



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ESTUDIO DE CASO A MULTIGESTA CON DEFICIT DE AUTOCUIDADO
ENFOCADO EN EL MODELO OBSTÉTRICO

ESTUDIO DE CASO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA PERINATAL

PRESENTA

L.E YESENIA GONZALEZ CERVANTES

ASESOR

M.E/ E.E.P PATRICIA MARQUEZ TORRES



CIUDAD DE MÉXICO, 2018



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.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco en primer lugar a la máxima casa de estudios la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Escuela Nacional de enfermería y obstetricia a las cuales orgullosamente pertenezco, ya que gracias a ellas fue posible el desarrollo de la especialidad y por ende de este estudio de caso.

A la sede de la especialidad en enfermería perinatal, el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, el cual me brindo las facilidades durante el transcurso de la especialidad.

Mi agradecimiento también va dirigido a la División de estudios de Posgrado, y Programa de becas CONACyT, al cual orgullosamente pertencí.

Un agradecimiento especial a la M.E Patricia Márquez Torres asesora de este Estudio de caso y coordinadora de la especialidad en enfermería perinatal, por su disposición para enseñar, su amabilidad y paciencia.

También agradezco a todo el personal médico y de enfermería del Hospital General La Perla, y todas aquellas personas que en todo momento me alentaron para continuar en mi formación como especialista en Enfermería perinatal.

A la señora Erika, gracias a la cual pude realizar el presente estudio, por su empeño, colaboración para la recolección de datos y ejecución conjunta de intervenciones.

DEDICATORIAS

Dedico este trabajo de forma muy especial a mis padres a quienes jamás encontrare la forma de agradecer el cariño, comprensión y apoyo brindados en las derrotas y logros obtenidos, haciendo de este, un triunfo más suyo que mío.

Con agradecimiento y respeto para ustedes mamá y papá, a quienes amo infinitamente.

INDÍCE

I. Introducción.....	6
II. Objetivos del estudio de caso.....	8
III. Fundamentación	
3.1 Antecedentes.....	9
IV. Marco Conceptual	
4.1 Conceptualización de enfermería.....	16
4.2 Paradigmas.....	18
4.3 Teorías de enfermería.....	21
4.4 Teorías de otras disciplinas.....	29
4.5 Proceso de enfermería	30
V. Marco teórico	
5.1 Embarazo prolongado.....	36
5.2 Recomendaciones para la conducción de trabajo de parto.....	38
5.3 Modelo de atención obstétrica.....	39
5.4 Modelo asistencial centrado en la humanización.....	41
5.5 Dolor en el trabajo de parto.....	45
5.6 Recomendaciones sobre el nacimiento.....	47
VI. Metodología	
6.1 Estrategia de investigación: Estudio de caso.....	49
6.2 Selección del caso y fuentes de información.....	49
6.3 Consideraciones éticas.....	50
VII. Presentación del caso	
7.1 Descripción del caso.....	56

7.2 Antecedentes generales de la persona.....	57
VIII. Aplicación del proceso de enfermería	
8.1 Valoración.....	59
8.1.1 Requisitos de autocuidado.....	59
8.2 Requisitos de autocuidado según las etapas de desarrollo.....	64
8.3 Requisitos de autocuidado ante una desviación de la salud.....	65
8.4 Análisis de estudios de laboratorio y gabinete.....	67
8.5 Esquema metodológico.....	69
8.6 Jerarquización de problemas.....	70
8.7 Diagnósticos de enfermería.....	71
IX. Planeación de cuidados.....	72
Ejecución	
Evaluación	
X. Plan de alta.....	107
XI. Conclusiones.....	109
XII. Sugerencias.....	110
XIV. Referencias bibliográficas.....	111
XV. ANEXOS.....	122
Instrumento de valoración perinatal.....	122
Consentimiento informado.....	128

I. INTRODUCCIÓN

Las causas de morbilidad materno-fetal son evitables y susceptibles de ser reducidas con medidas de promoción, prevención, manejo y control de los riesgos, por lo cual es muy importante contar con personal de enfermería ampliamente capacitado y especializado. A través del desarrollo de herramientas que apoyen la profundización del conocimiento y aumenten las competencias propias del cuidado perinatal.

El Estado de México, Chiapas, y Ciudad de México encabezan la lista de muertes maternas en el país acumulando 228 de las 778 muertes registradas a nivel nacional en el 2015, seguidos de Veracruz, Puebla y Oaxaca.¹

Es así como la salud materno-perinatal se convierte en un indicador muy importante de desarrollo económico, social y cultural de cualquier país o región, por tanto, debe estar en agenda de atención prioritaria tanto del sistema de salud como de los formadores de recursos humanos.

La utilización de técnicas y estrategias educativas de Psicoprofilaxis en la etapa gestacional contribuyen a mejorar la salud materna, disminuyen riesgos y complicaciones, favoreciendo la atención humanizada del nacimiento.

Por otro lado, tiene trascendental importancia crear una nueva visión ya que el parto y el nacimiento son el principio y punto de partida de la vida, por ello constituyen procesos que afectan el resto de la existencia humana, de ahí que la humanización del parto constituya una necesidad urgente.

Por lo expuesto anteriormente el presente estudio de caso pretende describir las intervenciones de enfermería perinatal con enfoque en el modelo obstétrico a multigesta con requisito universal alterado de prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano, en el área de Labor del Hospital General “La Perla”, bajo la teoría de Dorothea Elizabeth Orem, que se refleje en una

práctica de enfermería perinatal integral, profesional y adecuada, proyectando competencias en la atención de salud del individuo familia y comunidad, para incrementar el potencial humano, que trascienda el entorno y permita un mejor desempeño profesional.

El presente trabajo se encuentra constituido por catorce capítulos, entre los cuales está la introducción, los objetivos general y específicos, que describen lo que se pretende lograr, la fundamentación, el marco conceptual y teórico, la metodología donde se describe la selección de caso y fuentes de información, se detalla el caso, se aplican los pasos del proceso de atención de enfermería, basados en el modelo obstétrico y teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem.

Se realizó entonces el siguiente estudio de caso a mujer con embarazo de 42 semanas de gestación, sin trabajo de parto el día 17 de Noviembre del 2017 en el Hospital General “La perla”, donde se entrevista de forma directa a la señora Erika a través de la aplicación del instrumento de valoración perinatal, quien ingresa al área de labor para inducción de trabajo de parto por embarazo postérmino, se realiza la valoración pertinente, elaborando posteriormente un esquema metodológico, se desarrollan los diagnósticos de enfermería, el plan de cuidados y evaluación de las intervenciones, brindando finalmente un plan de cuidados a Erika, que incluye sus cuidados en el puerperio y los cuidados a la persona recién nacida.

II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO

■ GENERAL:

- Describir las intervenciones de enfermería perinatal con enfoque en el modelo obstétrico a mujer con inducción de trabajo de parto con requisito alterado de prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano, en el área de Labor del Hospital General “La Perla”, bajo la teoría de Dorothea Elizabeth Orem.

■ ESPECIFICOS

- Aplicar instrumento de valoración perinatal con base en la teoría de Dorothea Elizabeth Orem a mujer con embarazo de 42 SDG (Semanas de gestación).
- Identificar factores de riesgo materno-fetal en una mujer con embarazo prolongado.
- Jerarquizar las intervenciones de enfermería perinatal en la atención del trabajo de parto en gestante con embarazo postérmino.
- Contribuir en el desarrollo exitoso de una práctica de alta calidad de la enfermera especialista perinatal en el ámbito de la atención al embarazo, parto, puerperio y persona recién nacida, que responda a las demandas de cuidados especializados que presenta la población.
- Brindar medidas de confort intraparto a mujer gestante con embarazo postérmino.
- Proporcionar a la mujer un plan de alta que incluya los cuidados a la persona recién nacida.

III. FUNDAMENTACIÓN

3.1 ANTECEDENTES

El estudio de caso se realizó a una mujer con embarazo postérmino que ingresó para inducción de trabajo de parto, se realizó con enfoque en el modelo obstétrico y se justifica en la revisión de diferentes fuentes de información primaria para su realización, se recopiló la misma de libros, revistas, artículos científicos, páginas web, y otros, realizando una investigación de tipo documental.

Se obtuvieron datos con ayuda de buscadores científicos y bibliotecas virtuales como: Redalyc, Dialnet, Biblioteca Cochrane Plus, Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, Scielo, Revista CONAMED, Pubmed, CUIDEN, Biblioteca digital BIDI UNAM y el Observatorio de mortalidad materna de donde se extrajeron los datos más actuales de la numeraria e indicadores. De la misma forma se consultaron manuales, normas oficiales mexicanas, Guías de práctica clínica como; Manual para matronas y enfermeras, la Norma oficial mexicana 007-SSA2-2016. Con PALABRAS CLAVE: Embarazo prolongado, inducción de parto, parto humanizado, psicoprofilaxis perinatal, modelo obstétrico.

Chaves M. y Otero, mencionan en el Manual para matronas que el embarazo postérmino y sus riesgos fueron descritos por Ballantyne desde 1902, en términos de la obstetricia moderna, el cual cuestionó la habilidad de la placenta para proporcionar el sostén necesario al feto, que ha estado mucho tiempo en el ambiente intrauterino. También aseguró que el feto posmaduro permanece mucho tiempo in útero y plantea problemas para su nacimiento en relación con su propia seguridad y la de su madre.²

En una revisión de ensayos realizado por Gülmezoglu AM, Crowther CA, Middleton P., titulado: Inducción del trabajo de parto para mejorar los resultados en mujeres a término o después del término concluyen que comparando la espera del inicio del trabajo de parto espontáneo durante al menos una semana, una política de inducción habitual del trabajo de parto a las 41 semanas completas o después de dicha edad gestacional se asocia con menos muertes perinatales y menos síndrome de aspiración de meconio, por lo cual es necesario considerar esta intervención.³

En cuanto al manejo mencionan que cuando el cuello uterino es favorable (generalmente una puntuación de Bishop de 6 o más), se realiza la inducción con oxitocina y la rotura artificial de las membranas amnióticas.

En un estudio prospectivo realizado por Romero-Salinas G. (2012), titulado: La frecuencia cardiaca fetal en mujeres con diagnóstico de embarazo prolongado, determinaron los valores de la frecuencia cardiaca fetal (FCF) basal y la amplitud de las aceleraciones en mujeres con embarazo prolongado para equipararlos con un grupo testigo. Se les practicaron registros de FCF y contractilidad uterina durante 2 horas. El estado físico de los recién nacidos se valoró mediante la prueba de Apgar al 1.º–5.ºmin, en el 1.er min, 3 productos nacieron deprimidos con calificación de 2, en 3 no se practicó la prueba, en 14 la calificación tuvo un rango de 7–8 y en el 5.ºmin la calificación fue de 9; 2 neonatos continuaron deprimidos.⁴

Jorge Manuel B, Katileydis G, Adixa B., publican en la revista de Ciencias médicas del pinard del rio; Efectos del embarazo postérmino en eventos relacionados con el nacimiento y el neonato donde mencionan que el embarazo prolongado es una condición obstétrica que produce un grado de perturbación, aprensión y desasosiego muy elevado tanto en la gestante como en su familia. Hubo una asociación entre la gestación postérmino y la inducción del parto, la cesárea, el neonato con peso >3500 g y el líquido amniótico meconial.

Concluyendo que el embarazo postérmino se considera un factor de riesgo para la inducción del parto, la cesárea, la presencia de meconio y los neonatos con peso elevado.⁵

Lindo, M., Paredes, A., Núñez, A., (2015) evalúan el uso del Misoprostol en la inducción del trabajo de parto en el embarazo postérmino en un estudio donde se obtuvo una muestra de 87 partos vaginales, de los cuales 67 (77%) ocurrieron antes de las 24 horas; 74 (85%) casos sólo requirieron dos dosis de misoprostol. La tasa de cesáreas fue 16,3% (17 casos), siendo la causa principal inducción fallida en 11 casos (64,7%). Hubo 4 casos de taquisistolia (3,6%) y 2 casos de hipertensión (2,9%). Determinan así que el uso de 50 microgramos de misoprostol intravaginal es un método eficaz y relativamente seguro para la inducción de parto, asociándose a una disminución significativa en la tasa de cesáreas, requiriéndose de monitorización cardíofetal estricto durante la inducción.⁶

Machado Morocho, K. L. en Cuidados de enfermería en las complicaciones del embarazo prolongado y su relación con la morbilidad perinatal en el 2015, concluye que en un embarazo prolongado aumenta la morbilidad perinatal significativamente debido a las complicaciones que se pueden presentar como: macrosomía, trauma fetal síndrome de posmadurez, oligoamnios, sufrimiento fetal intraparto y aspiración meconial que son de alto riesgo cuando sobrepasa las 41 semanas de amenorrea.⁷

En el documento; Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto, hace hincapié en que el trabajo de parto prolongado es una importante causa de mortalidad y morbilidad materna y perinatal. Entre las causas subyacentes frecuentes se incluyen las contracciones uterinas ineficientes, presentación o posición fetal anormal, pelvis ósea inadecuada o anomalías de partes blandas de la madre. Los métodos tradicionales utilizados para acelerar el trabajo de parto han sido el uso de infusión intravenosa de oxitocina y la ruptura artificial de membranas (amniotomía).⁸

Solís Linares, H., & Morales Alvarado, S. (2012). Impacto de la psicoprofilaxis Obstétrica en la Reducción de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal. Reconocen que el campo toco-fisio-psicoterapéutico, incluye una preparación integral con información y educación, complementada con ejercicios gestacionales encaminados a mejorar el estado corporal y mental, los que mejorarán la calidad de vida en la madre y bebé. Si la gestante ha sido preparada para la experiencia del nacimiento, es probable que necesite menos la administración de fármacos, analgesia o anestesia, permitiéndole deambular y adoptar la posición antálgica que le facilite la labor, no siendo necesario dedicar tiempo e insumos en tranquilizarla o ayudarla a mantener el control.⁹

Morales Alvarado S, Guibovich Mesinas A, Yábar Peña M. en su artículo publicado en la revista Scielo, titulado; Psicoprofilaxis obstétrica: actualización, definiciones y conceptos en 2014. Hace mención que el concepto actual de la psicoprofilaxis obstétrica implica que siempre será positivo que la gestante reciba la preparación aún al final de su gestación, ya que recibirá consejos y entrenamiento que le permitirán responder de mejor manera y colaborar en el momento de su parto. Se hace necesario entonces que los establecimientos cuenten con capacidad resolutoria para brindar la PPO con adecuación cultural y enfoque integral. Por otro lado definen a la Psicoprofilaxis intranatal como la preparación integral, teórica, física y psicoafectiva, que se brinda durante el trabajo de parto. También es denominada PPO (Psicoprofilaxis obstétrica) de emergencia”.¹⁰

Davim, R. M. B., Torres, G. D. V., & Melo, E. S. D. Non-pharmacological strategies on pain relief during labor: pre-testing of an instrument. En cuanto a la efectividad de las estrategias no farmacológicas para el manejo del dolor aceptadas por las parturientas para alivio del dolor, verificamos que los puntajes de dolor al ser comparados "antes y después" de la aplicación de las estrategias de ejercicios respiratorios, relajamiento muscular y masaje sacro lumbar en los tres momentos que fueron utilizadas en los 6, 8 y 9 centímetros de dilatación, y del baño de ducha

en los 8 y 9 centímetros, denotan que las mismas fueron efectivas en el alivio del dolor.¹¹

Biurrún Garrido, A., & GobernaTricas, J. (2013). La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Citan diversos estudios como el de Misqugo y Kendall de 2001, que afirman que para poder humanizar un parto es necesario «empoderar» a la mujer, fomentando su participación y su toma de decisiones en todos los aspectos de su propio cuidado. Además, los profesionales que atienden el parto deben trabajar como iguales, usando la tecnología basada en la evidencia y fomentando la atención primaria. Concluyen que la humanización de la obstetricia sigue constituyendo un desafío para los profesionales de la salud, para las instituciones y también para la sociedad.¹²

En el año 2012 Arnau Sánchez, J., & Martínez Roche, M., & Nicolás Viguera, M., & Bas Peña, E., & Morales López, R., & Álvarez Munárriz, L, publican en la Revista de Antropología Iberoamericana: Los conceptos del parto normal, natural y humanizado, reconociendo que la humanización comprende por lo menos dos aspectos fundamentales. El primero, respecto a la convicción que es deber de las unidades de salud, recibir con dignidad a la mujer, sus familiares y el recién nacido, es decir, acogerlas y tratarlas como personas. El otro se refiere a la adopción de medidas y procedimientos que son beneficiosos para el acompañamiento del parto y del nacimiento, evitando prácticas intervencionistas innecesarias, que aunque tradicionalmente han sido realizadas, no benefician a la mujer ni al recién nacido, y que con frecuencia acarrear mayores riesgos para ambos.¹³

Hernández, C. R. (2012). En una publicación de la revista CONAMED, titulada; Modelo de atención obstétrica por enfermeras obstetras y perinatales en el Hospital General de Cuautitlán: una experiencia exitosa, citan algunos antecedentes del modelo obstétrico. Desde 1996, la Organización Mundial de Salud (OMS) consideró al personal profesional de enfermería como un elemento

estratégico para lograr un cambio en la calidad y la eficacia de los servicios de atención obstétrica. En 1999, exhorto a los estados miembros, incluido nuestro país, al fortalecimiento y potencialización del desarrollo de servicios de enfermería y partería, creando modelos para la atención humanizada y de calidad en la atención del embarazo, parto, puerperio y recién nacido de bajo riesgo.¹⁴

IV. MARCO CONCEPTUAL

4.1 Conceptualización de enfermería

La meta de enfermería fue claramente definida por Nightingale quien mantuvo unidos los conceptos de ciencia y arte. Esta interpretación fue cambiando hasta llegar a extremos en que se negó totalmente la posibilidad de contemplar el arte como componente esencial de enfermería.

Según la OMS, la enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.¹⁵

Según Jhonson (1959) la enfermería como cualquier disciplina de la salud, dirige sus esfuerzos primariamente al cuidado de la salud de individuos y grupos de individuos. Así se logra la meta profesional (social) de enfermería. A través del servicio de cuidado, se puede lograr la meta y compartirla con las otras profesiones de la salud. El cuidado de enfermería es, entre los componentes de la práctica, el medio a través del cual se logra la meta específica del profesional. El cuidado de salud que se brinda a individuos o grupos y familias en condiciones de bienestar enfermedad o riesgo tiene como función básica la promoción y el mantenimiento de la situación de salud.¹⁶

Aun siendo una meta tan amplia y general, en ella se puede enmarcar algunas propuestas de trabajo para el desarrollo de la ciencia de enfermería y apoyo para la práctica en áreas como:

Adaptación de individuos, familias y grupos al bienestar y a la enfermedad, incluyendo los medios efectivos e inefectivos utilizados para la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la discapacidad y para asegurar la

recuperación de las enfermedades y la rehabilitación hasta el funcionamiento óptimo.

Aspectos biológicos, psicosociales, culturales y ambientales que afectan el desarrollo y el mantenimiento de la salud y bienestar de los seres humanos; y cómo se desarrollan los estados de enfermedad.

Intervenciones físicas e interpersonales para asistir a los clientes y reducir las consecuencias adversas de la enfermedad. Manejo de las formas de enfrentamientos a los efectos físicos, psicológicos y sociales de las enfermedades.

Promoción de la salud, bienestar y de comportamientos relativo a la salud.

Igualmente se puede pensar en temas de investigación que han aportado al mejoramiento de la práctica: maneras de enfrentar situaciones relacionadas con la salud, personas, familias y cómo se adaptan a ellas. Demostraciones de adaptación a estados vitales como el embarazo, nacimiento, hospitalización, cambios del desarrollo normal, cronicidad, problemas agudos de salud, trauma y mente. Relación entre los seres humanos y su ambiente y relación de éstos con la salud, soporte social y salud, soporte social y tratamientos.

Enfermería es a la vez una disciplina y una profesión. Como profesión toma parte en los esfuerzos para mejorar el futuro de calidad de vida al tratar de resolver los problemas que se interponen o influyen en su logro. Como disciplina es un terreno de conocimiento que evoluciona de manera independiente y tiene una forma individual de interpretar fenómenos de su competencia: el cuidado y la salud. Ha surgido desde la perspectiva que enfatiza el manejo del cuidado de la salud de los seres humanos de una forma unitaria y procesual, enfocándolo desde el espectro de las respuestas humanas, hacia los problemas reales o potenciales de salud.

4.2 Paradigmas de enfermería

Un paradigma es un conjunto de normas que definen un estilo, un método, una cosmovisión o visión desde una macroestructura que es utilizada por los subsistemas y sistemas humanos. Se define paradigma como un marco teórico-metodológico que utiliza el investigador para interpretar los fenómenos sociales en el contexto de una determinada sociedad.

Polit y Hungler definen paradigma como una visión del mundo, una perspectiva general de las complejidades del mundo real, en que los paradigmas en la investigación humana a menudo van en función de la manera en que se responden a interrogantes filosóficos básicos, encontrándose entre ellos el interrogante metodológico. Pinus dice que los paradigmas son realizaciones universalmente conocidas que durante cierto tiempo proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica.

Si la ciencia utiliza la investigación para la producción de nuevos conocimientos, teorías, a su vez la investigación es precedida por enfoques paradigmáticos, es decir, se aplica igual en la disciplina de enfermería que, desde sus fundamentos teóricos y de su práctica, necesita continuar en el camino de construcción de investigación desde cualquiera de las visiones o paradigmas.¹⁷

En enfermería, su objeto disciplinar es el cuidado, el cual se realiza en seres humanos quienes, como tales son dinámicos, cambiantes y únicos, por lo tanto no están sujetos necesariamente a un proceso ordenado por etapas, más sí, a través de procesos sistematizados, que le permitan en primer término comprender, interpretar y explicar un fenómeno.

El objetivo de la investigación en enfermería debe estar por encima del dilema de los paradigmas, es comprender los fenómenos que existen, que están allí, que influyen en las interacciones del cuidado, para apoyar intervenciones favorables a la vida misma.

El enfoque de la investigación en enfermería debe salir de las necesidades y desde la concepción del saber de la disciplina, siempre orientados por el objeto de investigación y la visión del investigador. Frente al empirismo en cualquier método, ambos paradigmas utilizan, reúnen y analizan pruebas externas extraídas de la realidad.

La clasificación de los modelos de enfermería como paradigma, que aplicaba conceptos metaparadigmáticos como los de persona, entorno, salud y enfermería, contempla los trabajos en este campo de un modo que mejora la comprensión del desarrollo del conocimiento y arroja luz sobre el avance de la ciencia de la enfermería dentro de las visiones contempladas por estos paradigmas". En este sentido se presentan tres paradigmas: categorización, integración y transformación, que han servido para orientar la disciplina de enfermería.¹⁸

Paradigma Categórico

Lógica que reduce el pensamiento a factores lineales y unicastales. Orientación donde la enfermería se presenta unida a la práctica médica y centrada en la enfermedad.

Corriente que comenzó a desarrollarse a finales del siglo XIX y principios del XX y en la que la visión lineal y la búsqueda de un factor casual eran la base de todos sus elementos, manifestaciones que poseen características bien definidas y medibles mediante el análisis, el razonamiento y la argumentación lógica. En este paradigma se distinguen dos orientaciones: la centrada en la salud pública y la centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica.

Paradigma de la Integración Prolongación "del paradigma de la categorización reconociendo los elementos y las manifestaciones de un fenómeno e integrando el contexto específico en que se sitúa un fenómeno".

Corriente que supondría una prolongación del paradigma de la categorización, ya que las concepciones del modelo exclusivamente biomédicas se irían

transformando en orientaciones dirigidas hacia la visión global de la persona como centro de la práctica de enfermería. El surgimiento de nuevas teorías (teoría de la motivación, del desarrollo y de los sistemas) y la evolución del pensamiento ponen de manifiesto el reconocimiento de la importancia que tiene el ser humano para la sociedad y en la disciplina de enfermería; se establece una clara diferencia entre ella y la disciplina médica.

La diferencia con el paradigma de categorización radica en que ahora debe considerarse el contexto en el que se produce el fenómeno para poder llegar a comprenderlo y explicarlo. Los trabajos de enfermería de V.Henderson, H. Peplau y D. Orem quedan enmarcados dentro de este paradigma.

Puede decirse que el paradigma de la integración reconoce la disciplina de enfermería claramente diferenciada de la disciplina médica, con orientación hacia la persona en su integralidad y en interacción constante con el entorno.

Paradigma de la Transformación

Corriente que representa un cambio sin precedentes, se da una apertura social hacia el mundo. Apertura al mundo donde la consideración única de cada fenómeno sitúa a la enfermera trabajando con la persona en el proceso de construcción de la salud.¹⁹

La Enfermería, inspirada en esta nueva situación dinámica, compleja, va experimentando también una transformación que ha desarrollado nuevas concepciones de la disciplina y suponen una orientación de apertura al mundo.

Los modelos y teorías propuestos por R.R. Porse, M. Newman, M. Rogers y Walson quedan encerrados dentro de este paradigma.

Metaparadigma de enfermería

Es el conjunto de conceptos esenciales que identifican los fenómenos de interés para la enfermería, constituye en núcleo disciplinar de enfermería o bien, el núcleo

ontológico-epistemológico de la misma, contiene de manera abstracta los elementos centrales que posibilitan la existencia de enfermería como disciplina, como práctica y como fenómeno.

Representa la estructura más abstracta y global de nuestra disciplina. Integra las definiciones conceptuales de persona, entorno, salud y Enfermería dotando así a nuestra profesión de un significado concreto y exclusivo.²⁰

4.3 Teoría de enfermería

La disciplina de enfermería ha tenido un desarrollo significativo desde los inicios del siglo XX, lo cual se evidencia en la formación de posgrado, y en el desarrollo de modelos conceptuales y teorías de enfermería, como producto de la actividad investigativa.

Un modelo conceptual provee un marco de referencia para la práctica; estos modelos están fundamentados en principios filosóficos, éticos y científicos que reflejan el pensamiento, los valores, las creencias y la filosofía que tienen sobre la práctica de enfermería quienes los han propuesto.

Fawcett los define como "un grupo de conceptos abstractos y generales que no pueden apreciarse directamente en la realidad; representan el fenómeno de interés de la disciplina, las proposiciones que describen estos conceptos y las proposiciones que establecen una relación entre ellos".²¹

Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem

Dorothea Elizabeth Orem (1914-2007) nació en Baltimore, Maryland; realizó su carrera profesional en la Escuela de Enfermería del Providence Hospital, de Washington, D.C. A principios de la década de 1930 obtuvo el diploma de Enfermería; en 1946 obtuvo un MSNE; durante su práctica profesional fue enfermera quirúrgica, supervisora y profesora de ciencias biológicas; fungió como directora de la Escuela de Enfermería y el Departamento de Enfermería del

Providence Hospital; durante 8 años permaneció en la División de Hospitales y Servicios Institucionales de Indiana donde buscó mejorar la calidad de enfermería; en 1959 publicó Guidelines for developing curricula for the education of practical nurses; en 1971 publicó el libro Nursing: concepts of practice; se retiró en 1984 pero continuó asistiendo a conferencias.

La teoría de los sistemas enfermeros es la unificadora; la teoría del déficit de autocuidado desarrolla la razón por la cual una persona se puede beneficiar de la enfermería. La teoría del autocuidado sirve de fundamento para las demás, y expresa el objetivo, los métodos y los resultados de cuidarse a uno mismo.

La teoría general de Orem está integrada por tres teorías: Teoría del Autocuidado, teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería. 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 la salud y bienestar”. Los seres humanos tienen habilidades intelectuales y prácticas que desarrollan a través de la vida para satisfacer sus necesidades de salud, tienen habilidades para encontrar e internalizar informaciones necesarias por sí mismas y cuando no es así buscan ayuda en la familia o en los profesionales de la salud.²²

Enfatiza que la realización del autocuidado requiere de la acción deliberada, intencionada, condicionada por el conocimiento y repertorio de habilidades de un individuo y se basa en la premisa de que los individuos saben cuándo necesitan ayuda. Tiene como supuesto principal que “el autocuidado es innato”, esta conducta se aprende, se vive durante el crecimiento y desarrollo del ser humano, siendo en un comienzo a través de las relaciones interpersonales que se establecen con los padres, quienes son los modelos a seguir por los niños, y posteriormente con amigos, familia, es decir, el entorno que los rodea.

Autocuidado

El autocuidado consiste en la práctica de las actividades que la personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo. En el término autocuidado, la palabra “auto” se utiliza en el sentido del ser humano completo. El autocuidado comporta la connotación dual de “para uno mismo” y “realizado por uno mismo”. El autocuidado tiene un propósito. Es una acción que tiene un patrón y una secuencia y, cuando se realiza efectivamente, contribuye de manera específica a la integridad estructural, desarrollo y funcionamiento humanos.

Metaparadigmas de la teoría de Dorothea Orem

Persona

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

Salud

La salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Por tanto lo considera como la percepción del bienestar que tiene una persona.²³

Enfermería

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

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

Las actividades de autocuidado son afectadas por creencias culturales, hábitos, costumbres y prácticas habituales de la familia y comunidad a la que pertenece, sustentando que algunos factores condicionan de diversas maneras tanto las capacidades como las acciones de autocuidado; de particular interés, cita factores relacionados con la edad, estado de desarrollo, sexo, sistema familiar, educación formal, orientación sociocultural, disponibilidad de recursos, patrones de vida y estado de salud.

Teoría del Autocuidado

El autocuidado es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia su entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar. Es una actividad aprendida por los individuos y orientada hacia un objetivo.

Requisitos de autocuidado

Son aquellos que tienen por objeto promover las condiciones necesarias para la vida y maduración, y prevenir la aparición de condiciones adversas mitigar los

efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adultez y vejez.

Los requisitos son categorizados como: Universales, del Desarrollo o de Desviaciones a la salud. Los primeros representan los comportamientos que por lo general se consideran dentro de los límites normales para los seres humanos, constituyen los objetivos requeridos que deben alcanzarse a través del autocuidado para el mantenimiento de la integridad estructural y funcional en las diversas etapas del ciclo vital. Los segundos se refieren a las condiciones más específicas y particulares que garantizan el crecimiento y desarrollo normal de la persona desde la concepción, hasta la vejez y el enfrentar situaciones que pueden afectarlo.

Finalmente los requisitos derivados de las desviaciones a la salud son los que existen para personas que están enfermas o lesionadas, incluyendo defectos y discapacidades, los cuales conducen a prevenir complicaciones y a evitar la incapacidad prolongada después de una enfermedad, dándoles el nombre de demanda de autocuidado para la prevención secundaria. Mientras que las demandas de autocuidado relacionadas con la prevención terciaria tienen que ver con el funcionamiento eficaz y satisfactorio de acuerdo con las posibilidades existentes.²⁴

Requisitos de autocuidado Universales

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

- I. El mantenimiento de un aporte suficiente de aire
- II. El mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos

- III. El mantenimiento de un aporte suficiente de agua
- IV. La provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación.
- V. El mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso.
- VI. El mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad.
- VII. La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
- VIII. La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.

Requisitos de Autocuidado de desarrollo

Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia su entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar. Es una actividad aprendida por los individuos y orientada hacia un objetivo. Se han identificado tres requisitos: Provisión de condiciones que fomentan el desarrollo, implicación en el autodesarrollo y prevenir o vencer los efectos de las condiciones y de las situaciones vitales que pueden afectar de manera negativa al desarrollo humano.

Requisitos de autocuidado en caso de desviación de salud

Existen para las personas que están enfermas o sufren alguna lesión, con formas específicas de estados o trastornos patológicos, incluidos los defectos y las discapacidades, y para los individuos que están siendo sometidos a un diagnóstico y tratamiento médico. En estados anormales de salud, los requisitos de autocuidado surgen del estado de la enfermedad y de las medidas usadas en su diagnóstico o en su tratamiento. Las medidas adoptadas para cubrir las

necesidades de cuidado cuando falla la salud tienen que ser componentes activos de los sistemas de autocuidado o de cuidados dependientes de la persona.

La complejidad del autocuidado o del cuidado dependiente aumenta según el número de necesidades que deben ser cubiertas en plazos de tiempo determinados.²⁵

Factores condicionantes Básicos

Factores que condicionan o alteran el valor de la demanda de autocuidado terapéutico y/o la actividad de autocuidado de un individuo en momentos concretos y bajo circunstancias específicas. Se han identificado diez factores: edad, sexo, estado de desarrollo, estado de salud, modelo de vida, factores del sistema sanitario, factores del sistema familiar, factores socioculturales, disponibilidad de recursos, factores externos del entorno.

Teoría del Déficit de Autocuidado

Establece que las personas están sujetas a las limitaciones relacionadas o derivadas de su salud, que los incapacitan para el autocuidado continuo, o hacen que el autocuidado sea ineficaz o incompleto. Existe un déficit de autocuidado cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar, o sea, cuando la persona no tiene la capacidad y/o no desea emprender las acciones requeridas para cubrir las demandas de autocuidado.

Los seres humanos tienen gran capacidad de adaptarse a los cambios que se producen en sí mismo o en su entorno. Pero pueden darse una situación en que la demanda total que se le hace a un individuo exceda su capacidad para responder a ella. En esta situación, la persona puede requerir ayuda que puede proceder de muchas fuentes, incluyendo las intervenciones de familiares, amigos y profesionales de enfermería.

Agente de autocuidado: Se refiere a cualquier persona que cumple con la responsabilidad de conocer y satisfacer las necesidades de autocuidado.

Agente de autocuidado al dependiente: Es la persona externa que acepta proporcionar el cuidado a otra persona importante para él.

Agente de autocuidado terapéutico: En el cual la persona que brinda el autocuidado es el profesional de enfermería.

Teoría de los sistemas de Enfermería

Sistema parcialmente compensador

Cuando el individuo presenta algunas necesidades de autocuidado por parte de la enfermera, bien por motivos de limitación o incapacidad, por tanto el individuo y la enfermera interactúan para satisfacer las necesidades de autocuidado en dependencia del estado de la persona, limitaciones psicológicas y físicas.

La persona puede realizar algunas acciones como cepillarse los dientes y alimentares, pero dependen de la enfermera: desplazarse hasta el baño, bañarse o vestirse.²⁶

Sistema totalmente compensador

Cuando el individuo no puede realizar ninguna actividad de autocuidado. Implica una dependencia total. Ejemplo: Los cuidados que se realizan a un individuo inconsciente, persona encamada con reposo absoluto.

Sistema de apoyo educativo

Cuando el individuo necesita orientación y enseñanza para llevar a cabo el autocuidado; por consiguiente la enfermera ayuda al paciente con sus consejos, apoyo y enseñanzas de las medidas que sean necesarias para que el individuo sea capaz de realizar su autocuidado.²⁷

Totalmente compensatorio	Parcialmente compensatorio	De apoyo educativo
Realiza el autocuidado	Realiza algunas de las medidas de autocuidado por la persona.	Realiza el cuidado terapéutico del individuo.
Regula el ejercicio y desarrollo de la acción de autocuidado. Hacer por el otro	Compensa las limitaciones del individuo para realizar su autocuidado. Ayuda al individuo en lo que necesite Hacer con el otro	Compensa la capacidad del individuo para realizar su autocuidado. Apoya y protege al individuo. Dejar hacer al otro.

4.4 Teorías de otras disciplinas

La enfermería desde sus inicios se ha considerado como un producto social vinculado al arte de cuidar, por lo que responde a la necesidad de ayudar a las personas, cuando estas no tienen capacidad suficiente para proporcionarse a sí misma o a las personas, que dependen de ellas, la calidad y cantidad de cuidados para mantener la vida, identificando los problemas de salud y las necesidades reales y/o potenciales de la persona, familia y comunidad que demandan cuidados, generando autonomía o dependencia como consecuencia de las actividades que asuma el enfermero.²⁸

Las teorías y modelos conceptuales no son nuevos para la enfermería, existen desde que Florence Nightingale expresó su ideas acerca de la enfermería en 1859, en la actualidad cada profesional de la enfermería tiene su propia visión sobre la enfermería que influyen en las decisiones tomadas para satisfacer las necesidades de los seres humanos. Es conocido por los profesionales de la

enfermería que no se pueden aplicar en todas las situaciones todos los modelos y teorías, sino una pequeña parte de ellos que respondan a una necesidad de ayudar a las personas, cuando estas no tienen capacidad suficiente para proporcionarse a sí misma la calidad y cantidad de cuidados requeridos para mantener la vida y el bienestar como causa de una situación de salud particular. Los modelos y teorías de enfermería se utilizan para guiar y facilitar la práctica de los enfermeros.

4.5 Proceso de atención de enfermería

El surgimiento del PAE, a mediados del siglo XX, marcó un hito en la enfermería moderna; toda vez que supuso la adopción de un esquema lógico de actuación encaminado a la realización de acciones reflexivas y orientadas hacia un propósito. Lyer lo define como el sistema de la práctica de enfermería, en el sentido de que el profesional utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar las respuestas de las personas ante los problemas de salud. Se han reconocido múltiples ventajas de la aplicación de ésta metodología, entre ellas Alfaro destaca que promueve el desarrollo del pensamiento autónomo y flexible, tiene orientación humanista, se enfoca a la consecución de resultados, fomenta la satisfacción profesional y genera una serie de beneficios institucionales en relación con los costos, los registros, la calidad y la oportunidad en la atención de enfermería.²⁹

Favorece la interacción humana que busca conocer las respuestas humanas ante los problemas del orden biológico, psicológico y social y promover la adaptación, mediante una estrategia de aproximación cualitativa y holística que permite el trabajo conjunto entre los actores del cuidado para la realización de acciones que optimicen las capacidades individuales, fomenten el autocuidado, el bienestar, el desarrollo humano, la mitigación del dolor, la recuperación de la salud o la muerte en condiciones de dignidad.

El proceso de enfermería es la aplicación del método científico en la práctica asistencial que nos permite a los profesionales prestar los cuidados que demanda el individuo, la familia y la comunidad de una forma estructurada, homogénea, lógica y sistemática.

En esta metodología se distinguen 5 etapas:

Valoración

Proceso organizado y metódico, que permite generar una base de datos obtenida de diversas fuentes, verificar, analizar y comunicar datos sistemáticamente, a fin de identificar la respuesta humana de la persona o grupos. Para la recolección de datos se requiere de un proceso sistematizado y el empleo de métodos y técnicas, entre los cuales se encuentran la entrevista, la observación así como la exploración física que a su vez se apoya de las técnicas de auscultación, palpación, percusión e inspección.³⁰

Valoración inicial: Se realiza al ingreso de la persona al centro asistencial. Se realiza en el servicio de urgencias, en hospitalización, en cirugía y medicina interna, y en la comunidad, en el primer contacto que tiene con el individuo.

Valoración focalizada: Se lleva a cabo durante la ejecución de los cuidados de enfermería y permite identificar problemas nuevos o que pasaron inadvertidos. Se realizan con la aplicación de los instrumentos.

Valoración urgente: Se realiza durante una crisis fisiológica o psicológica del individuo, identificando los problemas que ponen en peligro la vida. Por ejemplo, durante el turno en una emergencia hipertensiva, un choque hipovolémico, un estatus epiléptico, etc.

Nueva valoración: Después de un tiempo, tiene como propósito comparar el estado actual del individuo respecto a los datos obtenidos inicialmente. Se ejecuta en diferentes contextos: hospital, consulta externa o en el hogar (visitas

domiciliarias). En la práctica clínica, la nueva valoración la realiza el estudiante, el personal de enfermería y el docente, todos los días, durante el recibo y entrega de turno.

Diagnóstico de Enfermería

Fase que comprende un proceso de análisis – síntesis para emitir un juicio y/o conclusión sobre el estado de salud de la persona ante necesidades o problemas de salud reales o potenciales, para lo cual se requiere analizar los datos, identificar qué tipo de diagnóstico es, pudiendo ser según la clasificación de la American Nursing Diagnosis Association (NANDA) real, de riesgo, promoción de la salud y síndrome, una vez identificado, se realiza la formulación del diagnóstico considerando para ello la estructura PES (Problema, Etiología y Signos/Síntomas).

La NANDA, define el diagnóstico de enfermería como un juicio acerca de la respuesta del individuo, familia, comunidad o problemas de salud, procesos vitales reales o potenciales. Esto significa que el diagnóstico de enfermería no es una observación sino una interpretación, análisis y juicio de una serie de observaciones.

El diagnóstico de enfermería se estructura a partir de tres componentes esenciales: problema de salud, factores etiológicos o relacionados, características definitorias o serie de signos y síntomas.³¹

El primer componente de un diagnóstico es el problema, un estado o proceso relacionado con la salud, manifestado por el individuo, la familia o la comunidad. El problema está expresado en términos claros y concisos, en dos o tres palabras que representan una serie de signos y síntomas.

El segundo componente de un diagnóstico comprende el probable factor que ocasiona o mantiene el problema de salud del cliente. Estos factores pueden ser comportamientos del cliente, del entorno, o una interacción de ambos. Los

factores relacionados son la base para establecer las acciones de enfermería con el fin de resolver el problema.

Un diagnóstico tiene una serie de características que son indicadores de la situación de salud. Algunas están siempre presentes en la mayoría de los individuos con el problema y son llamadas características definitorias.

Se puede evidenciar que los diagnósticos de enfermería son ideas creadas por enfermeras para describir o explicar observaciones clínicas, cuentan con bases teóricas precisas, así como conocimiento y habilidad por parte del profesional. Se requiere seguir un proceso donde se recoge la información, se interpreta, se agrupa, se analiza y se ubica en una etiqueta (problema de salud) que representa la mayoría de los datos recogidos. A medida que se avanza en el conocimiento se estructuran los conceptos y las categorías derivadas del conocimiento conceptual, como se ha demostrado en cada una de las reuniones de la NANDA cada dos años.

Tipos de diagnósticos de enfermería

Diagnóstico de riesgo

Según el juicio clínico del profesional de enfermería sobre un individuo, familia o comunidad, no existe un problema; pero hay Factores de riesgo que indican la probabilidad de que se presente un problema, a no ser que intervenga el profesional de enfermería.

Diagnóstico real

Representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias identificables. Se basa en la presencia de signos y síntomas asociados. Es un problema de la persona que está presente en el momento de la valoración de enfermería.

Diagnóstico de bienestar

Describe las respuestas humanas al bienestar de un individuo, una familia o una comunidad que tienen una disposición para mejorar y alcanzar un mayor grado de bienestar. La enfermera puede deducir esta capacidad por los deseos manifiestos de la persona, familia o comunidad.³²

Planeación

Tercera etapa, en la cual se seleccionan las intervenciones de enfermería, una vez que se han analizado los datos de la valoración y se ha llegado al diagnóstico de enfermería. Se trata de establecer intervenciones de enfermería que conduzcan a la persona a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.

Se define como la determinación de lo que debe hacerse para prevenir, reducir o eliminar problemas, identificados en la persona.

Una vez priorizados los diagnósticos de enfermería se procede a utilizar la clasificación de resultados Nursing Outcomes Classification (NOC) con la cual se puede medir los efectos de las intervenciones de enfermería a lo largo del tiempo y lo relaciona con la escala de resultados. Posteriormente identificar en la Nursing Interventions Classification (NIC) la o las Intervenciones y las actividades, con lo cual se estaría diseñando un plan de cuidados.

Ejecución

Constituye la cuarta etapa del proceso de enfermería, en la cual se pone en marcha el plan de cuidados, esta etapa debe demostrar flexibilidad en el plan de cuidados, ya que puede haber cambios en el estado de salud del individuo y en los recursos disponibles del hospital o área física.

Son las intervenciones que desarrolla enfermería, con y para la persona, con el fin de lograr los resultados.³³

Valora nuevamente a la persona, estableciendo prioridades en la ejecución de su cuidado.

Verifica la necesidad de intervención de enfermería.

Brinda el cuidado de enfermería planeado.

Informa qué intervenciones se han realizado y cuáles están pendientes por ejecutar.

Registra los cuidados realizados y las respuestas de la persona a estos.

Evaluación

Es la quinta etapa del proceso de enfermería, la cual se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del individuo y los resultados esperados, tiene como propósito fundamental determinar el progreso de las personas o grupos para mejorar su situación de salud.

Informa qué intervenciones se han realizado y cuáles están pendientes por ejecutar.

Registra los cuidados realizados y las respuestas del individuo a estos.

Determina si se han logrado los objetivos establecidos en cada una de las etapas del PAE.³⁴

Evalúa con la persona atendida, los resultados del cuidado.

Evalúa con el personal de enfermería y otros profesionales las intervenciones de enfermería, con los logros y resultados de la persona atendida.

Revisa, modifica o finaliza el plan de cuidados según la situación de salud de la persona.

Registra los resultados obtenidos y las modificaciones del plan de cuidados.

V. MARCO TEÓRICO

5.1 Embarazo prolongado

Término usado para describir embarazos que exceden el límite máximo de un periodo gestacional normal. En humanos, embarazo prolongado se define como el que se extiende por encima de las 42 semanas (294 días) después del primer día del último periodo menstrual o nacimiento con edad gestacional de 41 semanas o más.

La ACOG (The American College of Obstetricians and Gynecologists) en 2014, reconoce al embarazo postérmino como aquel que ha alcanzado o se ha extendido más allá de las 42 0/7 semanas de gestación a partir de la última menstruación (FUM), mientras que un embarazo a término tardío se define como el que está entre las 42 0/7 y las 41 6/7 semanas de gestación.³⁵

Factores etiológicos

La etiología del embarazo prolongado aún se desconoce. Sin embargo, factores hormonales, mecánicos y fetales han sido relacionados con su génesis, tal es el caso de la nuliparidad, embarazo postérmino previo, gestación fetal de sexo masculino y la obesidad materna. Existen algunos factores asociados: Factor hormonal (disminución de estrógenos y progesterona), factor mecánico (disminución del volumen uterino, que impide o retrasa el inicio de trabajo de parto), factor fetal (fetos anencefálicos tienden a prolongar su gestación, lo que se explica por los bajos niveles de cortisol, secundario a la insuficiencia suprarrenal provocada por la ausencia de hipófisis).

El proceso normal del parto envuelve la aparición de una secuencia de cambios muy compleja en la que intervienen algunos factores: Factores miométriales (En las últimas semanas aumentan los receptores miométriales para la oxitocina, por la acción de los estrógenos). También la distensión mecánica miométriales hace

que aumenten dichos receptores, además de aumentar las prostaglandinas que son las responsables de que aumenten las contracciones y se modifique el cérvix. El miometrio distendido junto con las modificaciones del cérvix estimula también la secreción de oxitocina en el hipotálamo.

Factores endocrinos: La oxitocina aumenta las contracciones, la relaxina es producida por el cuerpo lúteo, su concentración máxima es alcanzada a las 8-12 semanas de gestación y produce la relajación del útero. Al final del embarazo es producida también por la placenta y decidua, producen el ablandamiento cervical.

El cociente de estrógenos y progesterona es otro factor importante ya que el embarazo es un estado hiperestrogénico, el aumento de esta hormona produce: hipertrofia de células miometriales, síntesis de proteínas contráctiles del miometrio (actina, miosina, quinasas.), aumento y activación de los canales de calcio, descenso del umbral de excitación de la célula miometrial, mejora la transmisión del impulso contráctil de célula a célula. Entonces los estrógenos promueven la capacidad de producir contracciones enérgicas y coordinadas y la progesterona aumenta la excitación celular.³⁶

Riesgos fetales y neonatales

Algunos estudios han demostrado que el embarazo a término tardío y postérmino se asocia a un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad perinatal. En un estudio sueco de recién nacidos manifestó que los embarazos postérmino se asocian a un mayor riesgo de convulsiones neonatales, síndrome de aspiración de meconio y APGAR a los 5 minutos de menos de 4. El parto después de las 42 semanas de gestación también se asoció a un aumento significativo en la tasa de admisión a la Unidad de cuidados intensivos neonatales.

Riesgos maternos

Existe mayor riesgo de una laceración perineal grave, infección, hemorragia posparto y parto por cesárea. Además, algunos estudios sugieren que la ansiedad materna aumenta a medida que los embarazos se acercan al periodo postérmino.³⁷

5.2 Recomendaciones para la conducción de trabajo de parto

Menciona en su documento que la conducción del trabajo de parto es el proceso por el que se estimula el útero para aumentar la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones después del inicio del trabajo de parto espontáneo. Se ha usado frecuentemente para tratar un trabajo de parto prolongado en el que se ha determinado que las contracciones uterinas no son suficientemente fuertes o que no están bien coordinadas como para dilatar el cérvix.³⁸ La consulta técnica de la OMS aprobó 20 recomendaciones que cubren prácticas vinculadas al diagnóstico, la prevención y el tratamiento del avance retrasado de la primera etapa del trabajo de parto, y cuidados de apoyo para las mujeres sometidas a una conducción del trabajo de parto. Dentro de las más importantes se encuentran:

Se recomienda un partograma de la fase activa con una línea de acción de cuatro horas para monitorear el progreso del trabajo de parto.

Se recomienda realizar un tacto vaginal a intervalos de cuatro horas para valoración de rutina e identificación de la prolongación del trabajo de parto activo.

No se recomienda el uso temprano de la amniotomía con conducción temprana con oxitocina para la prevención del retraso del trabajo de parto.

No se recomienda el uso de amniotomía sola para prevenir la prolongación del trabajo de parto.

No se recomienda el uso de antiespasmódicos para la prevención del retraso del trabajo de parto.

Para las mujeres con bajo riesgo, se recomienda administrar líquidos vía oral e ingerir alimentos durante el trabajo de parto.

Se recomienda alentar la movilidad y adoptar una posición erguida durante el trabajo de parto en las mujeres de bajo riesgo.

Se recomienda el acompañamiento continuo durante el trabajo de parto para mejorar sus resultados.

Se recomienda el uso de oxitocina sola para el tratamiento de la prolongación del trabajo de parto.

No se recomienda la conducción con oxitocina intravenosa hasta que no se haya confirmado la prolongación del trabajo de parto.

Se recomienda el uso de amniotomía y oxitocina para el tratamiento de la prolongación confirmada del trabajo de parto.

5.3 Modelo de atención obstétrica

La Comisión Interinstitucional de Enfermería creó en 2005 el Modelo de Atención Obstétrica centrado en la mujer gestante y su familia, para optimizar el potencial de la enfermera obstetra y perinatal. El objetivo de este estudio es describir el desempeño exitoso del modelo obstétrico por profesionales de enfermería, a fin de aportar evidencias para el diseño de políticas en salud materna y perinatal.

Ante tal evidencia y frente a la situación particular del Estado de México derivada de la existencia de casi 8 millones de mujeres y 350,000 nacimientos anuales, se inició por primera ocasión en el sistema público de atención a la salud como parte de la Red Materna en el Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) y con el liderazgo de la maestra Beatriz García López, Jefe estatal de Enfermería, la gestión e innovación del cuidado integral a las mujeres embarazadas a través de la implementación y consolidación del Modelo Obstétrico incluyendo

intervenciones como la atención del parto, valoraciones obstétricas en el servicio de urgencias, vigilancia del puerperio inmediato, mediano y cuidados inmediatos del recién nacido. En 2008, se implementó este programa en el Hospital General de Cuautitlán (HGC) del Estado de México, localizado en uno de los municipios con mayor densidad poblacional.⁴⁰

El desarrollo del modelo obstétrico permite proporcionar atención de acuerdo con lineamientos y normas oficiales, trabajar en conjunto con el equipo multidisciplinario con comunicación efectiva, actualizar y capacitar al personal de enfermería en la atención obstétrica, garantizar la atención prenatal personalizada con periodicidad y accesibilidad en la atención.

Todo lo anterior concuerda con lo establecido por la OMS: “los profesionales especializados en esta área deberán promover el apoyo social, fungir como consejeros y educadores de las mujeres y sus familias y a las comunidades donde actúan, respecto al autocuidado reformulando las políticas públicas relacionadas con la salud de la mujer y sus hijos.

Por su parte, el modelo de enfermería obstétrica en el Estado de México se reconoce como la alternativa más confiable y rentable para la atención del parto de bajo riesgo y cuidados mediatos al puerperio y recién nacido; garantizando la aplicación de las mejores prácticas desde el punto de vista técnico, de relación interpersonal y de respeto a la interculturalidad, que aseguren la salud reproductiva de la madre y calidad de vida del producto. Los estudios realizados sugieren que la presencia de obstetras competentes en el momento del parto es una de las intervenciones clave para reducir la mortalidad materna y perinatal, pues cuando sobrevienen complicaciones, los que lo atienden deben ser aptos para aplicar medidas de urgencia o referir a las mujeres a la unidad de salud apropiada.⁴¹

La relevancia del proyecto estriba en la pertinencia, factibilidad, magnitud y trascendencia de implantar un modelo innovador de atención de enfermería al

embarazo, parto y puerperio mediato, por consultoría de enfermería profesional, como una prioridad estatal y con potencial de implantación nacional, que garantiza impactos observables y medibles, en los riesgos y daños a la salud materna y perinatal. La implantación del modelo obstétrico de enfermería garantiza a corto plazo contribuir fuertemente a la reducción progresiva de la morbilidad materna y perinatal, en los espacios de implantación.

5.4 Modelo asistencial centrado en la humanización

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda seguir una pauta de atención a la asistencia al parto de forma más humanizada, no medicalizada, ni intervencionista, respetando los derechos de la mujer.

El modelo centrado en la humanización de los cuidados en el parto tiene su origen en la reunión de la OMS de 1985 en Fortaleza (Brasil), donde se propugnó un cambio en el modelo de atención que se daba al parto para que el nacimiento no fuese tratado como una enfermedad. Una de las principales líneas de actuación era desplazar el protagonismo del proceso de parto desde los profesionales implicados en éste hacia la mujer, su hijo y su familia.⁴²

Para conseguir que el parto se considerara un proceso normal había que trabajar en la limitación de ciertas prácticas clínicas, como la episiotomía sistemática, amniorrexis artificial en todos los partos, etcétera y favorecer otras, como el inicio temprano de la lactancia materna, no limitar la deambulación de la parturienta, tener en cuenta la opinión de la mujer y respetar sus decisiones, favorecer su participación en el proceso de parto haciéndola partícipe en la toma de decisiones.

El nuevo modelo de atención sanitaria, basado en la humanización perinatal, consigue una alta satisfacción de la usuaria, menor tasa de cesáreas y la implementación mayoritaria de prácticas clínicas, como el establecimiento temprano del contacto piel con piel y de la lactancia materna, aunque se mantiene un uso bajo de las medidas analgésicas alternativas y de la analgesia epidural.

La propuesta de humanización del parto tuvo gran énfasis en 1987 con el proyecto La Maternidad Segura cuyo objetivo fue elevar la calidad de la atención a la salud materna infantil, reduciendo la morbimortalidad, a través de la acreditación de las instituciones que promuevan la ayuda integral a la salud de la mujer y del niño.

En 1996, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publica una Guía práctica: ayuda al parto normal, donde conceptúa el parto normal y la humanización del parto y cita a la enfermera obstetra como personaje de importancia, siendo esta una profesional calificada para atender al parto, contribuyendo a la humanización de esta ayuda. En este documento se proponen cambios importantes en la práctica obstétrica.⁴³

Este documento (OMS, 1996) presenta cuatro categorías para las prácticas obstétricas:

- a. Demostradamente útil y que deben ser estimuladas.
- b. Claramente dañosas o ineficaces y que deben ser eliminadas.
- c. Con relación a aquellas que no existen evidencias suficientes para apoyar una recomendación clara y que deben ser utilizadas con cautela, hasta que más investigaciones clarifiquen la cuestión.
- d. Frecuentemente usada de modo inadecuado.

El factor humanizante del proceso del parto no depende del uso de la tecnología en sí misma sino a lo que se entiende por atención humana, natural y digna. Entendemos, por tanto, que se tiene una posición clara y precisa sobre el concepto de humanización en el desarrollo de su práctica profesional.

Sobre este aspecto hay que resaltar la importancia de los valores adquiridos por la matrona durante la formación académica y práctica, tales como el altruismo, la igualdad, la dignidad humana. Todos ellos de suma importancia para atender las

necesidades y expectativas de la mujer, impregnando de humanización sus prácticas profesionales en la atención del proceso reproductivo.⁴⁴

El hablar de humanización lleva consigo la particularidad de que los seres humanos son únicos e irrepetibles y, por lo tanto, se deben tener en cuenta las individualidades para la atención; de acuerdo con Trevizan et al. (2003), el profesional de enfermería es el responsable de gerenciar la atención a las personas con apoyo sustancial en la propuesta con visión humanista.

La humanización del cuidado en enfermería permite reflexionar sobre las necesidades de las mujeres que se encuentran en trabajo de parto y parto, las cuales deben ser atendidas con especial consideración por su estado de vulnerabilidad.

Según Vanegas (1995), para que los resultados del parto se lleven a cabo en forma exitosa, el personal de salud que atiende a la madre y a su hijo debe asumir una alta responsabilidad que implica sus acciones, sus omisiones y su actitud humanizada en este proceso.

La madre y su hijo son seres holísticos, con percepciones y sensaciones estrictamente individuales.⁴⁵

La Red Latinoamericana y del Caribe para la humanización del parto y nacimiento RELACAHUPAN (2003) elaboró unos pasos o etapas que deberán seguirse en todos los países de la región, los cuales contemplan: el respeto a los derechos de la mujer y a su rol protagónico, erradicación de todas las formas de violencia en la atención, fomento y creación de mecanismos de denuncia, ofrecer espacios para la participación activa de la mujer en la atención materno-perinatal, revisión de tecnologías utilizadas y evaluación de las nuevas antes de su incorporación, capacitación permanente a las personas encargadas de los servicios de salud y atención con calidad sin discriminaciones, el compromiso y la dedicación serán aspectos fundamentales, sin dejar de lado el trabajo.

Recomendaciones para un parto humanizado

La comunidad debe estar informada acerca de los procedimientos alrededor del parto, a fin de que las mujeres embarazadas decidan.

Se debe fomentar la capacitación de matronas y obstetras profesionales, quienes se encargarán de la atención en embarazos y partos normales.

Los hospitales deben dar a conocer la información sobre los partos, incluido el porcentaje de cesáreas que practican.

No existe justificación en ninguna región para que se exceda del 10 al 15% en partos por cesárea.⁴⁶

No hay pruebas de que se requiera una cesárea después de una cesárea anterior transversa en el segmento inferior. Deben favorecerse los partos naturales después de las cesáreas en cualquier lugar que cuente con servicio quirúrgico de urgencia.

No hay pruebas de que la vigilancia electrónica del feto durante el parto tenga efectos positivos en el resultado del embarazo.

No están indicados el afeitado de la región púbica ni la administración de enemas.

Las embarazadas no deben ser colocadas en posición de litotomía (acostadas boca arriba) durante el trabajo de parto ni en el parto. Deben ser libres de caminar durante el trabajo de parto y de elegir la posición que desea durante el parto.

No se justifica la episiotomía (incisión realizada para ampliar la abertura vaginal) como procedimiento rutinario.

No deben inducirse los partos por conveniencia. La inducción del parto debe limitarse a determinadas indicaciones médicas. Ninguna región geográfica debería tener un porcentaje de partos inducidos mayor al 10%.

Debe evitarse la administración rutinaria de analgésicos o anestésicos que no se requieran específicamente para corregir o evitar complicaciones en el parto.

No se justifica la ruptura temprana artificial de las membranas por rutina.

El recién nacido sano debe permanecer con la madre cuando así lo permite el estado de salud de ambos. Ningún procedimiento de observación del bebé justifica la separación de su madre.

Debe fomentarse el amamantamiento, incluso antes de que la madre salga de la sala de parto.

Deben identificarse las unidades de atención obstétrica que no aceptan ciegamente toda tecnología y que respetan los aspectos emocionales, psicológicos y sociales del nacimiento. Además, deben fomentarse las unidades de ese tipo y sus procedimientos deben estudiarse, a fin de que influyan en las opiniones obstétricas del país.

Los gobiernos deben considerar adoptar nuevas normas que impliquen nuevas tecnologías sólo después de una adecuada evaluación.

5.5 Dolor en el trabajo de parto

Para la mayoría de las mujeres el dolor de parto es tenido como la peor experiencia de sus vidas. El dolor de las contracciones uterinas es un proceso complejo que envuelve interacciones de mecanismos centrales, periféricos e intercambio continuo de informaciones por vías ascendentes y descendentes de nociceptores. En estos términos, entendemos que el dolor de parto envuelve factores emocionales, sensoriales, ambientales y existenciales.

Por lo tanto, la actitud profesional es de relevante importancia en la asistencia a la parturienta, considerando que todo eso podrá ser realizado, además del abordaje de empatía, asociándose la utilización de Estrategias No Farmacológicas (ENF) adecuadas objetivando aliviar el dolor, tan presente en las parturientas, teniendo

en vista las relaciones interpersonales en la interacción entre el profesional, la parturienta y la familia de esta. Con la aplicación de esas estrategias, el proceso de parto podrá ser menos doloroso, menos tenso, considerando que las mismas necesitan de atención, de consejos y de habilidades de comunicación, con la finalidad de conducir mejor el trabajo de parto.⁴⁷

La fisiología del dolor no es la misma durante todo el trabajo de parto, varía de acuerdo con su evolución. En su primera etapa, la de dilatación, el dolor es visceral, surgiendo de las contracciones uterinas y de la dilatación cervical, transmitida por las fibras aferentes simpáticas. En esta etapa el dolor es transmitido para la médula espinal al nivel de D10-L1 por fibras A delta y fibras C viscerales aferentes con origen en la pared lateral y en el fondo uterino.

La transmisión siguiente aferente del útero y cérvix para la médula espinal es transmitida por medio de los plexos hipogástricos y aórticos. Así, los impulsos aferentes nociceptivos cruzan la cadena simpática lumbar y se dirigen a la cadena simpática torácico por medio de ramos comunicantes con los nervios de D10-L1. Por consiguiente, las fibras que conducen el impulso doloroso hacen sinapsis interneurónicos con la espina dorsal, volviendo después de la modulación.

En la segunda etapa, la de expulsión, la estimulación nociceptiva de las contracciones provenientes del cuerpo uterino y de la distensión del segmento continúa cuando la cérvix llega a su dilatación total. Sumándose a todo esto, se tiene la presión ejercida por la presentación fetal en las estructuras de la pelvis que va a dar origen al dolor somático, ocurriendo estiramiento de la fascia y de los tejidos subcutáneos del canal de parto, distensión del perineo y presión en los músculos del suelo pélvico. Entiéndase que, en la segunda etapa del trabajo de parto el dolor somático es transmitido al nervio pudiendo en la altura de las vértebras sacras S2, S3 y S4.⁴⁸

En contraste con el dolor de la primera etapa, que se comporta de forma difusa y mal localizada, el dolor somático de la segunda etapa es más intenso y bien localizado.

5.6 Recomendaciones sobre el nacimiento

Toda mujer tiene derecho a una atención prenatal adecuada y un papel central en todos los aspectos de dicha atención, incluyendo participación en la planificación, ejecución y evaluación de la atención.

- Los ministerios de sanidad deben establecer normas específicas sobre la tecnología apropiada para el parto en los sectores público y privado.

- Los países deben efectuar investigaciones conjuntas para evaluar las tecnologías de atención al parto.

- Toda la comunidad debe ser informada de los distintos métodos de atención al parto, de modo que cada mujer pueda elegir el tipo de parto que prefiera.

- Se debe animar a las madres y a sus familias a practicar el auto cuidado en el periodo perinatal, y a reconocer cuándo necesitan ayuda y de qué tipo para mejorar las condiciones del embarazo, parto y puerperio.

- Los grupos de ayuda mutua entre madres ofrecen un valioso apoyo social y una oportunidad única para compartir información sobre el parto.

- El equipo sanitario debe fomentar actitudes coherentes para garantizar la continuidad en el control del parto, y el equipo perinatal debe compartir una filosofía de trabajo común, de modo que los cambios de personal no dificulten la continuidad en la atención.⁴⁹

- Los sistemas informales de atención perinatal (como las parteras tradicionales) deben coexistir con el sistema oficial, y se ha de mantener un espíritu de colaboración en beneficio de la madre. Tales relaciones pueden ser muy efectivas cuando se establecen en paralelo.

- La formación de los profesionales debe transmitir los nuevos conocimientos sobre los aspectos sociales, culturales, antropológicos y éticos del parto.

Significado de la humanización del parto en el concepto de las enfermeras obstetras

El uso excesivo de medicinas y tecnologías en la ayuda al parto en el transcurso de la historia había cambiado este proceso natural en un parto medicado e intervencionista. La mujer pasó de figura principal de este momento a una simple figurante que los profesionales utilizaron para demostrar todo su talento, robando la escena de este momento único y maravilloso de la vida de una mujer.

Las enfermeras obstetras ven la humanización del parto como un proceso de devolución del parto a la mujer, la devolución del derecho de la mujer de asumir el momento del parto, pudiendo ella dirigir y ser una orientadora de los profesionales que irán a asistirle en este momento, porque este derecho le fue quitado con el crecimiento del uso de técnicas y de tecnologías obstétricas, pasando la mujer a un ser manipulado y sin voz.⁵⁰

Michel Odent en su última conferencia en Brasil: Promoviendo la Salud y Previniendo la Violencia, dijo que debemos mantener la privacidad de la mujer durante el trabajo de parto, previniendo estímulos externos como monitorización, luces, preguntas innecesarias, porque llevan la liberación de las neurohormonas que intervienen en el proceso natural del parto.

VI. METODOLOGÍA

6.1 Estrategia de investigación: Estudio de caso

El instrumento utilizado para el desarrollo del presente trabajo fue el estudio de caso, cumpliendo con las características principales del mismo; particularista, descriptivo, heurístico e inductivo.

En el estudio de caso los datos fueron obtenidos de diferentes fuentes; entrevista indirecta a través del expediente clínico y entrevista directa dirigida a la señora Erika a través de la aplicación del instrumento de valoración perinatal, quien ingresa al área de labor para inducción de trabajo de parto por embarazo prolongado el día 17 de Noviembre en el Hospital General “La perla”.

6.2 Selección de caso y fuentes de información

El método del estudio de caso es una herramienta valiosa de investigación, su mayor fortaleza radica en que mide y registra la conducta de las personas involucradas en el fenómeno estudiado desde múltiples perspectivas.

El presente estudio de caso se fundamenta en la teoría del Déficit de autocuidado Dorothea Elizabeth Orem, cuya finalidad es mantener la funcionalidad vital de la persona mediante el cuidado de sí misma.

Se seleccionó a Erika, que ingreso al área de labor, para inducción de trabajo de parto por presentar embarazo postérmino de 42 semanas de gestación, se lleva a cabo el acompañamiento tratando de respetar el modelo obstétrico y favoreciendo el desarrollo de un parto humanizado y valorando hasta el momento del puerperio.

Fuentes de información

Se realizó la recolección de información de Erika a través de una entrevista directa, utilizando el instrumento de valoración perinatal e indirecta con la revisión del expediente clínico, hoja de ingreso, historia clínica, estudios de laboratorio. Por otro lado la consulta de información de diversos sitios de internet, buscadores, libros, artículos, revistas, bibliotecas, procurando la obtención de la literatura actualizada e innovadora.

6.3 Consideraciones éticas

Es importante que el profesional de enfermería conozca los derechos humanos que son y han sido siempre el pilar más importante de referencia para la existencia de los códigos de ética profesional de enfermería y que deben ser parte de nuestra práctica diaria.

El ejercicio de la enfermería requiere de conciencia de los valores que se sustentan a diario, los cuales son auténticamente fundamentales, así como la salud, libertad, dignidad, en suma la vida humana, requiere que todos los profesionales de enfermería fundamenten con razones de carácter ético las decisiones que tomen.

El personal de enfermería desde su formación debe conocer y estudiar el Código de Ética, para aplicarlo como parte inherente a su práctica profesional, ya que representa un sustento normativo de gran importancia y el cual debe protegernos y ser un incentivo para el desarrollo de la práctica profesional de calidad y calidez.

En México, ha sido un logro importante para la Enfermería Mexicana que el Colegio Nacional de Enfermeras coordinara los trabajos con el Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería con el apoyo de CONAMED para la elaboración de la Carta de los Derechos de las Enfermeras y los Enfermeros.⁵¹

Constitución Mexicana en materia de salud

El artículo 4o. la nación mexicana tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas. La ley protegerá y promoverá el desarrollo de sus lenguas, culturas, usos, costumbres, recursos y formas específicas de organización social, y garantizará a sus integrantes el efectivo acceso a la jurisdicción del estado. En los juicios y procedimientos agrarios en que aquellos sean parte, se tomarán en cuenta sus prácticas y costumbres jurídicas en los términos que establezca la ley. El varón y la mujer son iguales ante la ley.

Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia. Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.⁵²

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta constitución.

Toda familia tiene derecho a disfrutar de vivienda digna y decorosa. La ley establecerá los instrumentos y apoyos necesarios a fin de alcanzar tal objetivo.

Derechos 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.⁵³

Al colocarse como beneficiarios de estos derechos, los pacientes cuentan también con las siguientes obligaciones, enmarcadas en el Artículo 77 bis 38 de la Ley General de Salud.

- I. Adoptar conductas de promoción de la salud y prevención de enfermedades;
- II. Hacer uso de la credencial que los acredite como beneficiarios como documento de naturaleza personal e intransferible y presentarla siempre que se requieran servicios de salud;
- III. Informarse sobre los procedimientos que rigen el funcionamiento de los establecimientos para el acceso y servicios de atención médica;
- IV. Colaborar con el equipo de salud, informando verazmente y con exactitud sobre sus antecedentes, necesidades y problemas de salud;
- V. Cumplir las recomendaciones, prescripciones, tratamiento o procedimiento general al que haya aceptado someterse;
- VI. Informarse acerca de los riesgos y alternativas de los procedimientos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen, así como de los procedimientos de consultas y quejas;
- VII. Cubrir oportunamente las cuotas familiares y reguladoras que, en su caso, se le fijen;
- VIII. Dar un trato respetuoso al personal médico, auxiliar y administrativo de los servicios de salud, así como a los otros usuarios y sus acompañantes;
- IX. Cuidar las instalaciones de los establecimientos de salud y colaborar en su mantenimiento;
- X. Hacer uso responsable de los servicios de salud

XI. Proporcionar de manera fidedigna la información necesaria para documentar su incorporación al Sistema de Protección Social en Salud y para la definición del monto a pagar por concepto de cuota familiar.

Responsabilidad profesional

La responsabilidad profesional constituye una modalidad de la responsabilidad civil, caracterizada porque los hechos o presupuestos de que deriva pertenecen a la actividad propia de una profesión, sea esta liberal o esté determinada por una relación de empleo, pública o privada, que ligue al sujeto con otra persona o entidad.

Consentimiento Válidamente Informado (CVI)

Es un acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.⁵⁴

Se considera representante legal a aquella persona legitimada para recibir la información relativa al paciente, para favorecer la salud de su representado.

Características

- a) Es un acto de decisión libre y voluntaria realizado por una persona competente.
- b) Se presenta antes del acto médico y subsiste a lo largo de todo el tratamiento.
- c) Acepta las acciones diagnósticas o terapéuticas sugeridas por sus médicos.
- d) Fundado en la comprensión de la información revelada respecto de los riesgos y beneficios que le pueden ocasionar.

Objetivos y Sustento

- a) Beneficio del paciente y su médico,
- b) Tratamiento médico quirúrgico ajustado a la praxis profesional,
- c) Seguridad del profesional para realizar el acto médico,
- d) Delimitado de alcances y entorno, y
- e) Refrenda de confianza y compromiso en la relación médico-paciente.

Principios éticos

La ética médica juzga los actos médicos con base en cuatro principios fundamentales: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia. Los actos de los médicos y otros profesionales de la salud deben guiarse por estos principios.

Principio de no maleficencia

Cualquier acto médico debe pretender en primer lugar no hacer daño alguno, de manera directa o indirecta. Con frecuencia se hace referencia a este principio con su versión en latín, *primum non nocere*, que significa literalmente primero no dañar.

Principio de beneficencia

Se refiere a que los actos médicos deben tener la intención de producir un beneficio para la persona en quien se realiza el acto.

Principio de autonomía

Alude al derecho del paciente de decidir por sí mismo sobre los actos que se practicarán en su propio cuerpo y que afectarán de manera directa o indirecta su salud, su integridad y su vida. El ejemplo máximo del respeto a la autonomía del paciente es el consentimiento informado, que significa que es necesario que el paciente otorgue su permiso para que cualquier acto médico sea practicado en su persona.⁵⁵

Principio de justicia

Obliga a tratar a cada paciente como le corresponde; esto es, sin más ni menos atributos que los que su condición amerita.

Declaración Universal de los Derechos Sexuales

- El derecho a la libertad sexual
- El derecho a la autonomía sexual, a la integridad sexual y a la seguridad sexual del cuerpo
- El derecho a la privacidad sexual
- El derecho a la igualdad sexual (equidad sexual)
- El derecho al placer sexual
- El derecho a la expresión sexual emocional
- El derecho a la libre asociación sexual
- El derecho a tomar decisiones reproductivas, libres y responsables
- El derecho a la información basada en conocimiento científico, sin censura religiosa o política
- El derecho a la educación sexual general
- El derecho a la atención clínica de la salud sexual.

Derechos de la mujer Mexicana

- Derecho a la educación.
- Derecho a la salud.
- Derechos sexuales y reproductivos.⁵⁶
- Derecho a no ser víctimas de violencia.
- Derecho al trabajo.
- Derecho al desarrollo.
- Derecho a participar en la política.
- Derecho a un medio ambiente sano.

VII. PRESENTACIÓN DEL CASO

7.1 Descripción del caso

Mujer de 31 años originaria del estado de México, reside en Netzahualcóyotl, estado civil unión libre, ama de casa, escolaridad secundaria completa, grupo y Rh O positivo. Pareja de 32 años de edad, escolaridad secundaria terminada, trabaja actualmente como costurero, desconoce su tipo de sangre.

P: Erika, cursa con embarazo de 42 SDG por USG traspolado, G: 3, P: 2, C: 0 A: 0, acude al servicio de Urgencias obstétricas del Hospital General "La Perla" referida de su centro de salud, por presentar embarazo postérmino sin trabajo de parto.

S. Durante la valoración en el servicio de urgencias obstétricas, se encuentra alerta, orientada en sus esferas tiempo, lugar, persona y situación, refiere intolerancia al movimiento. Constantes vitales: FC.- 80 lpm FR.- 20 rpm T/A.- 100/60 mmHg, SatO2 94%, a la exploración física se observa, palidez tegumentaria, mucosa oral deshidratada, presenta diaforesis y tensión mandibular, facies de dolor, cuello cilíndrico sin adenomegalias, cardiopulmonar sin compromiso, ruidos cardiacos normales, mamas turgentes, simétricas con pezón formado y presencia de lactopoyesis, abdomen globoso a expensas de útero gestante, fondo uterino de 32cm, perístasis audible, producto único vivo en presentación cefálica, situación longitudinal, posición dorso a la izquierda con FCF de 140 latidos por minuto, sin actividad uterina al ingreso, genitales acorde a edad cronológica, vello púbico bien implantado, pelvis ginecoide, al tacto vaginal cérvix posterior cerrado sin borramiento y dilatación, Escala de bishop de 1, amnios integro, se aprecian lesiones en labios menores por probable VPH (Virus del papiloma humano), miembros inferiores con presencia de telangectasias, reflejos osteotendinosos normales, miembros pélvicos con Godett negativo, onicomicosis en uñas de los pies.

P. Se ingresa al área de labor para inducción de trabajo de parto, se mantiene en vigilancia.

7.2 Antecedentes generales de la persona

Erika T. M. de 31 años de edad, cuyo estado de desarrollo es adulto joven, estado civil unión libre, reside en el estado de México, escolaridad secundaria completa, religión católica y ocupación actual es el hogar. Actualmente vive con su pareja de 32 años de edad, de escolaridad secundaria completa, ocupación costurero, desconoce grupo y Rh.

Antecedentes heredofamiliares

Abuela materna es hipertensa, abuelos paternos finados, por causas naturales. Padre de 52 años, vive, padece Diabetes Mellitus. Madre de 50 años, aparentemente sana.

Antecedentes personales no patológicos

Erika, originaria y residente del estado de México, escolaridad secundaria completa, religión católica. Vivienda rentada, tipo de construcción mixta, con piso de cemento, techo de lámina, cuenta con dos habitaciones para dormir, adecuada ventilación e iluminación, refiere contar con todos los servicios básicos intradomiciliarios; agua, luz, drenaje, zoonosis positiva, convive con un perro, e indica que en su hogar no hay fauna nociva.

Antecedentes personales patológicos

Antecedentes quirúrgicos, traumáticos, crónico degenerativos y transfusiones negados.

Antecedentes ginecobstétricos

Menarca a los 15 años, telarca y pubarca a los 11 años, menstruación con ciclos regulares de 28 x 8, eumenorrea. Inicio de vida sexual activa a los 17 años, parejas sexuales 2, VDRL y VIH negativos, método de planificación familiar negado, utiliza preservativo. Papanicolaou hace 2 años, con detección de lesiones por VPH cuyo tratamiento fue crioterapia, G: 3, P: 2, C: 0 A: 0, FUM: 2 de Febrero 2017, FPP: 9 de Noviembre de 2017. Con control prenatal de tres consultas en su centro de salud, toma ácido fólico desde las 8 semanas de gestación, infección de vías urinarias en el séptimo mes, tratada con ampicilina.

Padecimiento actual

Erika multigesta con embarazo de 42 semanas de gestación por ultrasonido traspolado del primer trimestre, acude al servicio de Urgencias obstétricas del Hospital General “La Perla” referida de su centro de salud, por presentar embarazo postérmino sin trabajo de parto. A la valoración refiere dolor de tipo obstétrico, que inicia alrededor de las 12:00 hrs. Niega pérdidas trasvaginales y datos de vasoespasmo, refiere sensación de palpitations, presenta diaforesis y tensión mandibular. A la exploración se encuentra un fondo uterino de 32cm, producto único vivo en presentación cefálica, situación longitudinal, posición dorso a la izquierda con FCF de 140 lpm, al tacto vaginal cérvix cerrado, membranas integrales.

VIII. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

8.1 Valoración

Características de la familia

Pertenece a una familia nuclear, vive con su esposo e hijas, considera que su relación con los anteriores es buena, en general la relación con sus otros familiares es regular, los visita cada 15 días. El sustento de su familia es su esposo.

Características del ambiente

Vivienda rentada, tipo de construcción mixta, con piso de cemento, techo de lámina, cuenta con dos habitaciones para dormir, adecuada ventilación e iluminación, refiere contar con todos los servicios básicos intradomiciliarios; agua, luz, drenaje. Utiliza el gas natural como combustible para cocinar. La recolección de basura en su zona la realizan cada tercer día, donde vive con su esposo e hijas. Refiere zoonosis positiva, pues convive con un perro, niega fauna nociva. Cerca de su casa no hay fábricas u hornos que implique posible factor de riesgo.

8.1.1 Requisitos universales de autocuidado

1.- Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.

Mujer con hábitos higiénicos adecuados, refiere realizar aseo de fosas nasales diariamente, convive con fumadores de manera ocasional, niega toxicomanías.

No utiliza ninguna técnica que mejore su respiración. Nunca ha tenido la necesidad de utilizar algún apoyo respiratorio.

Se encuentra en la exploración física, signos vitales; frecuencia cardiaca de 80 lpm, frecuencia respiratoria de 20 rpm, temperatura corporal de 36°C, tensión arterial de 100/60 mmHg. Con uso del Doppler se ausculta FCF de 142 lpm.

Se observa nariz, bien implantada, ausencia de rinorrea, narinas permeables, mucosa íntegra, tórax normolineo, simétrico con adecuados movimientos de amplexión y amplexación, a la auscultación hay murmullo vesicular audible sin presencia de ruidos agregados (sibilancias, estertores u otros). Sistema cardiovascular sin compromiso, se ausculta buen ritmo cardíaco, ausencia de soplos cardíacos. Refiere disnea de esfuerzo, relacionada con la posición decúbito dorsal, ya que el peso del feto in útero aumento durante el último trimestre.

Extremidades superiores y pélvicas simétricas, eutérmicas, adecuada coloración, un llenado capilar 2", con ausencia de edema y presencia de telangectasias en miembro inferior izquierdo.

2.- Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.

En relación a sus hábitos de salud, acostumbra tomar agua potable de garrafón, ingiriendo de medio a un litro de agua al día. Consume refresco dos veces por semana, café y leche diariamente (de 1 a 2 tazas). Refiere tener dificultad para el consumo de agua simple.

Mucosas y piel semihidratadas, se observan labios con pequeñas lesiones por deshidratación.

Al momento de la valoración cuenta con un catéter periférico cortó, calibre #18 en miembro superior izquierdo, permeable con una solución glucosa al 5% de 1000ml + 5 UI de Oxitocina a 8 gotas por minuto. 2.5 mU (miliunidades) de oxitocina por hora.

3.- Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.

Realiza 3 comidas al día, consumiendo los siguientes alimentos a la semana: Leche 7/7, carne 3/7, huevo 3/7, verduras 2/7, frutas 2/7, tortillas 7/7, pan 7/7, quesos 2/7, embutidos 2/7, sal 7/7 y azúcar 7/7. Hay alimentos que le agradan

como las enchiladas y le desagrada el espagueti. Menciona que le es difícil consumir verduras ya que no le gusta la consistencia.

Durante el embarazo consumió como suplemento alimenticio; hierro, ácido fólico y calcio desde el primer trimestre en la semana 8 de gestación.

El sentido que expresa darle a la comida es de un momento de convivencia. El desayuno lo realiza en casa, donde se encuentra sola, disponiendo de 30 minutos, en un día normal consume té y pan. Realiza una colación durante la tarde que se conforma de unas frituras o galletas. La comida la realiza a las 16:00hrs con sus hijas disponiendo de 1 hora. La cena la realiza con su esposo e hijas en casa, disponiendo de 30 minutos.

Piezas dentales completas, sin presencia de halitosis o dificultad para masticar, su sentido del gusto es bueno. No utiliza prótesis dental, hay presencia de caries en los primeros molares inferiores de lado derecho, sin presencia de nauseas, vomito, anorexia, pirosis u otro problema del aparato digestivo.

Durante su estancia en el área de labor se mantiene por indicación médica en ayuno, cambiando a líquidos claros como parte de una atención humanizada en el parto.

4.- Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y excrementos.

En relación a las características de eliminación y frecuencia, desde el inicio del tercer trimestre del embarazo manifiesta disminución del número de deposiciones al día, evacuando heces duras y formadas, lo que le ocasiono hemorroides, sin tratamiento, por lo cual ella consumió ciruela pasa y papaya, no siendo constante.

Patrón de micción 4 veces al día en algunas ocasiones concentrada.

Durante la estancia en el servicio de labor tuvo una diuresis de 800ml aproximadamente durante el turno. Con un patrón de micción de 3 ocasiones.

5.-Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo.

Actualmente se dedica al hogar. Acostumbra levantarse temprano para llevar a sus hijas a la escuela, ir al baño, desayunar, realizar quehaceres del hogar, cocinar, después de la escuela come con sus hijas, hacen la tarea juntas. Toma una hora de tiempo libre al día, duerme 6 horas, refiriendo agotamiento al despertar. Presenta dificultad para conciliar el sueño la cual comenzó en el último trimestre del embarazo, debido a la fatiga que le causa dormir en decúbito dorsal, ya que el peso del feto in útero le ocasiona dificultad para respirar.

En relación al sistema musculo esquelético, los miembros torácicos y pélvicos se encuentran íntegros, con adecuado tono muscular. Refiere fatiga al caminar distancias largas y al adoptar una posición decúbito dorsal, no existen tumoraciones o deformaciones.

Neurológicamente integra, alerta, orientada en sus esferas tiempo, lugar, persona y situación, sin alteraciones de lenguaje. Niega entumecimientos, refiere tener hormigueo en piernas al recorrer grandes distancias.

6.- Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.

Mantiene una comunicación verbal directa y clara, manteniendo contacto visual. No muestra mecanismo de defensa, ya que durante la entrevista se muestra segura y cooperadora.

No pertenece a ningún grupo social, ya que las actividades del hogar reducen sus tiempos libres.

A la exploración sus oídos se encuentran simétricos, bien implantados, sin presencia de secreciones, deformaciones, masas palpables, no acufenos.

Sus ojos se encuentran simétricos, con pupilas isocóricas, normorreflexicas bilaterales, sin presencia de secreciones o lagrimeo. No utiliza lentes, ya que refiere no tener alteraciones visuales.

7.- Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humanos.

En cuanto a prácticas de seguridad personal, refiere conocer las medidas de prevención de accidentes en casa, como estar atenta a la señalización de salidas de emergencia y zona de seguridad en caso de sismo.

Considerando las revisiones periódicas recomendadas y medidas terapéuticas, no realiza ninguna al año, refiere acudir al médico únicamente cuando se siente mal. Nunca se ha realizado una mastografía. Se realizó estudio de Papanicolaou hace dos años, el cual reporto lesiones por VPH, las cuales fueron tratadas con crioterapia. Acudió a revisión odontológica por última vez hace 8 años, nunca se ha realizado examen de la vista. Al médico acudió por última vez por un resfriado antes del embarazo. Dentro de las medidas de autocontrol para prevenir enfermedades menciona que conoce que es importante realizar dieta y ejercicio, así como consumir líquidos de manera regular, medidas que refiere no aplicar en ella.

En el manejo de situaciones de tensión en su vida, la realiza con auto enfado en primer lugar, posteriormente procura hablarlo con las personas de su confianza, su madre y su esposo. Escuchar música le ayuda a manejar esas situaciones.

Menciona que el embarazo le ocasiono una ganancia de peso mayor a la esperada, lo cual ocasiona una alteración en su autoimagen. Niega toxicomanías. En situaciones difíciles se acerca a Dios, el cual le brinda esperanza.

Refiere que durante su estancia en el área de labor le ocasiona ansiedad la realización de procedimientos invasivos de manera continua, ya que en embarazos anteriores le realizaron tactos recurrentes y más de un intento de colocación de acceso venoso periférico. Por lo anterior refiere sensación de palpitaciones y se observa con diaforesis y tensión mandibular al realizar algún procedimiento.

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.

En relación a sus hábitos de salud, realiza baño diario con cambio de ropa, aseo bucal 1 vez al día. Lavado de manos antes de comer y después de ir al baño. Para ella la limpieza significa una buena imagen corporal. Utiliza para su aseo: jabón, shampoo y pasta dental.

Su piel se encuentra íntegra, eutermica, semihidratada, sin presencia de erupciones, masas, cambios de color u olor. Tiene buena implantación de cabello, sin presencia de zonas de alopecia o pediculosis.

Mamas simétricas, turgentes, con galactopoyesis presente, pezón formado, sin presencia de masas o dolor a la palpación. Genitales acorde a la edad cronológica, íntegros.

Curso con infección de vías urinarias en el séptimo mes, tratada con ampicilina 500mg cada 8 horas durante 5 días.

8.2 Requisitos de autocuidado según las etapas de desarrollo.

Menarca a los 15 años, telarca y pubarca a los 11 años, menstruación con ciclos regulares de 28 x 8, eumenorreica.

FUM: 2 de Febrero 2017, FPP: 9 de Noviembre de 2017.

Descripción Ginecológica

Inicio de vida sexual activa a los 17 años, parejas sexuales 2, VDRL y VIH negativos, Método de planificación familiar negado, utiliza preservativo. Papanicolaou hace 2 años, con detección de lesiones por VPH cuyo tratamiento fue crioterapia, G: 3, P: 2, C: 0 A: 0, FUM: 2 de Febrero 2017, FPP: 9 de Noviembre de 2017. Control prenatal de tres consultas en su centro de salud,

toma ácido fólico desde las 8 semanas de gestación, infección de vías urinarias en el séptimo mes, tratada con ampicilina.

Descripción de embarazos previos

Gesta uno, sexo femenino, peso 2900g, midió 46 cm, nació a las 39 SDG, no refiere haber tenido alguna complicación o defecto al nacimiento, le brindo lactancia materna hasta el año y medio, actualmente vive.

Gesta dos, nació en un periodo intergenésico de dos años, sexo femenino, peso 3000g, midió 51 cm, y nació a las 38 SDG, le brindo lactancia materna hasta los dos años y medio, no refirió complicaciones en el embarazo o defectos al nacimiento. Actualmente vive.

Descripción del embarazo actual

Embarazo de 42 SDG por USG traspolado sin trabajo de parto. A la exploración se encuentra un fondo uterino de 32cm, producto único vivo en presentación cefálica, situación longitudinal, posición dorso a la izquierda con FCF de 140 lpm, presencia de movimientos fetales, al tacto vaginal cérvix cerrado, membranas integra. Se calcula un peso estimado por Jhonson de 3255g.

FUM: 2 de Febrero 2017, FPP: 9 de Noviembre de 2017. Con control prenatal de tres consultas en su centro de salud, toma ácido fólico desde las 8 semanas de gestación, infección de vías urinarias en el séptimo mes, tratada con ampicilina.

8.3 Requisitos de autocuidado ante una desviación de la salud.

Desviación actual. Percepción de la desviación de la salud

- Acude al servicio de Urgencias obstétricas del Hospital General “La Perla” referida de su centro de salud, por presentar embarazo postérmino sin trabajo de parto. A la valoración refiere dolor de tipo obstétrico, que inicia alrededor de las 12:00 hrs, Escala visual analógica (EVA) de 6. Niega perdidas trasvaginales y datos de vasoespasmo.

- Le indican en su centro de salud que su embarazo ya es considerado postérmino, por lo que su bebé ya debe nacer, lo cual le ocasiona miedo sobre las complicaciones que pueda tener, causando incertidumbre y ansiedad al no iniciar trabajo de parto. Piensa que su bebé no sobrevivirá dentro de su útero, o tendrá alguna complicación al nacer.

Mecanismos de adaptación

Verbaliza la sensación de miedo acerca de su situación clínica, y la adopción de las medidas indicadas por su médico.

Efectos de la desviación sobre el estilo de vida

Psicológicos: Erika refiere sentir miedo y ansiedad ya que no inicia trabajo de parto, mientras transcurre el tiempo de ingreso en la sala de labor, menciona sentir estrés y sentimientos negativos acerca de lo que ocurrirá y culpa al no haber acudido antes a urgencias.

Durante el inicio de trabajo de parto refiere dolor tipo obstétrico en la zona abdominal y pélvica, valorando con Escala visual analógica, obteniendo un puntaje de entre 6, correspondiente a dolor intenso.

Económicos: Refiere preocupación ya que a su esposo no le ha ido bien en su trabajo y sus ingresos se han visto disminuidos.

Historia previa de desviaciones a la salud.

Papanicolaou hace 2 años, con detección de lesiones por VPH cuyo tratamiento fue crioterapia. Curso con infección de vías urinarias en el séptimo mes, tratada con ampicilina. Refiere dos hospitalizaciones relacionadas con sus embarazos anteriores. Se aplica vacuna de tétanos durante el embarazo.

8.4 Análisis de estudios de laboratorio y gabinete. Biometría Hemática

Eritrocitos	4.3
Hemoglobina	12.5
Hematocrito	37.9
Volumen Globular medio	88.1
HCM	29
CMHC	33
Índice de distribución de eritrocitos	14.4
Plaquetas	257,000.0
Volumen plaquetario medio	9.3
Morfología eritrocítica	NORMAL
Leucocitos totales	8, 800
Neutrófilos totales	60
Segmentados	60
Bandas	0
Mielocitos	0
Promielocitos	0
Blastos	0
Eosinofilos	0
Basofilos	1
Monocitos	0
Linfocitos	6

Reporte de USG: 7 de Abril 2017. Se realiza estudio ecográfico obstétrico del 1er trimestre con equipo GE y transductor convexo multifrecuencia, observando lo siguiente: Útero gestante aumentado de tamaño, con medidas aproximadas de 85x64x71 mm, de características adecuadas a expensas de saco gestacional localizado en fondo uterino, con adecuada reacción decidual, en su interior con imagen correspondiente a placa embrionaria con longitud céfalo- caudal de 30 mm que corresponde a 10 semanas de gestación, con registro de frecuencia cardiaca de 159 latidos por minuto. Cuello uterino con orificio cervical interno cerrado, canal cervical con 25mm de longitud. Ambos ovarios de características conservadas.

Química sanguínea

Glucosa sérica	71.9
Urea sérica	13.9
Nitrógeno ureico sérico	6.5
Creatinina sérica	0.6
Ácido úrico	2.7
Colesterol	240.2
Triglicéridos	211.1
Aspecto del suero	NORMAL

Examen General de Orina

Color	Amarillo paja	
Densidad	1.020	
PH	6	
Glucosa	Negativo	
Proteínas	Negativo	
Sangre	Negativo	
Cuerpos cetónicos	Negativo	
Bilirrubina	Negativo	
Urobilinógeno	Negativo	
Nitritos	Negativo	
Hemoglobina	Negativo	
Examen microscópico		
Células epiteliales escamosas	4-6	(Referencia: 0-1)
Leucocitos	3-5	(Referencia: 0-3)
Eritrocitos	0	

8.5 Esquema metodológico

REQUISITOS UNIVERSALES ALTERADOS

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

V. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo

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

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO SEGÚN LA ETAPA DE DESARROLLO
Adulto Joven

UNIDAD DE OBSERVACIÓN
Erika: G3, P2, Embarazo de 42 SDG X USG traspolado + Sin trabajo de parto y mala adaptación ante el proceso de trabajo de parto.

AGENCIA DE AUTOCUIDADO
Desarrollado, pero no estabilizado
DEMANDA DE AUTOCUIDADO
Sin limitaciones para realizar su autocuidado
SISTEMA DE ENFERMERIA
Parcialmente compensatorio, De apoyo educativo.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO ANTE LA DESVIACIÓN A LA SALUD

Erika, acude a su centro de salud y posteriormente al hospital para asegurar su atención oportuna.

Durante su embarazo acudió a 3 consultas prenatales.

Acepta las medidas terapéuticas asignadas durante el TDP.

FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES

Edad: 31 años

Sexo: Femenino

Estado de desarrollo: Adulto Joven

Estado de salud: Embarazo de 42 SDG X USG, Sin trabajo de parto

Factores del sistema familiar:

Abuela materna Hipertensa, madre con Diabetes Mellitus.

Patrón de vida: Ama de casa, madre de dos infantes en etapa escolar.

Factores ambientales: Zoonosis positiva.

Disponibilidad y adecuación de recursos: Hospital General "La perla". Suficientes.

Nivel socioeconómico: Medio

EXPOSICIÓN A RIESGOS

Maternos

Parto prolongado

Desgarros

Hemorragia posparto (Atonía uterina)

Infección

Resolución del embarazo vía abdominal

Fetales

Macrosomía Fetal

Aspiración de meconio

Distocia de hombros

Hipoxia

Baja reserva fetal

Síndrome de Posmadurez

8.6 Jerarquización de problemas

Requisitos universales alterados

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

V. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo.

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

IIV. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y excrementos.

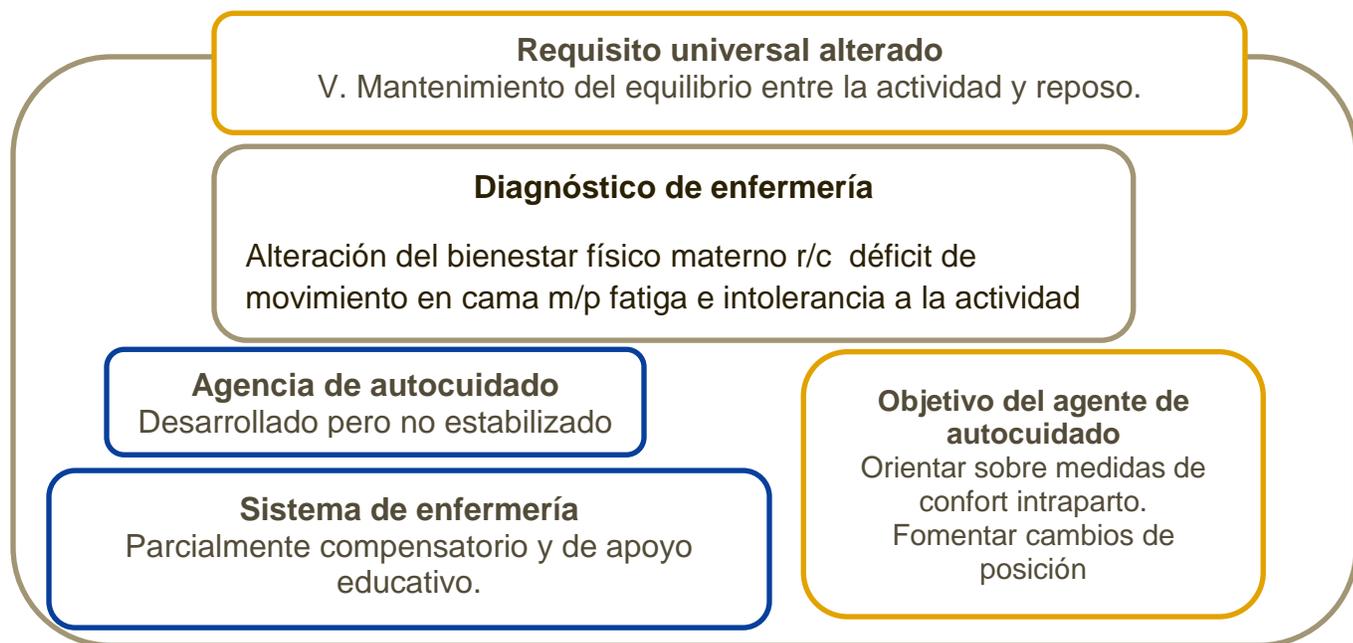
Objetivos

- Lograr una actuación oportuna y especializada para la inducción de trabajo de parto en Erika.
- Minimizar dolor obstétrico a través de medidas de psicoprofilaxis intranatal.
- Prevenir y detectar de manera oportuna los riesgos obstétricos.
- Concluir con parto eutócico siguiendo los principios de un parto humanizado.
- Orientar sobre los conocimientos necesarios para su autocuidado.
- Fortalecer vinculación in útero y la armonía con el trinomio.
- Orientar sobre medidas de confort durante el trabajo de parto.

8.7 Diagnósticos de enfermería

- Alteración del bienestar físico materno r/c déficit de movimiento en cama m/p fatiga e intolerancia a la actividad.
- Ansiedad r/c procedimientos invasivos (tactos vaginales recurrentes, colocación de acceso venoso periférico) m/p sensación de palpitaciones, diaforesis y tensión mandibular.
- Riesgo de alteración materno-fetal r/c ausencia de inicio de trabajo de parto y embarazo postérmino.
- Dolor obstétrico r/c desconocimiento de las medidas de confort intraparto m/p expresión verbal del dolor, EVA de 6, facies de dolor e intolerancia al movimiento.
- Temor r/c inexperiencia en el embarazo prolongado m/p expresión verbal de la no perceptibilidad de las contracciones y miedo sobre las complicaciones y daños a la persona no nacida.
- Riesgo de hemorragia posparto r/c parto postérmino y multiparidad.
- Alteración de la eliminación intestinal r/c déficit de conocimiento sobre una dieta rica en fibra m/p evacuación 1 vez al día, heces duras y formadas, dolor a la evacuación.
- Déficit de autocuidado r/c desconocimiento sobre medidas de protección a la salud m/p lesiones en labios menores por virus del papiloma humano.

IX. PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA
PLAN DE CUIDADOS I



Intervenciones	Fundamentación
Orientar a Erika sobre la evolución del trabajo de parto.	Es importante que la mujer conozca el proceso que vivirá durante su trabajo de parto, ya que comprenderá las implicaciones y demandas que le exigirá logrando así que curse un trabajo de parto con serenidad y entereza.
Enseñar a Erika sobre los diferentes cambios de posición que puede adoptar durante su trabajo de parto en cama.	Decúbito supino: La mujer puede estar con las caderas en flexión máxima, lo que conllevaría una retroversión pélvica y una contranutación, beneficiosos ambos movimientos para el aumento del diámetro superior de la pelvis. Esta posición beneficia el encajamiento. La saturación de oxígeno en el feto es menor.

<p>Ofrecer a Erika el cambio de posición a decúbito lateral.</p> <p>Apoyar a Erika para adoptar la posición cuadrúpeda.</p>	<p>Decúbito lateral: Proporciona a la mujer una gran libertad de movimiento en cuanto a los movimientos de anteversión/retroversión y nutación/contranutación.</p> <p>Adoptando la posición de SIMS, la mujer descansa sobre el lado izquierdo, con la rodilla y el muslo derecho flexionado y levantado. En esta postura el periné se relaja y el sacro podrá desplazarse a fin de aumentar el tamaño de los estrechos.⁵⁷</p> <p>Cuadrúpeda: Si la espalda está horizontal (manos apoyadas en el suelo y codos en extensión), la cadera quedará en un grado de flexión moderada permitiendo todo tipo de movimientos (anteversión/retroversión y nutación/contranutación).</p> <p>En cambio, si la espalda está inclinada hacia delante (posición genupectoral), las caderas están más flexionadas con la consiguiente retroversión pélvica y contranutación del sacro.</p>
---	---

<p>Orientar a Erika acerca de la posición sentada.</p>	<p>Posición sentada: Si la mujer se encuentra con las caderas semiflexionadas (por ejemplo, sentada en la camilla, mirando hacia el respaldo y apoyada en él, de forma que el sacro quede sin apoyo y con posibilidades de moverse).</p> <p>Ofrece mayor libertad para producir los movimientos de anteversión/retroversión pélvica y nutación/contranutación según la fase del expulsivo.</p> <p>En cambio, si la mujer se halla con las caderas hiperflexionadas (por ejemplo, sentada en el suelo con flexión de caderas y rodillas) su pelvis se encontrará en retroversión y su sacro en nutación con el consiguiente aumento del estrecho inferior.</p>
<p>Apoyar a Erika para llevar a cabo la posición en cuclillas.</p>	<p>Posición agachada o en cuclillas: Supone una retroversión pélvica y una nutación del sacro. La pelvis aumenta sus diámetros tanto en un sentido anteroposterior como transversal.</p> <p>Se reduce significativamente el número de desgarros perineales</p>
<p>Alentar la movilidad y adoptar una posición vertical durante el trabajo de parto.</p>	<p>Disminuye la tasa de episiotomías y la necesidad de oxitocina y analgesia ya que disminuye el dolor y aumenta la eficacia de las contracciones. Por otra parte, el feto tiene más oxigenación con esta posición.⁵⁸</p>

<p>Favorecer cambio postural durante el parto a elección de Erika, buscando con el cambio postural la posición de mayor confort.</p>	<p>Fomentar el movimiento en el trabajo de parto es una medida sencilla que facilita su progreso, aumenta la comodidad de la mujer y el control del dolor, disminuyendo así la necesidad de anestesia y analgesia.⁵⁹</p> <p>Los cambios posturales verticales favorecen que el coxis quede libre y exista mayor apertura del canal de parto. La musculatura que rodea la vagina se abre, ensanchando y acortando dicho canal.</p> <p>Las diferentes posiciones maternas pueden influir en el progreso del parto y en el tipo de parto. Cuando a la mujer se le permite levantarse de la cama, aumenta la actividad uterina y las contracciones son más regulares, debido a una mayor irrigación del útero.</p>
<p>Crear un entorno para el parto que favorezca la libertad de movimientos.</p>	<p>El medio no debería actuar como inhibidor por falta de privacidad o de medios tipo cojines o sillas.</p> <p>En un hospital ayudar a apartar la cama del centro de la habitación o incluso retirarla, y ofrecer otras herramientas como cojines, pelota, silla de parto, fulares de manera que la mujer pueda moverse de una a otro según su trabajo de parto se lo dicte.</p>

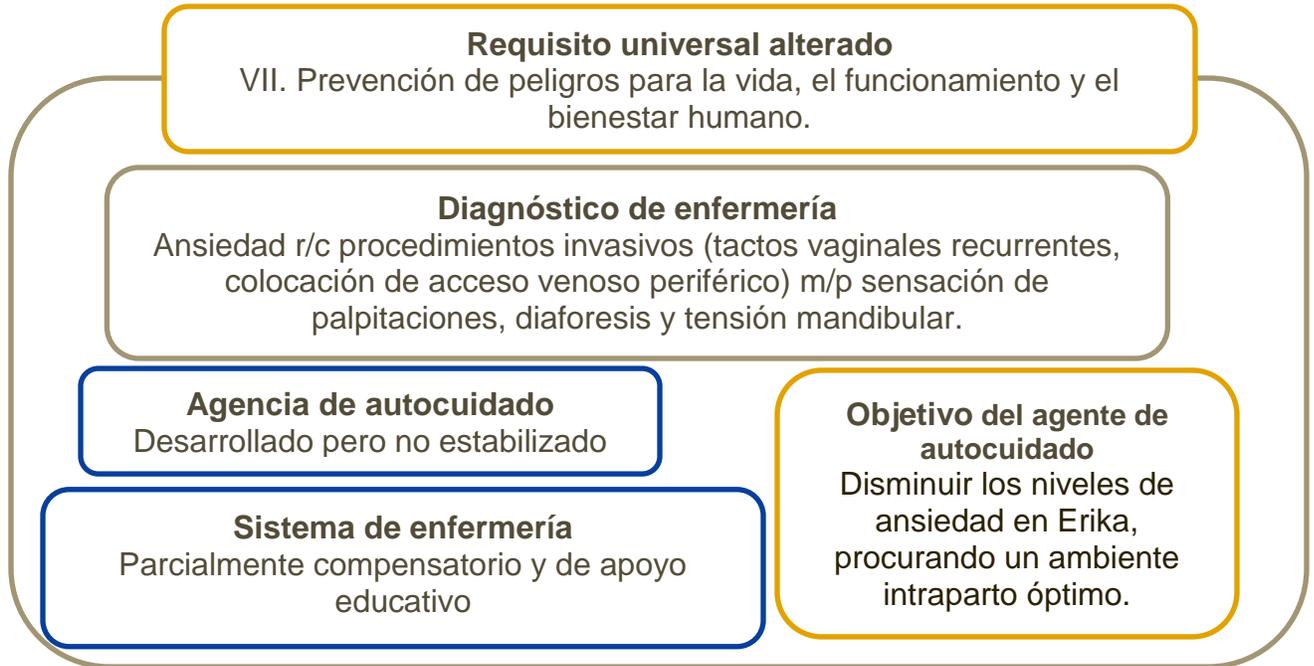
	<p>La luz baja a su elección ayuda a la mujer a ver la habitación del hospital como un entorno seguro. Minimizar intrusiones innecesarias por otros miembros del personal de salud en esencial.</p> <p>Cuando la mujer se sienta en un espacio que es suyo, donde tiene control de su territorio, privacidad y libertad de movimiento y de expresión, entonces será capaz de moverse y colocarse para encontrar su postura de manera intuitiva con completa libertad.⁶⁰</p>
<p>Facilitar a Erika la deambulaci3n.</p>	<p>La deambulaci3n podr3a facilitar los movimientos de vaiv3n de la presentaci3n fetal que, junto a la acci3n de la gravedad, ejerce una mayor presi3n de la cabeza fetal sobre el cuello y aumenta la s3ntesis end3gena de oxitocina y de prostaglandinas.</p> <p>Adem3s, favorece que la presentaci3n se encaje en asinclitismo anterior, condici3n m3s favorable, debido a que el 3ngulo de conducci3n es m3s amplio. Adem3s, la pelvis presenta mejores di3metros en esta postura.</p> <p>Si la mujer deambula, aunque se le haya administrado analgesia epidural, estos mecanismos siguen actuando, la sensaci3n de pujo tambi3n es mayor.⁶¹</p>

<p>Dar a conocer las posiciones que puede realizar fuera de cama.</p>	<p>Posición de pie: La mujer puede inclinar el tronco hacia delante y colocarse así en una semiflexión de caderas, así puede realizar libremente los movimientos de anteversión/retroversión y nutación/contranutación. Ayuda a un aumento de la intensidad de dichas contracciones, al encontrarse favorecidas por la gravedad.</p> <p>Sentada, inclinada hacia delante con apoyo: Con ayuda de una pelota, es una adecuada posición para descansar, favorece por la acción de la gravedad. Puede usarse en caso de necesitar un monitoreo electrónico.</p>
---	--

Evaluación

Erika respondió favorablemente a los cambios de posición que le permitieron mayor confort físico. Adoptó diversas posiciones, las cuales le favorecieron el proceso de adaptación a su trabajo de parto. Refirió sentirse más cómoda e independiente.

PLAN DE CUIDADOS II



Intervenciones	Fundamentación
<p>Otorgar a Erika un trato digno, favoreciendo la empatía y promover un ambiente de confianza.</p>	<p>El componente más fuerte de la percepción del buen cuidado corresponde a la competencia relacional, que permite en este caso que Erika se sientan escuchada, mirada, valorada y complacida en sus deseos e inquietudes. Esta competencia se sustenta principalmente en el apoyo emocional percibido por las mujeres, desde los profesionales de salud, y por el empoderamiento de ellas a lo largo del proceso de parto.⁶²</p>

	La entrega del componente relacional efectivo y centrado en el favorecimiento de la mantención del control de las mujeres en su propia situación de parto, ha demostrado un aumento significativo en el nivel de satisfacción de la madre durante la atención recibida en el proceso.
Favorecer un ambiente cómodo y agradable.	En todo establecimiento para la atención médica se deben aplicar las normas y procedimientos para la atención del parto y favorecer la seguridad emocional de la mujer, así como su bienestar durante todo el proceso, siendo prioritario facilitar el parto. ⁶³
Realizar el acompañamiento continuo durante el trabajo de parto.	<p>En un estudio realizado, la duración media del trabajo de parto se redujo en las mujeres que recibieron apoyo en el trabajo de parto aproximadamente 35 minutos.</p> <p>Los temas de privacidad, inclinaciones culturales y uso de recursos que a menudo plantean inquietudes al implementar esta intervención y acordó que se podrían usar medidas simples para permitir a los familiares que acompañen a la mujer durante el trabajo de parto como maneras costo-efectivas y culturalmente sensibles para encarar estas preocupaciones.</p>
Aportar información efectiva a Erika sobre los procedimientos a realizar, aclarar dudas e inquietudes.	El miedo aparece en este proceso como un sentimiento intenso de difícil exteriorización, abarcando desde miedo al dolor, hasta cercanos sentimientos de muerte. Frente a esto se revela que la información ayuda a las mujeres a orientarse a la

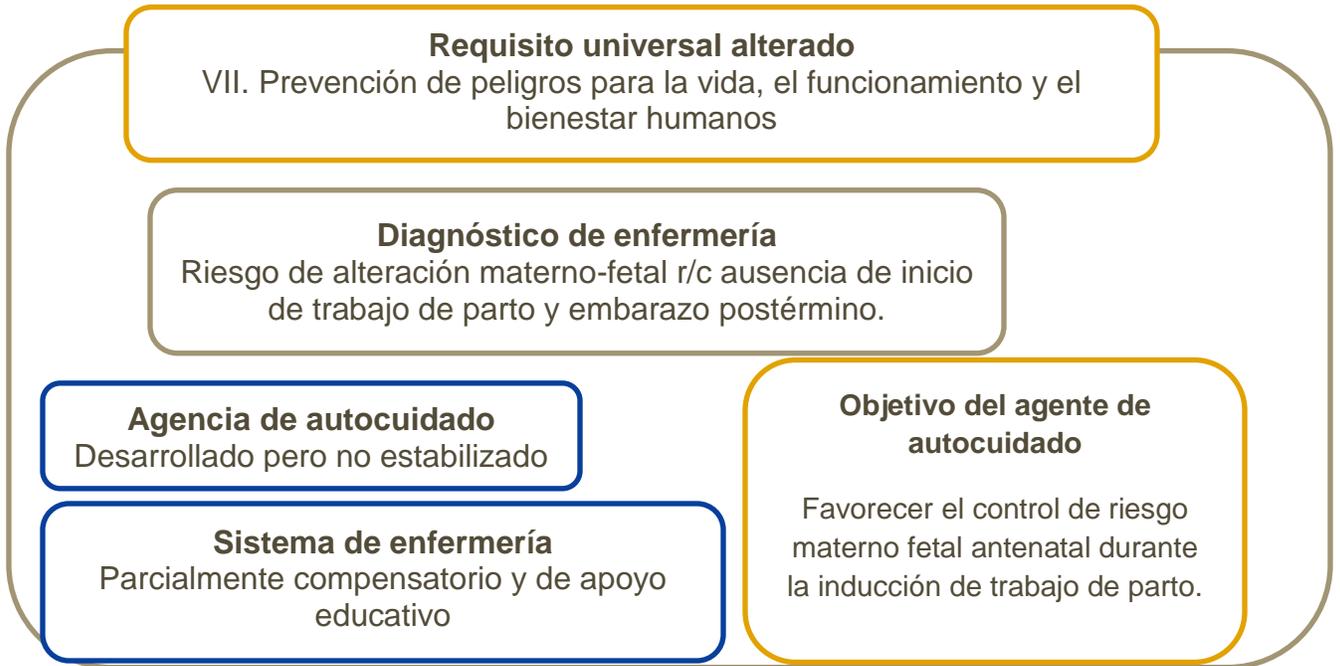
	<p>realidad y aliviar sus temores, permitiéndoles adquirir seguridad tanto en el proceso del parto, como en el personal que otorga el cuidado.⁶⁴</p>
<p>Facilitar la realización de un parto humanizado, favoreciendo una buena comunicación enfermera-paciente</p>	<p>Uno de los aspectos más importantes del «nacimiento humanizado» es ser capaz de mirar a la gestante como una persona y no como una paciente, para poder establecer una conexión humana con ella. Esta conexión entre el profesional y la mujer constituye un punto fundamental en el enfoque de atención humanizada al parto.⁶⁵</p> <p>La atención del parto respetuoso con pertinencia cultural se debe promover en los establecimientos para la atención médica de segundo nivel de atención, mediante la adecuación de espacios físicos, procedimientos de atención e implementos utilizados.⁶⁶</p>
<p>Minimizar la realización de tactos vaginales.</p>	<p>Se debe priorizar los deseos y preferencias de las mujeres y reducir a un mínimo el número total de tactos vaginales.⁶⁷</p> <p>Se recomienda según la OMS, realizar un tacto vaginal a intervalos de cuatro horas para valoración de rutina e identificación de la prolongación del trabajo de parto activo.</p>

<p>Fomentar en Erika la utilización de frases de afirmación para el parto, lo que propicie el empoderamiento de la mujer sobre su propio cuerpo.</p>	<p>Adicionalmente el uso de palabras de elogio, ayuda a las mujeres a aumentar su autoestima y la satisfacción durante el proceso vivido.</p> <p>Algunos ejemplos de afirmaciones para el parto son:</p> <ul style="list-style-type: none">-Mi cuerpo está hecho para hacer esto.-Cada expansión trae a mi bebé a un paso más cerca de estar en mis brazos.-El parto es normal.-Mi bebé y yo estamos trabajando juntos en armonía.
--	---

Evaluación

Se logró que Erika encontrara un ambiente tranquilo y óptimo, se minimizaron procedimientos invasivos realizando un tacto cada cuatro horas, se llevó a cabo el acompañamiento, lo que expresó la hizo sentir más segura. Utilizó diferentes afirmaciones para el parto y expresó sus dudas favorablemente.

PLAN DE CUIDADOS III



Intervenciones	Fundamentación
<p>Valoración clínica con enfoque de riesgo para identificar estado físico materno- fetal.</p>	<p>La valoración de enfermería es un elemento esencial para el cuidado de una gestante, ya que a través del análisis de los datos que en ella se recaban, puedes identificar los problemas (diagnósticos de enfermería), que afectan las necesidades de la embarazada.</p> <p>Al ingreso de toda mujer para la atención obstétrica, se deberá abrir el expediente clínico.</p> <p>La identificación de los factores de riesgo materno-perinatal permite la administración de los recursos humanos, tecnológicos y económicos.⁶⁷</p>

<p>Realizar el registro clínico del desarrollo del trabajo de parto a través del Partograma.</p>	<p>Partograma es el registro gráfico de la evolución del trabajo de parto, tomando en cuenta la dilatación cervical y la altura de la presentación en función del tiempo.</p> <p>Es una herramienta de monitoreo para identificar cuándo pasa a indicarse la intervención durante el trabajo de parto.</p> <p>Prevenir o diagnosticar, o ambos, el trabajo de parto prolongado para garantizar una intervención médica oportuna.⁶⁸</p>
<p>Auscultación continua intermitente de la frecuencia cardiaca fetal identificando datos de pérdida de bienestar fetal.</p>	<p>La correcta y oportuna identificación de aquellos fetos que durante el trabajo de parto experimentan un compromiso marcado de su oxigenación, exponiéndolos a un riesgo mayor de muerte o enfermedad, ha sido uno de los principales desafíos en la historia de la obstetricia.</p> <p>Este desafío ha llevado al desarrollo de métodos de vigilancia fetal intraparto, esencialmente la auscultación intermitente de los latidos cardiorfetales (LCF).⁶⁹</p> <p>La frecuencia cardiaca fetal debe auscultarse antes, durante y después de las contracciones y se sugiere un control cada 30 a 45 minutos. La basal se tomará entre contracciones, son valores normales 120 a 160 latidos por minuto. Valores entre 100 a 119 latidos por minuto señalan bradicardia y valores por arriba de 160 latidos por minuto indican taquicardia, ambos signos de hipoxia leve.</p>

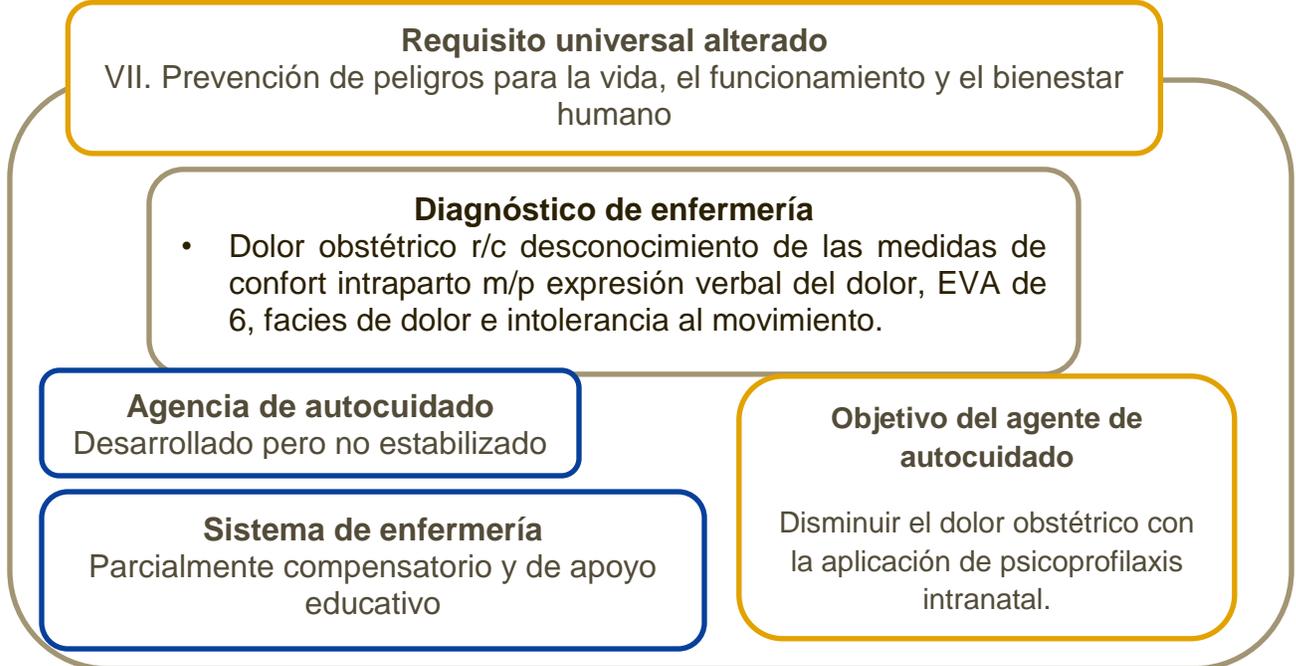
<p>Medición continua de signos vitales maternos para determinar estado de salud general (pulso, presión arterial, temperatura).</p>	<p>La NOM-007-SSA2, menciona que el registro e interpretación de los signos vitales (pulso, presión arterial, temperatura y frecuencia respiratoria) deben hacerse cada dos horas, de acuerdo a las condiciones clínicas de la gestante.</p>
<p>Valorar el inicio de trabajo de parto verdadero.</p>	<p>En la valoración de inicio del trabajo de parto verdadero, se debe interrogar sobre la percepción de contracciones uterinas dolorosas, su intensidad y frecuencia, así como sobre la expulsión de mucosidad, líquido o sangre a través de los genitales, efectuar palpación abdominal, medición de la altura uterina, presentación fetal, así como tacto vaginal para evaluar: presentación, variedad de posición, grado de encajamiento y proporción céfalo-pélvica, dilatación, borramiento y posición del cuello uterino, además de evaluar características de membranas amnióticas.⁷⁰</p>
<p>Realizar cuidados durante la inducción de trabajo de parto con oxitocina.</p>	<p>Cuando se utiliza oxitocina para inducción, se debe controlar la velocidad de la infusión intravenosa de cerca. Esta precaución es sumamente importante en aquellos contextos en los que se utilicen goteos por gravedad para administrar la infusión intravenosa.</p>

	<p>La inducción del trabajo de parto se debe realizar en centros de atención donde haya recursos apropiados para hacer un control regular de la frecuencia cardíaca fetal, tratar los potenciales efectos adversos del procedimiento (por ejemplo: tocólisis para hiperestimulación), y manejar la imposibilidad de lograr el parto vaginal, inclusive por cesárea.</p>
--	---

Evaluación

Se minimizan los riesgos maternos fetales con ayuda del monitoreo continuo de las constantes vitales del binomio. La frecuencia cardíaca fetal se mantuvo dentro de los rangos normales 110- 160 latidos por minuto. Erika en todo momento se mostró positiva con respecto a los procedimientos y la tranquilizo el escuchar continuamente los latidos cardiacos de su bebé. La inducción de trabajo de parto a través del uso de la oxitocina se realizó con éxito logrando desencadenar el trabajo de parto.

PLAN DE CUIDADOS IV



Intervenciones	Fundamentación
Mostrar empatía con Erika.	Las enfermeras durante el parto, pueden ser percibidas por las madres como confortables, en la medida que son suaves en el trato, acarician, ayudan, sonríen y brindan un cuidado satisfactorio , lo anterior puede relacionarse, con las preferencias maternas por ser cuidadas por personal femenino, quienes podrían desarrollar de manera más efectiva los rasgos antes señalados. ⁷¹

<p>Manejo del dolor por métodos no farmacológicos (psicoprofilaxis intranatal) y orientar acerca de sus beneficios.</p>	<p>La Psicoprofilaxis Obstétrica Intranatal posee un papel muy importante, cada uno de los estímulos generados serán beneficios en el momento del trabajo de parto.</p> <p>La mujer adquiere una mejor actitud durante el trabajo de parto, reflejado por la significativa disminución del dolor durante sus diferentes etapas y por la reducción del promedio del trabajo de parto.⁷²</p> <p>La gestante puede tener la oportunidad de recibir una orientación y entrenamiento centralizado en lo más importante que necesita para lograr los principales objetivos de esta atención, como la tranquilidad, seguridad y habilidades para aplicar técnicas de autoayuda que incluso serán muy beneficiosas para ella y el bebé durante su trabajo de parto.⁷³</p>
<p>Realizar ejercicios de respiración, orientando a Erika sobre los distintos tipos que existen.</p>	<p>Es importante el control adecuado respiración, ya que es una de las estrategias más sencillas para hacer frente a las situaciones de estrés y en la activación fisiológica; el habito correcto de respiración es muy importante porque aporta al organismo el suficiente oxígeno para nuestro cerebro y el buen funcionamiento para los músculos que participan en la respiración como lo es el Diafragma.</p>

<p>Mostrar a Erika la forma correcta de realizar la respiración de limpieza.</p>	<p>Respiración de limpieza: Es una inhalación profunda y lenta a través de la nariz y una exhalación también lenta a través de la boca. Se emplean al principio y al final de cada contracción. Favorecen el control del dolor durante las contracciones, provocando una sensación de alivio.</p>
<p>Orientar a Erika sobre la respiración profunda.</p>	<p>Respiración Completa o Profunda: Consiste en tomar aire por las narinas llenando al máximo los pulmones y el vientre, expulsarlo notando que está saliendo de su cuerpo, de manera que bajen los hombros y a su vez expulsando el aire inhalado por la boca. Debe utilizarse antes y después de cualquier tipo de respiración.</p>
<p>Demostrar a Erika la forma de llevar a cabo la respiración superficial.</p>	<p>Respiración Superficial: Consiste en inhalar aire por la boca con rapidez y expulsarlo de la misma forma por la boca.</p>
<p>Motivar a realizar algunos tipos de relajación.</p>	<p>Las Técnicas de Relajación, son las diferentes modalidades de lograr un estado de reposo tanto físico como mental en la madre, con la finalidad de hacerle ahorrar energía, lograr alivio de tensiones o molestias y mejorar su capacidad de concentración.</p>

<p>Llevar a cabo en conjunto con Erika la relajación superficial y profunda.</p>	<p>Relajación Superficial: Los efectos conseguidos son inmediatos, y suele aplicarse ante situaciones estresantes con el objetivo de liberar de forma rápida la tensión.</p> <p>Relajación Profunda: Método más complejo, pero a su vez más completo, mediante el cual se produce una relajación de todo el cuerpo, induciendo estados de relajación de gran magnitud, se requiere un ambiente tranquilo y que la gestante se coloque en una posición cómoda.⁷⁴</p>
<p>Combinación de otras técnicas de psicoprofilaxis con musicoterapia.</p>	<p>La Musicoterapia es un método alternativo terapéutico mediante el uso de estructuras musicales, tonos, sonidos, melodías y otros, con la finalidad de lograr motivación, relajación, meditación y estimulación durante la sesión de psicoprofilaxis obstétrica, logando así un mejor estado psico-físico, optimizando el estado emocional cognitivo y espiritual en la gestante o púérpera y su pareja durante su preparación.</p>
<p>Realizar técnica de Esferodinamia, con movimientos circulares.</p>	<p>La finalidad de la esferodinamia es fortalecer los músculos abdominales y la musculatura del piso pélvico, además de fortalecer la estabilidad lumbar, lo cual es beneficio en el momento del Trabajo de Parto, especialmente en la fase de expulsión y posteriormente en el periodo del</p>

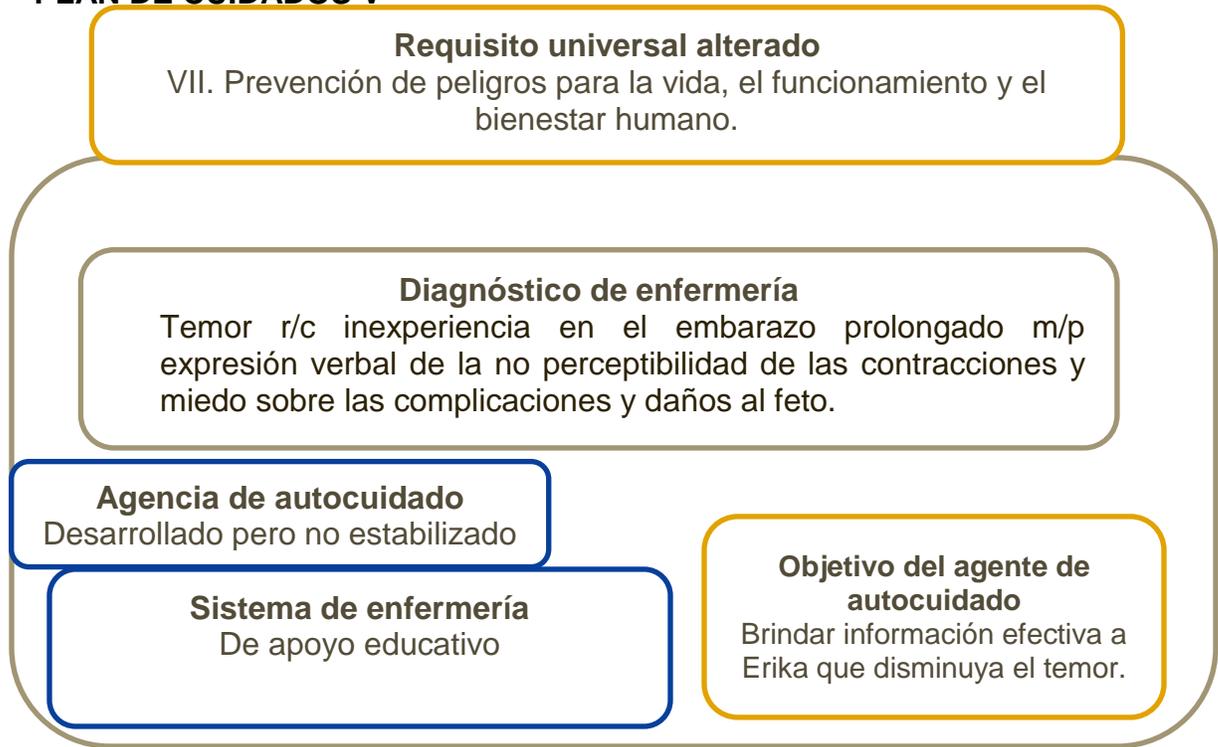
	<p>puerperio, permitiendo una pronta recuperación en la integridad de la pared abdominal y pélvica.</p> <p>Anteversión y retroversión pélvica: Mover la pelvis hacia adelante y hacia atrás en bipedestación y posteriormente sentada sobre la pelota.</p> <p>Círculos con región lumbopélvica: Sentada sobre la pelota, con las piernas separadas, las manos sobre los muslos y la columna alineada, realizar círculos con la pelvis, provocando el desplazamiento del balón sobre el suelo. Una variante sería con la zona lumbopélvica fija.</p> <p>Posición del “indio”: Pies juntos y rodillas separadas, inclinar el tronco hacia adelante, con la columna alargada, hasta apoyarse en la pelota, realizar balanceos hacia los lados, sintiendo el desplazamiento del peso sobre los isquiones.</p> <p>Posición “mahoma”: Con las rodillas separadas y los pies juntos, inclinar el tronco hacia adelante hasta apoyar los antebrazos en el punto más lejano sobre el balón.</p>
<p>Evaluar el nivel del Dolor de Erika con la escala EVA.</p>	<p>En la escala visual analógica (EVA) la intensidad del dolor se representa en una línea de 10 cm. En uno de los extremos consta la frase de “no dolor” y en el extremo opuesto “el peor dolor imaginable”.</p>

	<p>La distancia en centímetros desde el punto de «no dolor» a la marcada por la persona representa la intensidad del dolor.</p> <p>Un valor inferior a 4 en la escala visual analógica significa dolor leve o leve-moderado, un valor entre 4 y 6 implica la presencia de dolor moderado-grave, y un valor superior a 6 implica la presencia de un dolor muy intenso.</p>
<p>Aplicar Masoterapia en zona pélvica para disminuir la sensación de dolor durante la fase activa de trabajo de parto.</p>	<p>La Masoterapia Obstétrica, es un método alternativo mediante el uso de manipulaciones de los tejidos blandos del cuerpo, ejercida especialmente con las manos, como más eficaz, cuya finalidad es lograr principalmente el alivio de molestias, relajación, mejorar la circulación y oxigenación, además de favorecer un descanso adecuado, el estado emocional y la disminución de la fatiga tanto física como emocional en la mujer. Se coloca a la mujer en la pelota, cerca de alguna silla o la cama para sostenerse, se flexiona hacia delante.</p> <p>Se inicia en el sacro, en línea recta y circular con las yemas de los dedos pulgares o circular con las yemas de los cuatro dedos doblados.</p> <p>Se continúa en el hueso ilíaco, en zona de la articulación coxohumoral se aplican fricciones circular con las yemas de los cuatro dedos, así como fricción punteada con los nudillos y las falanges y circular con la base de la palma de la mano.⁷⁵</p>

Evaluación

Erika demostró entusiasmo y cooperación para la realización de todas las terapias, logrando minimizar la sensación desagradable. Poco a poco se empoderó del manejo de las técnicas y las realizó a libre demanda, como su cuerpo la hacía sentir más comfortable. La escala visual analógica (EVA) se valoró al final de la aplicación de las técnicas en 3, lo que demostró la efectividad de dichas intervenciones.

PLAN DE CUIDADOS V



Intervenciones	Fundamentación
Informar a Erika acerca del proceso a seguir en el embarazo prolongado.	Aportar adecuada información a las mujeres durante el proceso de parto, puede predecir y aumentar el nivel de control del proceso. Además es un determinante de la satisfacción, en la medida que durante la interacción informativa efectiva y centrada en la madre sienten escuchadas sus preocupaciones y aclaradas sus dudas.
Orientar a Erika sobre el proceso de inducción de su trabajo de parto.	Una adecuada orientación y motivación ayudará a la gestante a sentirse más tranquila y segura, durante esta etapa, permitiéndole disfrutarla al máximo, venciendo los temores e ideas negativas preconcebidas que además se vinculan mucho con la tensión y el miedo al dolor.

	<p>La OMS, menciona que la conducción del trabajo de parto es el proceso por el que se estimula el útero para aumentar la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones después del inicio del trabajo de parto espontáneo. Se ha usado frecuentemente para tratar un trabajo de parto prolongado en el que se ha determinado que las contracciones uterinas no son suficientemente fuertes o que no están bien coordinadas como para dilatar el cérvix.⁷⁶</p>
<p>Explicar la importancia de la identificación de las contracciones en el trabajo de parto, y la manera en la que se monitorizan durante el proceso.</p>	<p>Las contracciones uterinas se deben monitorear cada 30 a 60 minutos por periodos de 10 minutos con la mano extendida sobre el abdomen materno, sin presionar.</p>
<p>Informar a Erika los posibles riesgos que tienen ella y su bebé al cursar con un embarazo postérmino.</p>	<p>Algunos estudios han demostrado que el embarazo a término tardío y postérmino se asocia a un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad perinatal. En un estudio sueco de recién nacidos manifestó que los embarazos postérmino se asocian a un mayor riesgo de convulsiones neonatales, síndrome de aspiración de meconio y APGAR a los 5 minutos de menos de 4.</p>

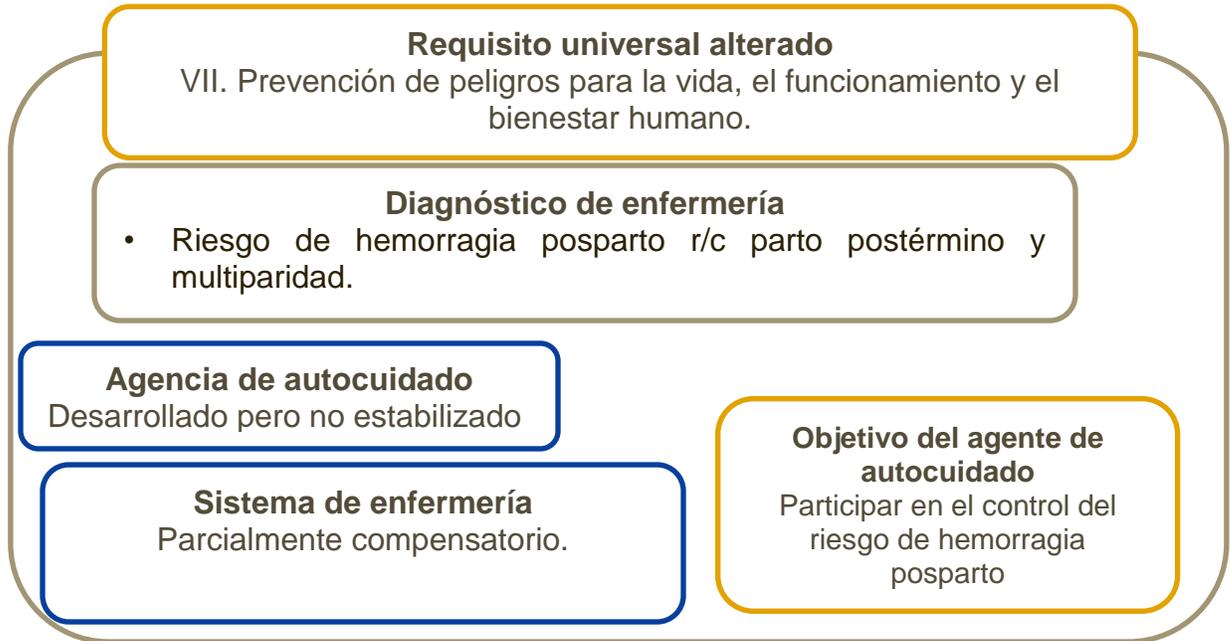
	<p>El parto después de las 42 semanas de gestación también se asoció a un aumento significativo en la tasa de admisión a la Unidad de cuidados intensivos neonatales.</p> <p>Los riesgos maternos que se pueden presentar es mayor riesgo de una laceración perineal grave, infección, hemorragia posparto y parto por cesárea. Además, algunos estudios sugieren que la ansiedad materna aumenta a medida que los embarazos se acercan al periodo postérmino.⁷⁷</p>
<p>Dar a conocer a Erika las diferentes formas de inducción de trabajo de parto.</p>	<p>Una política de inducción habitual del trabajo de parto a las 41 semanas completas o después de dicha edad gestacional se asocia con menos muertes perinatales y menos síndrome de aspiración de meconio.⁷⁸</p> <p>En cuanto al manejo mencionan que cuando el cuello uterino es favorable (generalmente una puntuación de Bishop de 6 o más), se realiza la inducción con oxitocina y la rotura artificial de las membranas amnióticas.</p> <p>Si el cuello uterino es desfavorable, por lo general se coloca gel o un comprimido de prostaglandina en la vagina o en el cuello uterino para que éste madure y se inicien las contracciones uterinas y el trabajo de parto.</p>

	<p>Según la aparición de las contracciones uterinas y la evolución de la dilatación cervical, se utilizan varios protocolos con intervalos de repetición variados y utilización de oxitocina y amniotomía.</p>
<p>Favorecer la comunicación con Erika, para que resuelva todas sus dudas acerca de la inducción de trabajo de parto.</p>	<p>El embarazo prolongado es una condición obstétrica que produce un grado de perturbación, aprensión y desasosiego muy elevado tanto en la gestante como en su familia.⁷⁹</p> <p>La enfermería como profesión de salud que se encuentra más cercana a los usuarios y que además le compete el rol de gestor del cuidado, debe velar por este cambio desde lo puramente positivista y biomédico, hacia la humanización de la atención del proceso de parto, apuntando hacia la horizontalidad de la atención, donde usuaria y profesional se encuentran en un mismo nivel y se percibe igualdad, lo que permite que la mujer se sienta tratada dignamente, de un modo personalizado y humanizado.</p>

Evaluación

El conocimiento acerca del proceso de inducción de trabajo de parto, los posibles riesgos maternos y fetales por el embarazo postérmino, lograron que Erika percibiera un trato cuidadoso y delicado, refiriendo que al resolver sus dudas se siente más segura y con menos temor.

PLAN DE CUIDADOS VI



Intervenciones	Fundamentación
Realizar durante el periodo expulsivo, la maniobra de Ritgen modificada.	Permite la protección del periné durante el expulsivo, cuando la cabeza fetal distiende la vulva y el perineo suficiente para abrir el introito vaginal, se usa una mano enguantada y cubierta por una compresa para ejercer presión anterógrada sobre el mentón fetal a través del perineo apenas frente al concomitante, la otra mano ejerce presión superior contra el occipucio. ⁸⁰
Manejo activo del tercer periodo de trabajo de parto.	Para el manejo activo del periodo del parto se recomienda la aplicación de 10 UI (Unidades internacionales) de oxitocina por vía IM o IV, posterior al nacimiento del hombro anterior.

<p>Realizar apego materno y pinzamiento tardío de cordón umbilical.</p>	<p>El manejo de este periodo es muy importante, ya que ayudará a prevenir determinadas complicaciones, como la HPP (hemorragia posparto), que es una de las principales causas de mortalidad materna.⁸¹</p> <p>Dentro de las recomendaciones de la OMS para prevenir la hemorragia posparto, mencionan el pinzamiento tardío del cordón umbilical (realizado entre 1 y 3 minutos después del parto) para todos los partos, al mismo tiempo que se comienza la atención esencial simultánea del recién nacido. (Recomendación fuerte, pruebas científicas de calidad moderada).</p>
<p>Llevar a cabo la maniobra de Brandt- Andrews.</p>	<p>Tracción: Con ayuda de la pinza se realiza una tracción leve del cordón umbilical en 45° de forma descendente, al mismo tiempo.</p> <p>Contratracción: Se hace una compresión suprapúbica para detener el fondo uterino y que no haya inversión uterina.</p>
<p>Realizar maniobra de Dublín.</p>	<p>Una vez que se asoma la placenta en el introito vaginal, se toma y se gira sobre su propio eje longitudinal mientras se hace una leve tracción. Esto evita que se rompan las membranas y haya retención de restos placentarios y sangrado.</p>

<p>Reportar el tipo de alumbramiento de la placenta.</p>	<p>Mecanismo de Schultze es el más frecuente y ocurre por un desprendimiento central de placenta con formación de hematoma retroplacentario, en este nace primero la cara fetal y después la materna que se acompaña con la salida del hematoma.</p> <p>Mecanismo de Duncan, es menos frecuente, hay un desprendimiento de los bordes de la placenta con una hemorragia previa a la salida de la placenta. Normalmente en este tipo de alumbramiento vemos primero la cara materna de la placenta.</p>
<p>Revisar que la placenta y sus membranas estén completas.</p>	<p>Se debe examinar inmediatamente la placenta para asegurarse de lograr un alumbramiento completo. Ante cualquier duda sobre la integridad de la placenta y las membranas, se impone una revisión del contenido uterino.⁸²</p>
<p>Realizar masaje inmediatamente en fondo del útero hasta que se contraiga.</p>	<p>Asegurarse de que el útero no se relaje después del masaje uterino.</p> <p>El masaje uterino incluye la colocación de una mano en la región inferior del abdomen de la mujer, en el fundus uterino, y la estimulación del útero con masajes repetitivos o movimientos de opresión.</p>

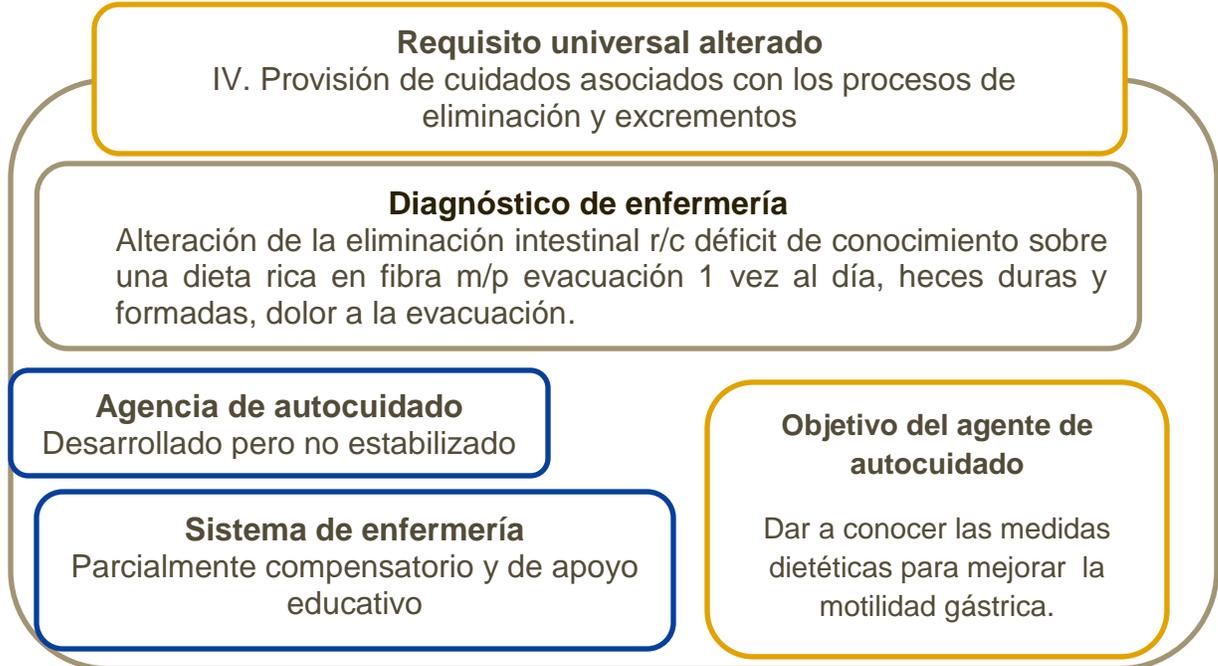
	<p>El masaje estimula la contracción uterina, posiblemente mediante la estimulación local de la prostaglandina y, por tanto, reduce la hemorragia posparto.</p>
<p>Verificar la integridad del periné y canal vaginal.</p>	<p>Desgarros/laceraciones: suponen la segunda causa más frecuente de HPP después de la atonía uterina. Normalmente se manifiestan como un sangrado vaginal activo propio de partos instrumentados o con episiotomía que hay que proceder a reparar mediante sutura. En ocasiones también pueden hacerlo como hematomas.</p> <p>Los hematomas vulvares y vaginales autolimitados pueden tratarse de forma conservadora, en caso contrario deben ser evacuados. Si la mujer presenta dolor en flanco y signos de hipovolemia hay que sospechar un hematoma retroperitoneal, en cuyo caso convendrá monitorizar estrictamente por si fuese necesaria una exploración quirúrgica para identificar los vasos sangrantes.⁸³</p>
<p>Comprobar que el útero esté contraído y verificar globo de seguridad de Pinard.</p>	<p>Se recomienda palpar el útero y confirmar que está contraído cada 15 minutos y repetir el masaje uterino cuando se necesite durante las 2 primeras horas.</p>

	<p>El globo de seguridad de Pinard se aprecia por la palpación abdominal. Tras la salida de la placenta, el fondo uterino queda a mitad de distancia sínfisis-ombigo, pero al cabo del primer día se encuentra a nivel del ombligo. Después irá bajando a razón de 1-2 cm/día hasta que tras los 10 días postparto se pierde tras la sínfisis del pubis</p>
<p>Vigilar que el sangrado transvaginal sea escaso, evaluando cantidad y color.</p>	<p>Dado que en la mayoría de las mujeres que desarrollan hemorragia obstétrica no hay factores identificables, todas deben ser consideradas como en riesgo por lo cual es esencial una vigilancia continúa. El reconocimiento temprano, la evaluación sistemática y la resucitación precoz serían los pilares fundamentales para evitar un sangrado obstétrico masivo.</p>
<p>Medir los signos vitales en el puerperio inmediato y mediato.</p>	<p>En la primera hora del puerperio, revisar a la mujer cada 15 minutos, vigilando el comportamiento de la frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, temperatura, llenado capilar. Posteriormente, se revisará cada 30 minutos hasta completar las 2 primeras horas del puerperio y luego entre 4 y 8 horas de acuerdo a su evolución hasta su egreso.</p>

Evaluación

Se siguió con las medidas establecidas para la prevención de la hemorragia posparto, realizando el manejo activo del tercer periodo de trabajo de parto, Erika no presento complicaciones.

PLAN DE CUIDADOS VII



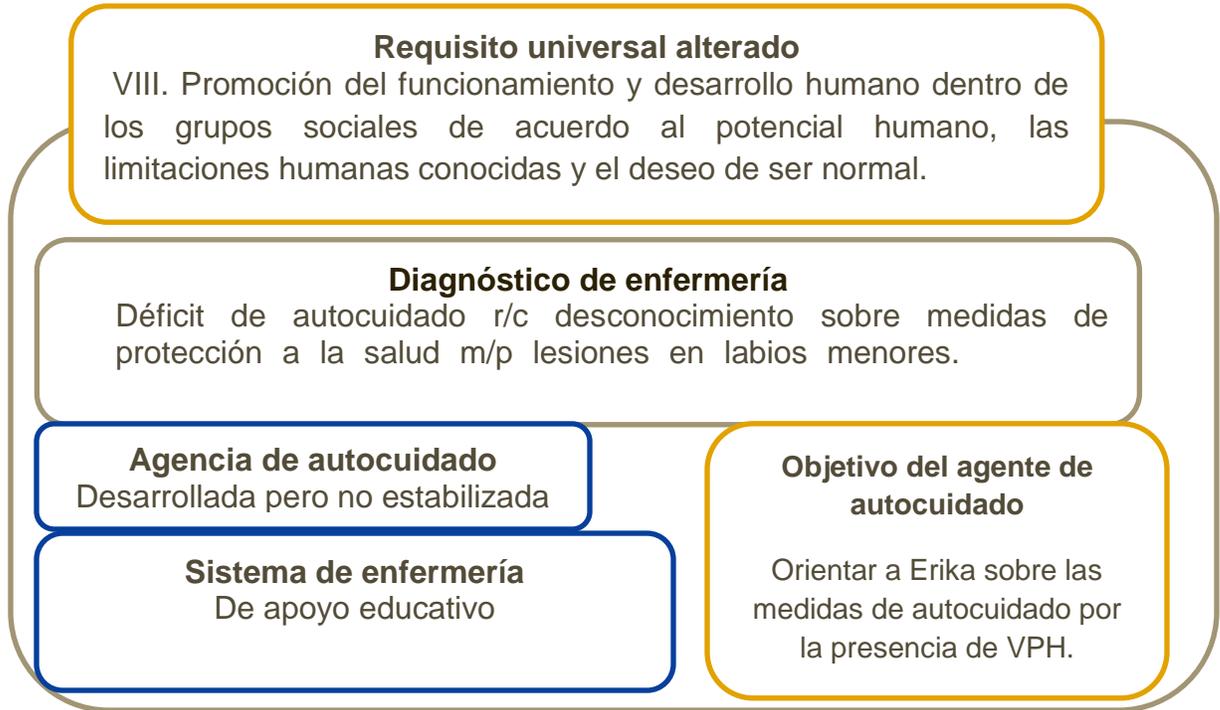
Intervenciones	Fundamentación
Proporcionar información adecuada sobre los requerimientos nutricionales que mejoraran su estado de hipomotilidad intestinal.	<p>Llevar a cabo una dieta equilibrada que incluya una cantidad suficiente de fibra (de 25 a 30 gramos al día) es el modo más natural y eficaz de conseguir que los molestos síntomas del estreñimiento desaparezcan, o que al menos se hagan más leves.</p> <p>La fibra está presente en alimentos de origen vegetal, por lo que está especialmente indicado el consumo de hortalizas y verduras, frutas frescas y desecadas, legumbres, cereales integrales y derivados y frutos secos.</p>

<p>Orientar a Erika sobre la posición correcta para evacuar.</p>	<p>La postura ideal para defecar es la posición en cuclillas, con los muslos fijos en el abdomen, evita estancamiento de residuos. Protege el suelo de la pelvis y los nervios pélvicos.</p>
<p>Promover la realización de actividad física en el puerperio para activar la perístasis intestinal.</p>	<p>Hacer ejercicio físico de manera regular, siempre adaptado al embarazo o puerperio. Los deportes más aconsejables son natación, yoga, pilates, taichí, caminar y gimnasia.</p> <p>Si se realiza ejercicio como caminar o nadar durante más o menos 30 minutos, se consigue fortalecer la musculatura intestinal que interviene en el reflejo de la defecación. Además este ejercicio ayudará en el momento del parto.⁸⁵</p>
<p>Motivar sobre el consumo de líquidos en suficiente cantidad.</p>	<p>Los líquidos como los jugos dan al colon la cantidad necesaria para hacer que los movimientos intestinales sean más suaves y más fáciles. Se considera que para tener una ingesta adecuada de líquidos se requieren al menos de 8 vasos de 250 ml al día.⁸⁶</p>

Evaluación

Se brinda la orientación a Erika acerca de las medidas dietéticas y otros hábitos como el ejercicio físico para que durante el puerperio comience un régimen terapéutico favorable que disminuya el estreñimiento, muestra disposición para aprender.

PLAN DE CUIDADOS VIII



Intervenciones	Fundamentación
Brindar información a Erika sobre el virus del papiloma humano.	<p>Virus del Papiloma Humano: Microorganismos pertenecientes a la familia de los Papillomaviridae, infectan la piel y las mucosas pudiendo producir tumores epiteliales benignos o malignos, varían en su tropismo tisular, su asociación con distintas lesiones y su potencial oncogénico.⁸⁷</p> <p>En los últimos años se ha demostrado la importancia del virus del papiloma humano (VPH), que se adquiere por contacto sexual, así como del riesgo potencial que tiene de funcionar como un cofactor en el cáncer cervicouterino.</p>

	<p>El diagnóstico es clínico se realiza por medio de la presencia de las lesiones que son asintomáticas; en ocasiones forman placas queratósicas.</p> <p>En la mujer pueden presentarse como lesiones exofíticas, pequeñas placas o zonas ulceradas. Las lesiones en el cérvix se ulceran con más frecuencia y sangran fácilmente.</p>
<p>Promover la realización de un estudio de citología cervical.</p>	<p>El personal de salud de primer contacto (médicos, enfermeras y técnicos capacitados) ofrecerá a toda mujer entre 25 a 64 años de edad, en especial a aquellas con factores de riesgo, la prueba de detección del cáncer cérvico-uterino y se le realizará a quien la solicite independientemente de su edad.</p> <p>Las mujeres con muestra citológica inadecuada para el diagnóstico, deberán ser localizadas en un lapso no mayor a 4 semanas, para repetir la prueba.</p> <p>En mujeres con dos citologías anuales consecutivas con resultado negativo a lesión intraepitelial o cáncer, se realizará la detección cada 3 años.</p>
<p>Informar a la mujer acerca del tratamiento de lesiones por virus del papiloma humano.</p>	<p>El tratamiento no cura la infección ni garantiza la eliminación viral; lo único que se obtiene es la eliminación de las lesiones exofíticas y las placas condilomatosas.</p>

	<p>La podofilina al 5-10% en tintura es efectiva en lesiones no muy extensas. Se aplica por pincelaciones, se deja unas cuatro horas y se lava para evitar la irritación química. Se aplica cada semana hasta la desaparición total de las lesiones. Cuando éstas son mayores requieren de tratamiento a base de crioterapia o cirugía con láser. A las mujeres con condilomatosis cervical se les recomienda vigilancia estrecha por medio de citologías</p>
<p>Dar a conocer a Erika las medidas de prevención de las enfermedades de transmisión sexual.</p>	<p>Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) representan a un grupo de padecimientos infecciosos que se transmiten predominantemente por contacto sexual.</p> <p>La educación sexual y la participación en el autocuidado de la salud sexual son procedimientos considerados como altamente efectivos.</p> <p>La abstinencia sexual durante la presencia de lesiones activas o durante los lapsos de tratamiento, tanto para el mujer como para la pareja sexual, es un procedimiento que propicia la curación y evita la transmisión.</p> <p>El uso correcto del condón es una alternativa igualmente confiable para evitar la transmisión de estas infecciones.</p>
<p>Conectar a Erika a red de apoyo.</p>	<p>Las mujeres que cuentan con redes sociales informales sólidas pudieron enfrentar su proceso de atención con menor costo económico, pero también</p>

	con menos angustia e incertidumbre, ya que las redes les proporcionan apoyo emocional e instrumental.
--	---

Evaluación

Se brindó la orientación a Erika acerca del proceso a seguir para el tratamiento de las lesiones por virus del papiloma humano, lo cual logro sensibilizarla acerca de su autocuidado. Y se comprometió a cumplir con la interconsulta en el área toma de papanicolaou para su seguimiento y control. Se conecta a red de apoyo para su seguimiento.

Resolución del embarazo

La resolución del embarazo se obtuvo por vía vaginal, el día 16 de Noviembre 2017 a las 21:30 horas. Obteniendo a persona recién nacida de sexo femenino, respira y llora al nacer, peso 3100g, talla de 51 cm, Capurro de 40 semanas de gestación, APGAR de 8/9, Silverman de 0. Se observa recién nacido vigoroso, con adecuado tono y fuerza muscular.

Valoración en el puerperio inmediato

Erika, que cursa el puerperio inmediato. Signos vitales: FC: 84 latidos por minuto, FR: 20 respiraciones por minuto, T/A 100/70 mmHg, Temperatura: 36.7 °C, se encuentra alerta, orientada en sus esferas, con facies de dolor, ligera palidez de tegumentos, mucosa oral semihidratada, cuello cilíndrico sin adenomegalias, cardiopulmonar sin compromiso, mamas turgentes con pezón formado, lactopoyesis presente, valorando la eficacia de la lactancia materna, obteniendo una puntuación de 10 en la escala de LATCH, donde se encuentra con una adaptación eficaz a la lactancia materna. Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación, útero involucionado a la altura de la cicatriz umbilical, con tono adecuado, presencia de sangrado uterino escaso. Al tacto vaginal cérvix blando, íntegro. No presenta edema en miembros pélvicos. Continúa bajo vigilancia.

XI. PLAN DE ALTA

CUIDADOS ESPECIFICOS EN EL PUERPERIO

- Recuerde acudir a minimo **2 consultas de control**, la inicial dentro de los primeros 15 días y la segunda al final del puerperio (De los 42 días).
- Vigilar **perdidas vaginales**: El primer flujo después del parto es color rojizo por la presencia de sangre, lo que corresponde a loquios hématicos por lo general, no dura más de 3 a 5 días, posteriormente seran serohematicos seguido a serosos hasta el dia 42.
- Acudir al servicio de urgencia** en caso de: Hemorragia, datos de infección (temperatura de 38°C, salida de liquido transvaginal amarillo, verde o mal oliente), datos de presion alta (fosfenos, acufenos, cefalea, edema de pies cara y manos) y dolor tipo cólico.

CUIDADOS GENERALES EN EL PUERPERIO

- Es muy importante realizar el baño diario con cambio de ropa.
- No utilizar suavizantes de tela, cloro o detergentes en polvo en ropa interior.
- No utilizar ropa interior de licra o ajustada.
- Se recomienda caminar 20 min a un ritmo lento para favorecer la involucion uterina.
- No cargar objetos pesados.
- No realizar viajes largos.
- El aseo despues de evacuar se debe realizar desde la vagina hacia el ano, para no arrastrar gérmenes y así evitar futuras infecciones urinarias.

MEDIDAS DIETETICAS

- Es importante seguir una dieta balanceada, higiénica y variada, de acuerdo al plato del buen comer.
- Tomar minimo 8 vasos de agua al dia, siguiendo las recomendaciones de la jarra del buen beber.
- Evitar consumir alimentos ricos en grasas saturadas y embutidos
- Incluir fibra en la dieta diaria (Arándano , manzana, nopal, ciruela, etc.) para favorecer el transito intestinal.
- Evitar bebidas con gas y cafeina
- Consumir alimentos ricos en hierro: hígado, frutos secos: nueces, pistachos, almendra tostada, verduras de hoja verde: berros, acelgas, espinacas.

CUIDADOS AL RECIEN NACIDO

- Acudir a la primera consulta de revisión entre los 3 y 5 días posteriores al nacimiento, y la segunda a los 28 días posteriores al nacimiento.
- Realizar toma de muestra para el tamiz neonatal a partir de las 72 horas y antes de los 5 días de nacido
- Cuidados del cordón umbilical: El muñón debe secarse y caer cuando el recién nacido tiene de 5 a 15 días de nacido. Mantener el muñón limpio y seco utilizando solo jabón neutro y agua.
- Identificar datos de alarma en el recién nacido (succión e ingesta adecuada, micción y evacuación presente, estado de alerta, fiebre, ictericia, apnea, cianosis, dificultad respiratoria, llanto inconsolable, crisis convulsivas, vómito, distensión abdominal e hipotermia).
- Amamantar al recién nacido de manera exclusiva con lactancia materna los primeros 6 meses de vida.

OBSERVACIONES

- Lavar la zona de la episiorrafia con agua y jabón neutro durante el baño manteniendo la zona limpia y seca.
- Las suturas de la episiorrafia se absorben por si solas, no es necesario el retiro de puntos.
- Llevar a cabo el cuidado de las mamas, para evitar grietas, lubricando con la leche materna los pezones.

- Realizar una buena técnica de amamantamiento, vigilar presencia de inflamación y fiebre.

SEXUALIDAD

- Se pueden reanudar las relaciones sexuales una vez cicatrizada la episiorrafia, se recomienda que sea después del término del puerperio.
- Tener en cuenta que la lactancia materna no es un método anticonceptivo.

XI. CONCLUSIONES

Se logró el desarrollo de un estudio de caso de Erika, que ingreso al área de labor, para inducto- conducción de trabajo de parto por presentar embarazo postérmino de 42 semanas de gestación, se llevó a cabo el acompañamiento respetando el modelo obstétrico y favoreciendo el desarrollo de un parto humanizado.

Las intervenciones fueron realizadas a través del proceso de atención de enfermería y fundadas en la teoría descrita por Dorothea E. Orem, lo cual refleja el punto de partida para brindar una atención de calidad, en cualquier situación relacionada con el binomio, así mismo se proporcionó un marco conceptual y estableció una serie de conceptos, definiciones, objetivos, para intuir lo relacionado con los cuidados.

Se consiguió ser participe en la atención de la mujer durante el ingreso a labor, atención de parto, lo que permitió dar un seguimiento a su estado de salud y adaptación al proceso materno.

Como estudiante de la especialidad en enfermería perinatal se reconoce la importancia de la preparación con la que se debe contar para brindar atención de calidad a la mujer durante el proceso del embarazo, parto y puerperio, para que con base en el proceso de atención de enfermería, se brinde una metodología para una gestión del cuidado, y se fomente el desarrollo de habilidades en la atención óptima de las mujeres, así como todos los aspectos que permitan tener éxito en la práctica.

XII. SUGERENCIAS

La humanización de la obstetricia sigue constituyendo un desafío para los profesionales de la salud, para las instituciones y también para la sociedad.

Necesitamos basar nuestros conocimientos y prácticas en la evidencia y utilizar competencias ético-actitudinales como el respeto, la empatía y la escucha activa, para tomar en consideración a la autonomía de la mujer en la toma de decisiones a lo largo del proceso de gestación y parto.

Debemos trabajar para evidenciar cada una de nuestras acciones en la atención perinatal, en este caso hay que considerar que la inducción del trabajo de parto debe realizarse con cautela, ya que el procedimiento entraña el riesgo de hiperestimulación uterina, con las posibles consecuencias de sufrimiento fetal y ruptura uterina.

El lugar donde se realice la inducción del trabajo de parto, se debe contar con instalaciones que permitan hacer un control cercano y regular de la frecuencia cardíaca fetal y el patrón de las contracciones uterinas.

XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Freyermuth, G., Luna, M., Muños, J. Numeralia 2015. Mortalidad Materna en México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), Observatorio de Mortalidad Materna en México (OMM), México, 64 pp. 2016. 2015. [Consulta el 01 de Mayo 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2SyX7a2>
2. Chaves, M. J. B., Otero, S. J. C., & Castro, E. C. Embarazo prolongado. Manual para Matronas y Enfermeras. Lulu. com. 2012.
3. Gülmezoglu AM, Crowther CA, Middleton P. Inducción del trabajo de parto para mejorar los resultados en mujeres a término o después del término (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. [Consulta Mayo 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2OYzFEX>
4. Romero-Salinas G, Pulido V, Gutiérrez Cárdenas M, García Cavazos R, Torres Cosme M, García López L, et al. ORIGINAL: La frecuencia cardiaca fetal en pacientes con diagnóstico de embarazo prolongado. Clinica E Investigacion En Ginecologia Y Obstetricia [Internet]. (Consultado 2018), [cited January 9, 2018]; 3914-20. Disponible en: <http://bit.ly/2Jn4P2I>
5. Jorge Manuel B, Katileydis G, Adixa B. Efectos del embarazo postérmino en eventos relacionados con el nacimiento y el neonato / Effects of postterm pregnancy in events related with birth and neonate. Revista De Ciencias Médicas De Pinar Del Río [serial on the Internet]. 2014, [cited January 9, 2018]; (6): 953. Disponible en: <http://bit.ly/2zfFbbl>
6. Lindo, M., Paredes, A., Núñez, A., & Lindo, A. Misoprostol en la inducción del trabajo de parto en el embarazo postérmino. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, 48(4), 243-248. 2015. , [cConsultado en Enero, 2018]; (6): 953. Disponible en: <http://bit.ly/2EQK7tu>

7. Machado Morocho, K. L. Cuidados de enfermería en las complicaciones del embarazo prolongado y su relación con la morbilidad perinatal. UTMACH, Unidad Académica de Ciencias Químicas y de la Salud, Machala, Ecuador. 2015. [Consulta el 01 de Mayo 2018] Disponible en: <http://bit.ly/2AxerF9>
8. OMS. Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto (2011). Consultado el 2 de Diciembre 2017, Disponible en: <http://bit.ly/2Obqlbr>
9. Solís Linares, H., Morales Alvarado, S. Impacto de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la Reducción de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal. Horizonte Médico 2012, 12(2) [Consulta el 01 de Mayo 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2Dbqpam>
10. Morales Alvarado S, Guibovich Mesinas A, Yábar Peña M. Psicoprofilaxis obstétrica: actualización, definiciones y conceptos. Horizonte Médico. 2014 Oct; 14(4):53-7. [Consulta el 05 de Mayo 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2P0U3VR>
11. Davim, R. M. B., Torres, G. D. V., & Melo, E. S. D. (2007). Non-pharmacological strategies on pain relief during labor: pre-testing of an instrument. Revista latino-americana de enfermagem, 15(6), 1150-1156. [Consulta el 05 de Mayo 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2CKpfS5>
12. Biurrun Garrido, A., & Goberna Tricas, J. La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía. Matronas Profesión, 2013, vol. 14, num. 2, p. 62-66. 2013. [Consulta el 05 de Mayo 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2zfRIRU>
13. Arnau Sánchez, J., & Martínez Roche, M., & Nicolás Viguera, M., & Bas Peña, E., & Morales López, R., & Álvarez Munárriz, L. Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área I de salud de la región de Murcia. AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana, 7 (2), 225-247. 2012. [Consulta el 05 de Mayo 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2zc8UIz>

14. Hernández, C. R. Modelo de atención obstétrica por enfermeras obstetras y perinatales en el Hospital General de Cuautitlán: una experiencia exitosa. *Revista CONAMED*, 17(1), 37-41. 2012. [Consulta el 05 de Mayo 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2RoyXO4>
15. OMS. Concepto de enfermería. Citado el 1 de Enero 2018. Disponible en: <http://bit.ly/2DbFI8f>
16. Teorías y modelos de enfermería. Bases teóricas para el cuidado especializado. UNAM. 2011
17. Triviño, Z., & Sanhueza, O. (2012). Paradigmas de investigación en enfermería. *Ciencia y enfermería*, 11(1), 17-24.]. [citado Mayo 2018]; Disponible en: <http://bit.ly/2SrbexT>
18. Martínez-Pérez M. Hacia la consolidación de los paradigmas de enfermería a través de la universalización de la enseñanza. *Revista Médica Electrónica* [revista en Internet]. [citado 2018 Ene 13]; 30(2):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://bit.ly/2PZ6XQx>
19. Rigibel-Uriz Xabier. Paradigmas de enfermería (no) posibles: La necesidad de una ruptura extraordinaria. *Index Enferm* [Internet]. 2010 [citado 2018 Ene 13]. Disponible en: <http://bit.ly/2AABHCn>
20. Valdivia, E. M., Contreras, A. M. R., & Durán, M. D. V. R. Metaparadigma y teorización actual e innovadora de las teorías y modelos de enfermería. *RECIEN: Revista Electrónica Científica de Enfermería*, (4), 1-17. 2012 [citado 2018 Ene 13]. Disponible en: <http://bit.ly/2EQuuCr>
21. Moreno Fergusson, M. E. Importancia de los modelos conceptuales y teorías de enfermería: experiencia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de La Sabana. *Aquichan*, 5(1), 44-55. [citado 2018 Ene 13]. Disponible en: <http://bit.ly/2SrNJVu>

22. Vega A., Gonzalez E. Teoría del déficit de Autocuidado. Interpretación desde los elementos conceptuales. Universidad Francisco de Paula Santander. Rev. Ciencia y cuidado, vol.4. 2012. [citado Febrero 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2yJ2PO2>
23. Prado Solar Liana Alicia, González Reguera Maricela, Paz Gómez Noelvis, Romero Borges Karella. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev. Med. Electron. [Internet]. 2014 Dic [citado 2018 Ene 13]. Disponible en: <http://bit.ly/2Sub7lp>
24. Ibídem (23)
25. Berbiglia, V.A. & Banfield, B. Teoría del déficit de autocuidado. En M. Raile Alligood. & A. Marriner Tomey. (Ed), Modelos y Teorías en Enfermería (pp. 265-276). España: Elsevier. 2011 [citado Febrero 2018].
26. Berdayes Martínez D. Desarrollo teórico de enfermería. Conferencia impartida en la Facultad de Enfermería Lidia Doce. Jornada por el Día de la Enfermería. La Habana: Facultad de Enfermería Lidia Doce; 2012.
27. Ibídem (26)
28. Ibídem (23)
29. Rojas, J. G., & Durango, P. P. Aplicación del proceso de atención de enfermería en cuidados intensivos. Investigación y Educación en Enfermería, 28(3), 323-335. 2010 [citado Febrero 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2qjYDQp>
30. García, C. T., Muñiz, G. M., López, B. N., Camacho, S., & Valdez, J. R. Proceso de Enfermería. XIKUA Boletín Científico de la Escuela Superior de Tlahuelilpan. 2015 [citado Febrero 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2P0YcZV>
31. Carrillo González Gloria Mabel, Rubiano Mesa Yuriam Lida. Research in Nursing diagnoses validation. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2007 Sep [citado 2018 Ene 23] ; 23(3): Disponible en: <http://bit.ly/2CLu5hl>

32. González Salcedo, P., & Chaves Reyes, A. M. Proceso de atención de enfermería desde la perspectiva docente. *Investigación en Enfermería: Imagen y desarrollo*, 11(2).ISO 690. 2009. 2015 [citado Febrero 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2Styk7a>
33. Ibídem (32)
34. Gordon M. *Manual de diagnósticos enfermeros*. 10a ed. Madrid: Elsevier; 2007.
35. Management of late-term and postterm pregnancies. *Practice Bulletin*, No. 146. American College of Obstetricians and Gynecologists. *ObstetGynecol* 2014;124. [Consulta Mayo 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2yEeQ7s>
36. Ibídem (2)
37. Ibídem (35)
38. OMS, *Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto*. 2011. [Consulta Mayo 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2Obqlbr>
40. Hernández, C. R. Modelo de atención obstétrica por enfermeras obstetras y perinatales en el Hospital General de Cuautitlán: una experiencia exitosa. *Revista CONAMED*, 17(1), 37-41. 2012 [Consulta Mayo 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2D9NppV>
41. *Modelo de Enfermería Obstétrica y Perinatal para el Estado de México*. 2008. [Consulta Mayo 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2Q5IEAK>
42. Martínez-Galiano, JM, Delgado-Rodríguez, M. Modelo asistencial centrado en la humanización: resultados obstétricos. *GinecolObstet Mex* 2013, 81(12), 706-710 [Consulta el 25 de Abril 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2Q4Ioli>

43. De mudança, N. M. A. (2006). La enfermera obstetra y la política de humanización del parto: en busca del cambio en el modelo asistencial. *Enfermería global*, (9), 1. 2012 [Consulta Mayo 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2O86SiN>
44. Arnau Sánchez, J. O. S. É., Martínez Roche, M. E., Nicolás Viguera, M., Bas Peña, E., Morales López, R., & Álvarez Munárriz, L. (2012). Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del area I de salud de la región de Murcia. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, 7(2). 2012 [Consulta el 05 de Mayo 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2zc8Ulz> .
45. Coral Ibarra, R. (2008). Humanización del cuidado de enfermería durante el parto. *Revista UDCA Actualidad & Divulgación Científica*, 11(1), 47-56. [Consulta el 05 de Mayo 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2Q21ngo>
46. OMS. Recomendaciones para un parto humanizado. [Consulta Mayo 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2zlQQFZ>.
47. Davim, R. M. B., Torres, G. D. V., & Melo, E. S. D. (2007). Non-pharmacological strategies on pain relief during labor: pre-testing of an instrument. *Revista latino-americana de enfermagem*, 15(6), 1150-1156. [Consulta Mayo 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2OWdlvM>
48. *Ibíd*em (47)
49. Declaración de Fortaleza Organización Mundial de la Salud. Tecnología apropiada para el parto. Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento. Publicada en *Lancet* 1985; 2:436-437. [Consulta Mayo 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2D9i7zu>
50. *Ibíd*em (43)

51. Piñeiro, E. C. R. R. (2006). La carta de los derechos generales de las enfermeras y los enfermeros. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 14(1), 33-35. [Consulta Mayo 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2Pr1chQ>
52. Secretaria de salud. Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos. [Consulta Mayo 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2JoopLV>
53. Eugenio, A., Cisneros, R., Barragán, M., Ricardo, G., Lee, M., Ramírez, R., & Vázquez10, A. M. Derechos de los pacientes en México. *Rev Med IMSS*,40(6), 523-529. 2011. [Consulta Mayo 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2DaSPkB>
54. Islas-Saucillo, M., & Muñoz Cuevas, H. (2011). El consentimiento informado. Aspectos bioéticos. *Rev Med Hosp Gen Mex*, 63(4), 267-273. [Consulta Abril 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2ELAFrc>
55. Ávila F. Aspectos éticos en la atención médica .INCMNZS. [Internet]. México. [Actualizado el 21 de Marzo de 2013]. [Consulta Mayo 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2AzfHYH>
56. Instituto nacional de las Mujeres. Derechos humanos de las mujeres. 2007. [Consulta Mayo 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2D8FDww>
57. Roy, M. E. R., Moreno, A. C., & Jimeno, J. F. Las posturas de la mujer en el parto en fase de expulsivo: revisión de la evidencia científica y recomendaciones. *Medicina naturista*, 8(1), 25-32. 2014. [consulta Mayo 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2SppRSm>
58. *Ibíd*em (8)

59. González, M. E. B., & Ortiz, M. R. Posiciones maternas durante el parto. Alternativas a la posición ginecológica. Biociencias, 3, 14. 2005. [Consulta Mayo 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2zdnn0M>
60. Ibídem (57)
61. Baz Paniagua M., González A., Casado y G. de la Peña P. Efectos de la deambulaci3n durante el parto en gestantes con analgesia epidural. Matronas Profesi3n; vol. 5, n.º 18. 2004. [Consulta Mayo 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2AAFeAD>
62. Bravo V Paulina, Uribe T Claudia, Contreras M Aixa. El cuidado percibido durante el proceso de parto: Una mirada desde las madres. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2008 [citado 2018 Feb 05] ; 73(3): 179-184. Disponible en: <http://bit.ly/2EZKxO2>
63. Diario oficial de la Federaci3n. Norma oficial mexicana.NOM-007-SSA2-2016, Para la atenci3n de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona reci3n nacida. 2016. [consulta Mayo 2018] Disponible en: <http://bit.ly/2ENZldj>
64. Ibídem (62)
65. Biurrun Garrido A., & Goberna Tricas, J. La humanizaci3n del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisi3n de la bibliografía. Matronas Profesi3n, 2013, vol. 14, num. 2, p. 62-66. 2013. [consulta Mayo 2018] Disponible en: <http://bit.ly/2SrRkt2>.
66. Recomendaciones de la OMS para la conducci3n del trabajo de parto (2011). Recuperado el 2 de Diciembre 2017. [consulta Mayo 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2Obqlbr>
67. Donoso, B., & Oyarzún, E. Embarazo de alto riesgo. Medwave, 12(05). 2012. [Consulta Mayo 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2Oc4Hnt>

68. Ibídem (8)

69. Arrena M Nicanor, Carvajal C Jorge. Evaluación fetal intraparto: análisis crítico de la evidencia. Rev. chil. obstet. Ginecol 63-68. 2006 [Consulta Mayo 2018]; 71(1): Disponible en: <http://bit.ly/2zIT5ZV>

70. Ibídem (63)

71. Ibídem (62)

72. Tafur Rodas, M. T. Influencia de la psicoprofilaxis obstétrica de emergencia en la actitud frente al trabajo de parto de las primigestas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de marzo a mayo del 2015. ISO 6902015. 2006 [Consulta Mayo 2018]; 71(1): 63-68. Disponible en: <http://bit.ly/2CONfDt>

73. Morales Alvarado Sabrina. Características de las gestantes que recibieron Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia en el sector privado como una alternativa en su atención integral. Horiz. Med. [Internet]. 2015 Ene [citado 2018 Feb 05] ; 15(1): 61-66. Disponible en: <http://bit.ly/2CONVc3>

74. Mg. Obst. Aguirre, C. Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal: Técnicas de Relajación. 2012, 44-50. [Consulta Mayo 2018]; Disponible en: <http://bit.ly/2Db0waC>

75. Ibídem (73)

76. Ibídem (8)

77. Management of late-term and posttermo pregnancies. Practice Bulletin, No. 146. American College of Ostetricians and Gynecologists. ObstetGynecol 2014;124. [Consulta el 01 de Mayo 2018]Disponible en: <http://bit.ly/2Q4y8cO>

78. Ibídem (3)

79. Jorge Manuel B, Katileydis G, Adixa B. Efectos del embarazo postérmino en eventos relacionados con el nacimiento y el neonato / Effects of postterm

pregnancy in events related with birth and neonate. Revista. De Ciencias Médicas De Pinar Del Río [serial on the Internet]. 2014. [Consultado en Abril, 2018]; (6): 953. Disponible en: <http://bit.ly/2zfFbbl>

80. Quijije, B., & Gabriela, F. Estudio clínico aleatorizado multicéntrico de la eficacia de la detención controlada de la cabeza fetal para evitar el desgarro del periné (Master's thesis). 2014 [Consultado en Abril, 2018]; (6): 953. Disponible en: <http://bit.ly/2RniWYv>

81. Martínez Galiano, J. M. (2009). Prevención de las hemorragias posparto con el manejo activo del alumbramiento. Matronas prof, 10(4), 20-6. . [Consultado en Abril, 2018]; (6): 953. Disponible en: <http://bit.ly/2zcaB2C>

82. CONAMED, C. retención de restos placentarios. In Los congresos médicos (p. 50). [Consultado en Abril, 2018]; (6): 953. Disponible en: <http://bit.ly/2SuyiMm>

83. Karlsson H., Pérez Sanz C.. Hemorragia postparto. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2009 [citado 2018 Feb 06] ; 32(Suppl 1): 159-167. Disponible en: <http://bit.ly/2AA95JD>

84. Herrero, B. T., Martínez, M. R., García, R. P., Gutiérrez, L., Plaza, M. L., Ferrer, A. R., & Cabañero, M. J. Evolución de los signos y síntomas gastrointestinales durante el embarazo y el puerperio. Investigación y Educación en Enfermería, 19(1). ISO 690. 2013. [citado 2018 Mayo 06] Disponible en: <http://bit.ly/2SuBMOU>

85. De la Calle Fernández-Miranda, M. Estreñimiento y embarazo. Solicitada acreditación a la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid-SNS, 63. [citado Abril 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2AyllZG>

86. Tijerina-Sáenz, A., Coronado-Guerrero, L., Ramírez-López, E., Meneses-Valderrama, V. M., Fonseca-Rivera, D., & Perales-Dávila, J. Estreñimiento y Síndrome de Intestino Irritable en mujeres en el tercer trimestre de gestación: la relación con la ingesta dietética. RESPYN Revista de Salud Pública y Nutrición, 15(4), 22-29. 2016.

87. Diario oficial de la Federación, Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia

epidemiológica del cáncer cérvico uterino. [Internet] 2007 [citado 2018 Feb 06]. Disponible en: <http://bit.ly/2ETAES7>

88. Frade, J., Pinto, C. Carneiro, M. Ser padre y ser madre en la actualidad: repensar los cuidados de enfermería en el puerperio. *Matronas profesión*, (2), 45-51. 2013 [citado Abril 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2PtHJNk>

ANEXO I INSTRUMENTO DE VALORACIÓN PERINATAL



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

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN PERINATAL

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

1.- DATOS GENERALES.

Nombre _____ Edad: _____ Estado Civil: _____

Ocupación: _____ Peso I/A: _____ Talla: _____ IMC: _____ Grupo Rh: _____

Religión: _____ Escolaridad _____ Ocupación: _____ Origen y Residencia: _____

Teléfono: _____

Domicilio: _____

Persona Responsable _____ Parentesco: _____ Pareja: _____

Edad _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____ Trabaja

actualmente: _____

Padecimiento: _____ Grupo y Rh: _____

2.- CARACTERISTICAS DE LA FAMILIA.

Tipo de familia: Nuclear _____ Extensa _____ Integrada _____ Desintegrada _____

Con quien vive: _____ Num. de

integrantes _____

Comunicación con: La pareja BRMN* Hijos: BRMN Otros familiares: BRMN

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: perecedero Durable Mixta

Tipo de combustible utiliza: Gas Petróleo Leña Otros: _____

Servicios intradomiciliarios: Agua Luz Drenaje Recolección de basura cada cuando/

como: _____ Pavimentación Vigilancia Teléfono público Medio de transporte Centros

Educativos: Kinder prim. Sec Prep. Univ. Recreativos Comerciales Servicios Médicos

Cercanos Tiempo de distancia aprox.: _____ Zoonosis: ____ Tipo: _____ Fauna nociva: _____

REQUISITOS DE AUTO CUIDADO

1. MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AIRE.

1. HABITOS DE SALUD:

Higiene de fosas nasales Cada cuando _____ Convive con fumadores: Fuma
 Cuantos cigarros al día _____ Usa técnicas que mejoren su respiración (algún tipo de relajación)

Requiere de algún apoyo respiratorio: ¿Cual? _____

2. REVISIÓN POR SISTEMAS:

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

2. MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AGUA.

1. HABITOS DE SALUD:

Acostumbra a tomar agua: Garrafón: Potable: Otros: _____

Líquidos orales en 24 horas (cantidad y tipo): _____

Líquidos que le gustan y/o desagradan: _____

2. REVISIÓN POR SISTEMAS:

Hidratación de Piel y Mucosas: _____

Líquidos Parenterales (Tipo) _____

3. MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS.

1. HABITOS DE SALUD:

Cuantas comidas realiza durante el día: _____ Días a la semana en que consume: _____

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

Alimentos que le gustan / desagradan: _____

Variantes dietéticas (culturales, religiosas, médicas) _____

Suplementos alimenticios: (vitaminas, minerales) _____

Problemas relacionados con la digestión / ingestión: _____

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

	Desayuno	Comida	Cena	Colación
¿Con quien come?				

¿Dónde?				
¿Cuanto tiempo dispone para c/comida?				
Horarios				
Alimentos				

2. REVISION POR SISTEMAS:

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

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

Observaciones: _____

Aparato digestivo: náusea vómito anorexia pirosis polifagia eructos dolor abdominal

Observaciones: _____

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

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

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

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

Vesical: (describir características y frecuencia)

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

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

Observaciones: _____

5. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y REPOSO.

1. HABITOS DE SALUD

Tipo de actividad que realiza en: casa _____ trabajo

Realiza _____ actividad física
cual/frecuencia/tiempo: _____

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

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

Duerme durante el día: Sí No Cuanto tiempo: _____

2. REVISIÓN POR SISTEMAS

Sistema músculo esquelético. _____ tono muscular: _____

Gama de movimientos _____ Dolor Sí No Fatiga Sí No Rigidez Sí No Tumefacción o Deformaciones: Sí No

Sistema neurológico: Estado de conciencia _____ Entumecimiento Sí No

Hormigueos Sí No Sensibilidad al: Calor Sí No Frío Sí No Tacto Sí No MÓV. Anormales Sí No

Parálisis Sí No Vértigo Sí No Cefalea Sí No Alteraciones de la memoria Sí No Reflejos Sí 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 Sí No Negación Inhibición Agresividad

Hostilidad _____

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

¿Cuál? _____

2. REVISIÓN POR SISTEMAS

Oído: Dolor Sí No Secreción Sí No Aumento o disminución de Audición Sí No Acúfenos Sí No

Ojos: Dolor Sí No Lagrimeo Sí No Secreción Sí No características: _____
Simetría _____ Pupilas _____ Edema Sí No

Vista: alteraciones de la visión: _____ Lentes de corrección Sí No fosfenos Sí No
 Sí No Nictalopia Sí No Daltonismo Sí No

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? Sí No trabajo Sí No casa Sí No calle Sí No Observaciones: _____

¿Acostumbra realizar revisiones de salud periódicas recomendados para cada edad y medidas terapéuticas? Sí No Papanicolau (tiempo y resultado) _____ Mamografía (tiempo y resultado) _____ Dentista: _____

Oculista: _____ Médico: _____ ¿Conoce las medidas de autocontrol para prevenir enfermedades? Sí No

¿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? Sí No

¿Cuál? _____ Consumé... Drogas Sí No Alcohol Sí No Tabaco Sí No Café Sí No Tè Sí No Bebidas de cola Sí No Alimentos chatarra Sí No medicamentos Sí No

¿Cuáles? _____

b) Concepto de su imagen. _____

Espiritualidad _____

8. PROMOCION 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	No. Parejas Sexuales	Circuncidados	Infecciones ginecológicas (Tratamiento)	Papanicolau (Último) resultado.	Cirugías ginecológicas.	Sangrados anormales	Incontinencia urinaria	Tumores

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

2. DESCRIPCIÓN DE EMBARAZOS PREVIOS

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

3. DESCRIPCIÓN DEL EMBARAZO ACTUAL

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

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

Numero de consultas de control prenatal: _____.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO ANTE UNA DESVIACIÓN DE LA SALUD.

A. DESVIACIÓN ACTUAL

1. Percepción de la desviación de salud

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

2. Mecanismos de adaptación

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

3. Efectos de la desviación sobre el estilo de vida

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

B. HISTORIA PREVIA DE DESVIACIONES DE LA SALUD

Enfermedades en la edad adulta

Enfermedades de la infancia

Hospitalizaciones

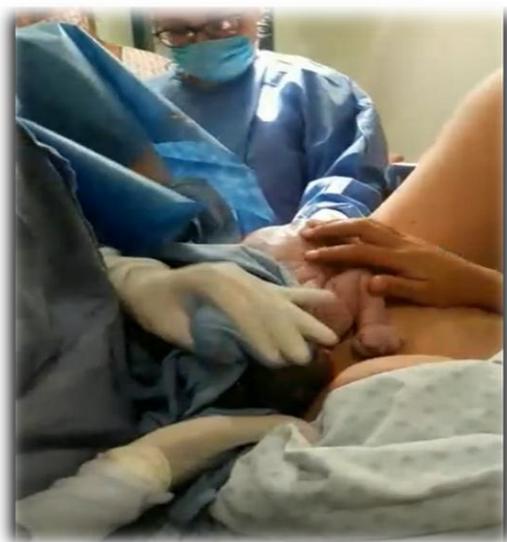
Medicamentos prescritos o por iniciativa

Inmunizaciones previas:

C. ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES:

ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE

ANEXO II EVIDENCIA FOTOGRÁFICA



ANEXO III CONSENTIMIENTO INFORMADO

ESTADO DE MÉXICO

Carta de Consentimiento Informado

HOSPITAL LE PALE

LUGAR: Necahualcoyotl FECHA: 16/11/13

OMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S)): Torres Martínez Erika Adriana No. DE EXPEDIENTE: 50054

EDAD: 31 años GÉNERO: MASCULINO FEMENINO OCUPACIÓN: Hogar ESTADO CIVIL: Unión Libre

OMIILIO (CALLE, NÚMERO, COLONIA, LOCALIDAD, MUNICIPIO, ESTADO)

El médico tratante del servicio de Gy O me ha informado de mi(s) padecimiento(s), or lo que necesito someterme a estudios de laboratorio, gabinete, histopatológicos y/o de procedimientos anestésicos, así como de atamiento(s) médico(s) y/o quirúrgico(s) considerados como indispensables para recuperar mi salud.

os médicos me informaron de los riesgos y de las posibles complicaciones de los medios de diagnóstico y tratamientos médicos y/o quirúrgicos, por lo que por este medio, libremente y sin presión alguna acepto someterme a:

Diagnóstico(s) clínico(s) Embarazo 41 SDG sin TPP

Estudios de laboratorio, gabinete e histopatológicos BH, Tiempos coagulación

Actos anestésicos Los necesarios

Tratamiento(s) médico(s) Hospitalización

Tratamiento(s) quirúrgico(s) Los necesarios

Riesgos y complicaciones Los inherentes al diagnóstico y referidos en la bibliografía e inclusive lo

He sido informado de los riesgos que conlleva el procedimiento, por lo que acepto que se lleve a cabo el (los) procedimiento (s) Autorizo a los médicos de este hospital para que realicen los estudios y tratamientos convenientes.

En igual sentido, autorizo ante cualquier complicación o efecto adverso durante el procedimiento, especialmente ante una urgen médica, que se practiquen las técnicas y procedimientos necesarios para mi tratamiento.

Tengo la plena libertad de revocar la autorización de los estudios y tratamientos en cualquier momento, antes de realizarse.

En caso de ser menor de edad o con capacidades diferentes, se informó y autoriza el responsable del paciente.

Dra. Magra Almaraz Gómez
Nombre y Firma del Médico Tratante

Erika Adriana
Erika Adriana Torres Mtz
Nombre y Firma del Paciente y/o Familiar que autoriza

José Ángel Hernández H.
Nombre y Firma del Testigo 1

Nombre y Firma del Testigo 2

ANEXO IV ESCALA DE EVALUACIÓN DE EFICACIA DE LA LACTANCIA MATERNA

LATCH (Jensen, Wallace y Kelsay, 1994): adaptación al castellano

	0	1	2
L Latch. Coger	-Demasiado dormido - No se coge al pecho	- Repetidos intentos de cogerse - Mantiene pezón en la boca - Llega a succionar	-Agarra el pecho - Lengua debajo - Labios que ajustan - Succión rítmica
A. Audible swallowing. Deglución audible	- Ninguna	- Un poco si se le estimula.	- Espontáneo e intermitente si menor 24 h. de vida - Espontáneo y frecuente si más 24 h. de vida
T Type of Nipple. Tipo de pezón	- Invertidos	- Planos	- Evertidos tras estimulación
C. Comfort. Comodidad, confort (pecho/pezón)	- Ingurgitadas - Grietas con sangrado, ampollas o magulladuras importantes - Disconfort, dolor severo	- Mamas llenas(cargadas) - Pezón enrojecido, pequeñas ampollas o rozaduras - Disconfort, dolor medio o moderado	- Mamas blandas - No dolor
H. Hold (positioning) Mantener colocado al pecho	-Ayuda total (el personal mantiene al niño colocado al pecho)	- Mínima ayuda (colocar una almohada) - Si se le enseña de un lado, la madre lo coloca al otro - El personal lo coloca y luego la madre sigue.	-No es necesaria ayuda del personal - La madre es capaz de mantener al niño colocado al pecho.

