem*. Disponible desde:

[http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd\\_publicaciones/es\\_hdon/adjuntos/Guia\\_Monitorizacion.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd_publicaciones/es_hdon/adjuntos/Guia_Monitorizacion.pdf)

En función de su morfología y relación con la contracción pueden ser:

**Deceleraciones precoces:** son uniformes, repetitivas, de forma especular a la contracción, comienza precozmente con la contracción y regresa a la línea de base al final de la misma. Su amplitud no supera los 20-30 latidos por minuto, ni desciende por debajo de los 100 lpm; su duración es menor de 120 segundos y proporcionales a la intensidad de la contracción.

**Deceleraciones tardías:** al igual que las precoces son una imagen especular de la contracción, pero a diferencia de estas, presentan un retraso o decalaje mayor de 20 segundos en relación al pico de la contracción, finalizando después de ésta. Son el reflejo de una respuesta vagal de los quimiorreceptores ante la hipoxia, de modo que cuanto más intensa es la hipoxia, mayor su amplitud.

**Deceleraciones variables:** son descensos intermitentes, con una configuración diferente entre cada una de las deceleraciones, con un comienzo y fin rápidos. La relación en el tiempo con la contracción es variable, puede ocurrir de forma aislada, aunque habitualmente coinciden con la dinámica.

**Deceleración prolongada:** es un descenso brusco en la FCF a niveles por debajo de la línea de base al menos durante 2 minutos y menos de 10 minutos. Cuando la duración es mayor de 10 minutos se considera un cambio en la línea de base.<sup>104</sup>

---

<sup>104</sup> *Ibidem*. Disponible desde:  
[http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd\\_publicaciones/es\\_hdon/adjuntos/Guia\\_Monitorizacion.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd_publicaciones/es_hdon/adjuntos/Guia_Monitorizacion.pdf)

**Patrón sinusoidal:** Es un patrón muy poco frecuente que se define como una línea de base de la FCF en forma de ondas, lisa, con 3-5 ondas por minuto y que persiste  $\geq 20$  minutos.

## **Categorización de la Monitorización Cardiotocográfica**

### **Categoría I**

Los trazos categoría I son normales.

Son firmemente predictivos de estado ácido-base fetal normal en el momento de la observación. No precisan controles especiales y basta con observación rutinaria.

La categoría I incluye todo lo siguiente:

- Línea de base: 120-160 lpm
- Variabilidad moderada.
- Deceleraciones tardías o variables: ausentes.
- Deceleraciones precoces: presentes o ausentes.
- Aceleraciones: presentes

### **Categoría II**

Los trazos Categoría II son indeterminados.

No son predictivos de estado ácido-base fetal anormal; actualmente aún no hay adecuada evidencia para clasificarlos como Categoría I o Categoría III.<sup>105</sup>

---

<sup>105</sup> Ibídem. Disponible desde:

[http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd\\_publicaciones/es\\_hdon/adjuntos/Guia\\_Monitorizacion.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd_publicaciones/es_hdon/adjuntos/Guia_Monitorizacion.pdf)

Estos trazos exigen evaluación y vigilancia continua, tomando en consideración las circunstancias clínicas asociadas.

La categoría II incluye cualquiera de los trazos siguientes:

- Bradicardia no acompañada de ausencia de variabilidad / Taquicardia
- Variabilidad mínima / Ausencia de variabilidad no acompañada de deceleraciones recurrentes.
- Ausencia de aceleraciones inducidas tras estimulación fetal.
- Deceleraciones variables recurrentes acompañadas de variabilidad mínima o moderada.
- Deceleración prolongada.
- Deceleraciones tardías recurrentes con variabilidad moderada.
- Deceleraciones variables con " otras características", como retorno lento a la línea de base, aceleraciones pre y post deceleración, y aceleración prolongada post-deceleración ("overshoot").

### **Categoría III**

Los trazos de Categoría III son anormales.

Son predictivos de estado ácido-base fetal anormal en el momento de la observación.<sup>106</sup>

Exigen evaluación rápida.

---

<sup>106</sup> Ibidem. Disponible desde:

[http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd\\_publicaciones/es\\_hdon/adjuntos/Guia\\_Monitorizacion.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd_publicaciones/es_hdon/adjuntos/Guia_Monitorizacion.pdf)

Dependiendo de la situación clínica, los esfuerzos por resolver el patrón anormal de FCF pueden incluir, pero no únicamente, administración de oxígeno a la madre, cambio de posición materna, suspensión de la estimulación y tratamiento de la hipotensión materna.

La Categoría III incluye cualquiera de los trazos siguientes:

- Ausencia de variabilidad.
- Deceleraciones tardías recurrentes.
- Deceleraciones variables recurrentes.
- Bradicardia.
- Patrón sinusoidal.

### **Interpretación de la Monitorización Electrónica Fetal (MEF)**

El objetivo de la MEF es intentar valorar la oxigenación fetal. La oxigenación fetal engloba la transferencia de oxígeno desde el entorno al feto y la respuesta fisiológica fetal si se interrumpe la transferencia de oxígeno.

Hay tres principios básicos para interpretar la FCF:

- Toda deceleración clínicamente significativa (variable, tardía, o prolongada) refleja una interrupción de la transferencia de oxígeno desde el entorno al feto, en uno o más puntos.<sup>107</sup>

---

<sup>107</sup> *Ibidem*. Disponible desde:

[http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd\\_publicaciones/es\\_hdon/adjuntos/Guia\\_Monitorizacion.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd_publicaciones/es_hdon/adjuntos/Guia_Monitorizacion.pdf)

El oxígeno es transportado desde el entorno al feto por medio de la sangre materna y fetal a través de una vía que incluye los pulmones maternos, el corazón, los vasos, el útero, la placenta y el cordón umbilical. La interrupción del camino del oxígeno en uno o más puntos puede dar lugar a deceleraciones de la FCF. La interrupción del oxígeno por compresión del cordón umbilical puede dar lugar a deceleraciones variables. Una disminución de la perfusión placentaria durante la contracción puede dar lugar a deceleraciones tardías. Una interrupción en cualquier punto del camino puede dar lugar a una deceleración prolongada. Aunque las deceleraciones variables, tardías y prolongadas tienen un mecanismo fisiológico levemente diferente, todas ellas tienen un elemento común desencadenante: la interrupción del camino del oxígeno en uno o más puntos.

- La variabilidad moderada y/o las aceleraciones, predicen fiablemente la ausencia de acidemia fetal metabólica en el momento de la observación. La interrupción de la oxigenación fetal puede dar lugar a una lesión hipóxica neurológica fetal.

El camino que va desde una oxigenación fetal normal a una potencial lesión hipóxica incluye una serie de etapas fisiológicas.

La primera etapa, hipoxemia, se define como la disminución del contenido de oxígeno en la sangre. La hipoxemia puede llevar a una disminución del contenido de oxígeno en los tejidos, denominada hipoxia.<sup>108</sup>

---

<sup>108</sup> *Ibidem*. Disponible desde:

[http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd\\_publicaciones/es\\_hdon/adjuntos/Guia\\_Monitorizacion.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd_publicaciones/es_hdon/adjuntos/Guia_Monitorizacion.pdf)



La hipoxia tisular puede provocar metabolismo anaeróbico, producción de ácido láctico, y acidosis metabólica en los tejidos. Eventualmente, el pH de la sangre puede caer, dando lugar a acidemia metabólica.

El año 2008, el National Institute of Child Health and Human Development Planning Workshop identificó 2 características de la FCF que predicen fiablemente la ausencia de acidemia metabólica: la variabilidad moderada y las aceleraciones.

- La interrupción aguda de la oxigenación fetal no produce lesión neurológica si no hay acidemia metabólica fetal significativa. La acidemia fetal metabólica significativa (pH en arteria umbilical < 7.0; déficit de base  $\geq$  12 mmol/L) es una precondition esencial para la lesión neurológica hipóxica aguda en forma de parálisis cerebral.

Como se mencionó anteriormente, se pensó originalmente que la cardiotocografía sería de gran valor para detectar resultados fetales deficientes tempranos, que indiquen la necesidad de intervenciones para mejorar las probabilidades de supervivencia de los neonatos. Sin embargo, una mala interpretación/ errores asociados a la interpretación, puede dar lugar a la utilización de intervenciones innecesarias e inadecuadas.<sup>109</sup>

---

<sup>109</sup> Ibídem. Disponible desde:

[http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd\\_publicaciones/es\\_hdon/adjuntos/Guia\\_Monitorizacion.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd_publicaciones/es_hdon/adjuntos/Guia_Monitorizacion.pdf)

## 11.5 PLATO DEL BIEN COMER



La alimentación correcta debe ser:

**Completa:** Que incluyas por lo menos un alimento de cada grupo en cada desayuno, comida y cena.

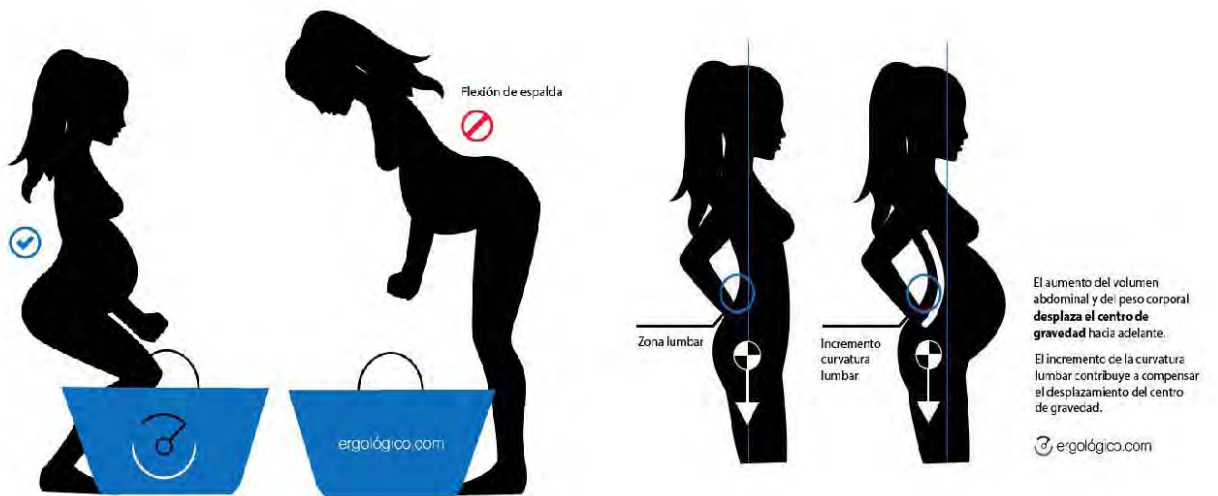
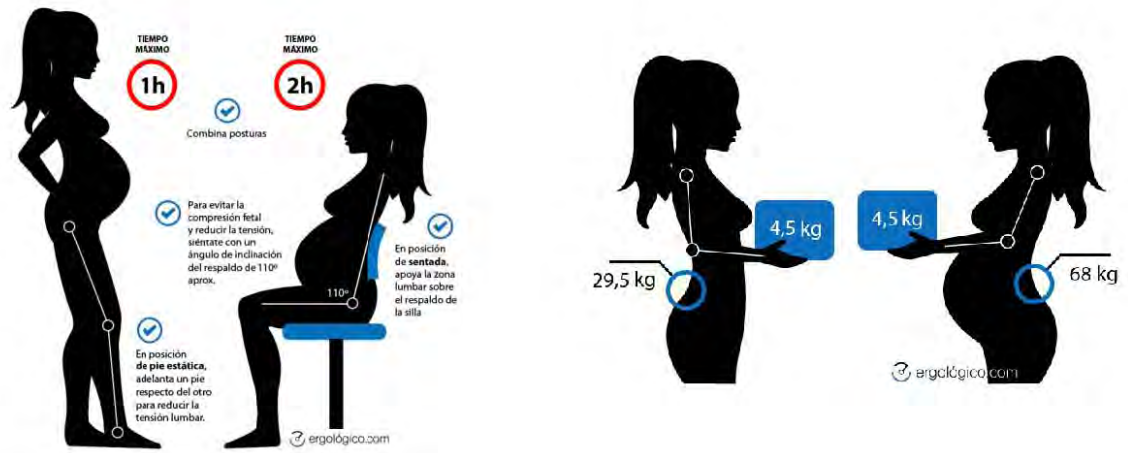
**Equilibrada:** Que los nutrientes guarden las proporciones, entre sí al integrar en el desayuno, comida y cena alimentos de los tres grupos.

**Suficiente:** Para cubrir las necesidades nutricionales de cada persona de acuerdo a edad, sexo, estatura, actividad física o estado fisiológico.

**Variada:** Que incluya diferentes alimentos de los tres grupos en cada tiempo de comida. Higiénica. Que se preparen, sirvan y consuman con limpieza.

**Adecuada:** A los gustos, costumbres y disponibilidad de los mismos

## 11.6 MECÁNICA CORPORAL



## 11.7 PUNTOS DE ACUPRESIÓN

