



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**“INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PERINATAL
CON ENFOQUE DE PARTO RESPETADO A
PRIMIGESTA CON REQUISITO ALTERADO DEL
MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO DE
ACTIVIDAD Y DESCANSO DURANTE EL TRABAJO
DE PARTO FASE ACTIVA BAJO LA TEORÍA DE
AUTOCUIDADO DE DOROTHEA ELIZABETH
OREM”**

ESTUDIO DE CASO

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ENFERMERA ESPECIALISTA PERINATAL**

PRESENTA:

LEO. AKARI JIMENEZ CECILIANO

ASESORÓ:

M.E PATRICIA MÁRQUEZ TORRES



CIUDAD DE MÉXICO, 2019



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

Mi agradecimiento a la máxima casa de estudios la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia por haberme permitido formarme en ella y enriquecerme en conocimiento.

Al Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” sede de la especialidad por las oportunidades brindadas para realizar este posgrado, así como a sus médicos y personal de enfermería que fueron mis profesores.

A la coordinadora la M.E Patricia Márquez Torres por compartir sus conocimientos, su paciencia y su tiempo para la revisión y elaboración de este estudio de caso.

A la maestra Dolores Vázquez por compartirme sus experiencias, conocimientos y brindarme apoyo en cada momento de la especialidad y fuera de ella.

A los médicos y enfermeras del Hospital General La Perla por su apoyo y asesoría para llevar a cabo de la mejor manera los conocimientos adquiridos durante la especialidad.

A Yessica por su confianza para acompañarla en este maravilloso momento de su vida como es el nacimiento de un hijo, así como su participación voluntaria para ser parte de este estudio de caso y aportar así evidencia de los beneficios del parto respetado.

DEDICATORIAS

Este trabajo lo dedico a mi familia por apoyarme en cada momento, principalmente a mi tía abuela quien fue como una madre para mí, porque he llegado hasta donde estoy gracias a su esfuerzo, apoyo y amor, por el gran ejemplo que me dio de perseverancia y trabajo, porque siempre confió en mí y aunque ya no se encuentra físicamente conmigo es y seguirá siendo mi pilar para seguir adelante.

A mi hija Lakshami por aguantar mis ausencias, por darme un abrazo y un beso cuando estoy por rendirme y ser mi inspiración para siempre seguir adelante, te amo.

A todos los que han ayudado a que esto pueda ser posible, profesores y amigos, porque los logros son gracias al apoyo y el ánimo que cada uno me brindó.

Y en especial a ti Antonio, por confiar en mí, por repetirme a cada momento que puedo lograr todo aquello que me proponga y hacer siempre que este sueño se convierta en una realidad.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	6
II. OBJETIVOS	9
2.1 Objetivo General.....	9
2.2 Objetivos Específicos.....	9
III. FUNDAMENTACIÓN.....	10
3.1 Antecedentes	10
IV. MARCO CONCEPTUAL	16
4.1 Conceptualización de enfermería.....	16
4.2 Paradigma de enfermería	17
4.3 Modelo de Dorothea E. Orem.....	23
4.4 Proceso de Enfermería	30
V. MARCO TEÓRICO.....	36
5.1 Embarazo	36
5.2 Trabajo de Parto.....	37
5.3 Principios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) acerca del cuidado perinatal: guía esencial para el cuidado antenatal, perinatal y postparto.	49
5.4 Recomendaciones de la OMS para el nacimiento.....	52
5.5 Modelo de Atención de Enfermería	55
5.6 Parto Normal, Natural y Humanizado.....	59
5.7 El Parto Humanizado	61
VI. METODOLOGÍA.....	64
6.1 Estrategia de Investigación	64
6.2 Selección del caso y fuentes de Información	65
6.3 Consideraciones éticas	65
VII. PRESENTACIÓN DEL CASO.....	79
7.1 Descripción del caso	79
7.2 Antecedentes generales de la persona.....	80
VIII. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.....	82
8.1 Requisitos de autocuidado	82
8.1.2 Requisitos de Autocuidado según las Etapas De Desarrollo	86

8.1.3 Requisitos de Autocuidado ante una Desviación de la Salud	87
8.2 Análisis de estudios de laboratorio y gabinete.....	89
8.3 Esquema Metodológico	90
8.4 Jerarquización del problema	91
8.5 Diagnósticos de Enfermería.....	91
IX. Planeación de los cuidados	92
X. PLAN DE ALTA	138
XI. CONCLUSIONES.....	141
XII. SUGERENCIAS	142
XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	143
XIV. GLOSARIO	153
XV. ANEXOS	156

I. INTRODUCCIÓN

La atención al parto normal hacia el fin de la edad media y principios del renacimiento (siglo XVII), cambió de forma importante, ya que los colegios médicos se apropiaron de la atención del parto y, desde su enfoque médico, lo abordaron y atendieron como una enfermedad.

En los últimos años, el aumento de la tecnología ha contribuido a mejorar los resultados perinatales, pero se ha mantenido la tendencia a atender de la misma forma todos los partos, tanto los de alto riesgo como los de bajo, utilizando el mismo nivel de tecnología, lo que ha supuesto más intervencionismo y medicalización, y que los deseos de las mujeres con frecuencia se subordinen a las prioridades organizacionales creando insatisfacción.

Aún hoy, la mayoría de la población y algunos profesionales sanitarios creen que no es posible dar a luz de forma segura sin la ayuda de procedimientos e instrumentos técnicos a pesar de que la medicina basada en la evidencia pone de manifiesto que el uso inapropiado de la tecnología en el parto, lejos de aumentar la seguridad, ocasiona iatrogenia, incrementa la tasa de cesáreas y partos instrumentales e interfiere en el establecimiento del vínculo materno-filial. Algunas mujeres sí precisan esta ayuda (no sobrepasan el 10%, según la OMS), pero lo que todas necesitan es intimidad, condición sin la cual el parto, un acontecimiento privado, no puede evolucionar fisiológicamente.

Actualmente se intenta implantar un cambio de enfoque en la asistencia al parto, un cambio impulsado por múltiples factores sociales, científicos e incluso económicos. Un tránsito del modelo médico-intervencionista a un modelo basado en la evidencia científica, en el término parto como proceso fisiológico, en la consideración de la mujer como protagonista.

En estos momentos, México tiene avances en el establecimiento de un marco normativo para la atención humanizada del embarazo, parto y puerperio, ya cuenta con un “Modelo de atención a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro”, asimismo ha incorporado estos preceptos y los de la violencia obstétrica en la actualización de la NOM-007-SSA2-2016 “Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida”.

Con esto se quiere responder a las nuevas demandas que la sociedad está planteando, sirviendo como guía de actuación a los profesionales involucrados en la atención al parto para iniciar el cambio hacia un modelo asistencial respetuoso con la mujer, la familia, el recién nacido y los profesionales.

Todo esto lleva implícito grandes cambios tanto en los profesionales como en las instituciones y en la ciudadanía.

Por parte de la mujer y del resto de la ciudadanía; sensibilizar a la mujer y a su pareja de sus derechos con respecto a todo el proceso del parto. Convertirse en sujeto activo de sus cuidados, tomando decisiones y haciendo uso de su autonomía y participación. Dotar a la mujer y pareja de una información comprensible, adecuada, veraz, respetuosa en la cual pueda sustentar sus propias decisiones.

Por parte de los profesionales; el cambio se produce en el concepto de parto, considerando éste como un proceso fisiológico y no como una situación de riesgo potencial, no vinculando el intervencionismo con altos niveles de seguridad. Tienen que ceder el protagonismo a la mujer y a su familia, ayudando a ésta a conseguir el mayor grado de autonomía posible.

Por lo anterior, el posgrado en Enfermería Perinatal tiene como propósito formar enfermeras y enfermeros capaces de brindar atención integral perinatal de bajo

riesgo, profundizar y ampliar los conocimientos generando calidad y calidez que repercutan en la transformación de la práctica y en la atención del binomio madre-hijo.

El presente estudio de caso, presenta las intervenciones de enfermería perinatal realizadas a primigesta con embarazo de 38.6 semanas de gestación, quien acude al servicio de urgencias en ginecología del Hospital General La Perla el día 15 de noviembre de 2017 a las 04:30 am por presentar dolor obstétrico, donde se decide su ingreso para manejo, vigilancia y seguimiento del trabajo de parto, así como la atención de parto respetado.

Está constituido por catorce capítulos: la introducción en la cual se plasma un poco de la situación actual en cuanto a la atención del parto y el papel de la enfermería perinatal hacia un cambio en el modelo de atención, los objetivos que plantean lo que se desea lograr con el presente estudio de caso, la fundamentación que presenta los antecedentes con los que se cuentan en relación al parto respetado, el marco conceptual y teórico en donde se describe la conceptualización de enfermería, el modelo de Dorothea E. Orem y el proceso de atención de enfermería y en donde se retoman además conceptos y procesos del embarazo, parto, atención humanizada y recomendaciones de la OMS, la metodología en donde se muestra la estrategia de investigación y fuentes de información, se presenta el caso y se describe la aplicación del proceso de enfermería en base a la teoría de Autocuidado de Dorothea E. Orem, así como un plan de alta para la mujer y el recién nacido, conclusiones y sugerencias para la mejora de la atención del parto.

II. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

Dar a conocer las intervenciones especializadas de enfermería perinatal a primigesta en trabajo de parto fase activa, bajo el enfoque de parto respetado, utilizando el proceso de atención de enfermería y la teoría de Dorothea E. Orem.

2.2 Objetivos Específicos

- ❖ Valorar a la gestante a través de herramienta de valoración perinatal.
- ❖ Identificar problemas reales y/o de riesgo en los diversos requisitos universales de la gestante.
- ❖ Jerarquizar los requisitos universales alterados para brindar los cuidados de enfermería especializados.
- ❖ Planear y ejecutar intervenciones durante el trabajo de parto con enfoque de parto respetado.
- ❖ Empoderar a la mujer durante el trabajo de parto.
- ❖ Acompañamiento de la mujer intraparto.
- ❖ Evaluar el impacto de las intervenciones realizadas a la gestante durante el trabajo de parto y atención del mismo.

III. FUNDAMENTACIÓN

3.1 Antecedentes

El proceso de atención de enfermería constituye un método organizado y científico para asignar los cuidados de enfermería. Éste, basado en la teoría de Dorothea Orem fue utilizado para la realización del estudio de caso a Yessica, en la primer etapa del proceso, la de valoración fue aplicado el instrumento de valoración perinatal, el cual incluye anamnesis completa, la observación y la exploración física; en la etapa de diagnóstico de enfermería se identificaron los requisitos alterados de Yessica para formularlos; en la planificación, se determinó cómo brindar los cuidados de enfermería perinatal de una forma organizada, individualizada y orientada a los objetivos planteados de acuerdo a la priorización de los problemas de la mujer gestante; en la ejecución se realizaron las actividades planadas en la fase anterior durante el trabajo de parto y atención de parto, teniendo en cuenta las opiniones de Yessica y tomando en cuenta las consideraciones éticas y legales pertinentes. Por último la etapa de evaluación se realizó de manera constante con la finalidad de proporcionar la mejor atención, así como una evaluación final que permitió conocer el impacto de las intervenciones a la mujer gestante.

Para sustentar este estudio de caso, se utilizó evidencia de investigaciones plasmada en diferentes documentos y publicaciones, por lo que la investigación será considerada de tipo documental.

La información fue obtenida mediante buscadores y bibliotecas web como Google Académico, Redalyc.org (Red de revistas científicas de América Latina y el Caribe), Imbiomed, Medigraphic, Biblioteca Virtual en Salud (BVS), SciELO (Biblioteca Científica Electrónica en Línea), PubMed, La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS (BSR) y del Ministerio de Sanidad, CUIDEN y Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME). La selección de información se

hizo mediante libros, artículos científicos, investigaciones, artículos de revista, abarcando textos en español, inglés y portugués. Palabras clave: Embarazo, Trabajo de Parto, Parto Humanizado, Parto Respetado y Psicoprofilaxis.

1.- Sánchez, G. en “Espacio para parir diferente. Un acercamiento a las casas de parto en México” libro publicado en el año 2016 explica que en el país la atención del embarazo y el parto se ha institucionalizado y medicalizado, tratándolos como una enfermedad, por lo que esta obra muestra otros modelos y espacios de alumbramiento. Comenta: “Desde hace un tiempo se ha observado el incremento de la violencia obstétrica a partir del trabajo de otras colegas, entonces era importante para nosotros saber qué estaba pasando con la otra cara de la moneda, con algo que pareciera ser una ilusión, como el parto respetado”.¹

2.- Araoz, R. en su artículo “Parto Natural Humanizado” del año 2007, menciona que el apoyo continuo físico y con empatía durante el trabajo de parto produjo muchos beneficios incluyendo un parto más corto, elogiar, brindar confianza, proporcionar medidas para mejorar la comodidad de la mujer, contacto físico como frotarle la espalda, sostenerle las manos, explicarle que sucede durante el parto y brindarle una constante presencia amistosa, ha demostrado que este apoyo reconfortante constante de un proveedor de salud reduce significativamente la ansiedad y el sentimiento de haber tenido un parto complicado.²

3.- Martínez, J; Delgado, M. en el año 2013 en su investigación titulada “Modelo asistencial centrado en la humanización” menciona en sus resultados obstétricos que el nuevo modelo de atención sanitaria, basado en la humanización perinatal, consigue una alta satisfacción de la mujer, 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.³

4.- Barbosa, R.; De Vasconcelos; Saldanha, E. en “Estrategias no farmacológicas en el alivio del dolor durante el trabajo de parto: pre-test de un instrumento” del

año 2007 plasma que en una investigación con abordaje cualitativo que buscó la percepción de enfermeras obstétricas sobre la humanización de la asistencia al parto realizado en una maternidad en el interior del Estado de San Pablo, se demostró que esas enfermeras consiguen apoyar y orientar a las gestantes con cursos, ofrecen medidas para aumentar la comodidad como: ambiente tranquilo, baño de ducha, permiso para el acompañante y evitan intervenciones innecesarias.⁴

5.- Bravo, P.; Uribe, C.; Contreras, A. en su artículo: “El cuidado percibido durante el proceso de parto: una mirada desde las madres” 2008, concluyen que la entrega del componente relacional efectivo y centrado en el favorecimiento del control de las mujeres en su propia situación de parto, ha demostrado un aumento significativo en el nivel de satisfacción durante la atención recibida en el proceso. Esto promueve el posicionamiento activo de ellas en el proceso de parto, lo que les permite adquirir seguridad y mantener control sobre el propio dolor. 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 mujer 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.⁵

6.- Moura, F.; Crizostomo, C.; Nery, I.;Mendonca, R.; Araújo, O & Rocha, S. en “La Humanización y la asistencia de enfermería al parto normal” 2007. Menciona que en las últimas décadas ha surgido varios movimientos gubernamentales y no gubernamentales en favor de una asistencia humanizada y holística en que se considera a la persona como principal sujeto de su cuerpo y vida y no sólo simple objeto que obedece pasivamente a las órdenes de quienes detienen el poder del saber, sin ningún cuestionamiento. En este contexto, corresponde a los profesionales de salud y comunidad reivindicar la implantación de políticas

públicas, destinadas a la atención de la mujer de forma más humanizada en el momento en que ella se encuentra más vulnerable y carente de apoyo emocional, como durante la maternidad. En este sentido, la enfermera ha sido reconocida por el Ministerio de Salud y otros órganos no gubernamentales, como la profesional que posee formación holística y procura actuar de forma humanizada en el cuidado a la mujer tanto en las casas de parto, como en las maternidades.⁶

7.-García, E.; Guillén, D. & Acevedo, M. en su artículo “Humanismo durante la atención del trabajo de parto” hace referencia a que médicos y enfermeras deben reflexionar sobre los aspectos humanísticos de la atención y considerar que toda mujer tiene derecho a una atención en el trabajo de parto adecuada y un papel central en todos los aspectos de dicha atención, incluyendo su participación en la planificación, ejecución y evaluación de la atención. Los factores sociales, emocionales y psicológicos son fundamentales para comprender la manera de prestar una atención adecuada. Los profesionales de la salud que atienden en el trabajo de parto deben analizar y reflexionar sobre el impacto físico y psicológico de sus actitudes e intervenciones sobre la mujer, ya que la humanización no implica solamente acciones para mejorar la calidad de atención. Consideran que la atención del parto debería ser devuelta a la comunidad y atendida por un profesional de enfermería especializado en el área, que brinde un cuidado personalizado, acompañamiento, asesoría y atención durante todo el proceso, embarazo, parto y puerperio de bajo riesgo, rescatando los rasgos humanísticos de la atención del parto de forma tradicional.⁷

8.- Vela, G. en su tesis titulada “Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015” expone que los cuidados brindados en trabajo de parto humanizado implica el respeto a sus derechos y elecciones, entre ellos el optar por el uso de técnicas para el manejo del dolor de parto sean farmacológicas o no; pero, si bien el manejo farmacológico del parto brinda la posibilidad de hacer más llevadero el dolor, los efectos de su

uso no son del todo favorables para la madre y el feto, razón por la cual es necesario llegar a un equilibrio entre estos dos aspectos.⁸

9.- Hodnett, E; Gates, S; Hofmeyr, G; Sakala, C. en el artículo "Apoyo continuo para las mujeres durante el parto hace referencia a que las mujeres que recibieron apoyo continuo en el trabajo de parto tenían mayor probabilidad de parir de manera "espontánea", es decir, sin cesárea, instrumental ni fórceps. Además, las mujeres tenían menor probabilidad de recibir analgésicos, tenían mayor probabilidad de sentirse satisfechas y pasaban por un trabajo de parto levemente más corto.⁹

10.- Islas, S; Conde, M & González, S. en su artículo "Parto y nacimiento humanizado: evaluación de una vía clínica basada en la evidencia" del año 2009 plasman los resultados obtenidos de la implementación de una vía clínica de atención de parto humanizado, encontrando que ésta aumentó el número de partos favoreciendo el acompañamiento en todo el proceso, logrando así reducir la tasa general de cesáreas. Por otro lado, el uso de anestesia epidural durante el trabajo de parto descendió, debido a que aumentan las mujeres que deciden aliviar el dolor con métodos no farmacológicos; de este modo, el número de mujeres con parto eutócico o instrumental sin analgesia epidural aumentó hasta casi el 34% de los partos vaginales.¹⁰

11.- En la investigación: "Apoyo Emocional a la Mujer en Trabajo de Parto" realizada en Minatitlán, Veracruz, el objetivo fue determinar si el personal de enfermería proporciona apoyo emocional a las pacientes en trabajo de parto. Según las conclusiones la mayoría de las pacientes entrevistadas que se encontraban en trabajo de parto refirió que el personal de enfermería tuvo actitudes empáticas, y les proporcionó información sobre los procedimientos, demostrando que sí hubo apoyo emocional. Se distingue entre los datos que el personal de enfermería hace sentir protegida y acompañada a la mujer en trabajo de parto, aunque destaca que el apoyo espiritual es lo que menos proporcionan

las enfermeras. Por lo tanto recomiendan que el personal de enfermería se interese en los sentimientos que las mujeres presentan durante el trabajo de parto para contribuir a la eficacia en la atención, apegándose a respuestas humanas.¹¹

IV. MARCO CONCEPTUAL

4.1 Conceptualización de enfermería

El término <<Enfermera>> tiene sus orígenes en el verbo to nourish que significa nutrir, alimentar. Con el paso del tiempo, los cuidados de enfermería han ido evolucionando y generado la necesidad de crear un marco teórico propio que le diera sentido a su práctica y favoreciera el desarrollo de la enfermería en un punto de vista profesional.

Según la organización Mundial de la Salud (OMS) la enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, ya sea que se encuentren enfermos o no y en todas las circunstancias de la vida. Para la OMS, comprende no solo el cuidado a personas enfermas, con discapacidad o en situación terminal, sino también la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.¹²

Silva(2006) plantea haciendo una reflexión sobre lo que es una profesión y lo que es enfermería, que la enfermería profesional ha de ser un servicio dedicado a lograr el bienestar humano y social, y lo llevará a cabo aplicando sus conocimientos y habilidades al mantenimiento o restauración de la salud, a la prevención de las enfermedades y al cuidado de los enfermos. Estos servicios han de ayudar a alcanzar no sólo los requerimientos físicos, sino también sociales, emocionales y espirituales de las personas. Su responsabilidad fundamental será prestar cuidados al individuo, familia y comunidad ocupándose de los aspectos de la vida que afecten tanto a la salud como a la enfermedad e incluso a la muerte. Hace referencia a que para dar una buena atención de enfermería es necesario tener los conocimientos científicos, así como las técnicas de las ciencias biológicas, físicas y psicosociales, las cuales se adquieren por medio del estudio teórico-práctico, para después a través de la experiencia perfeccionar dichas

técnicas. Asimismo requiere de la aplicación de un método que permite planificar, organizar, ejecutar y valorar los cuidados prestados en conjunto con otras disciplinas sanitarias. Finalmente hace mención que la enfermería cumple con diversas funciones, como son asistencial, administradora, docente e investigadora.¹³

4.2 Paradigma de enfermería

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

A partir de la década de los 60, el inicio de la investigación en enfermería constató la falta de sistemas teóricos sólidos que pudieran ofrecer conexiones conceptuales válidas para el ejercicio profesional. Con estas observaciones en el área de la ciencia de enfermería se comienza a usar el concepto de paradigma como referente para desarrollo de la ciencia y base para múltiples ciencias.¹⁴

De manera epistemológica 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. Los paradigmas ofrecen un camino para la construcción de conocimientos y contribución al desarrollo de la ciencia.

Según Kuhn los paradigmas de una disciplina científica preparan al personal básicamente para la práctica con el objeto de definirla y guiarla, mediante bases teóricas, filosóficas y modelos conceptuales. La filosofía de la ciencia Kuhn favorece para comprender la evolución de la teoría de enfermería, mediante

modelos paradigmáticos de la ciencia, que ha hecho no sea ajena a los momentos histórico-sociales y culturales al generarse dichos paradigmas.

De acuerdo a las corrientes del pensamiento se conocen tres tipos de paradigmas: el Paradigma de categorización (1850-1950) en el cual todo fenómeno viene de algo y ha inspirado dos orientaciones la salud pública y enfermedad; el Paradigma de integración (1950-1975), va en relación a la orientación de los cuidados de enfermería hacia la persona; y el Paradigma de la transformación (1975- siglo XX), donde cada fenómeno es único e irrepetible.¹⁵ A su vez cada uno aplica concepto metaparadigmáticos como los de cuidado, persona, salud y entorno, para mejorar la comprensión del desarrollo del conocimiento.

Paradigma de la Categorización

Corriente que comenzó a desarrollarse a finales del siglo XIX y principios del siglo 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.

- ♦ Orientación centrada en la Salud Pública

Se sitúa temporalmente entre los siglos XVIII y XIX y está caracterizada por "la necesidad de mejorar la salubridad y de controlar las enfermedades infecciosas en los medios clínicos y comunitarios.

Desde la línea que marca esta orientación se pueden explicar los conceptos metaparadigmáticos de enfermería: la persona, el entorno, la salud y el cuidado.¹⁶

- ♦ Considera a la persona según sus componentes físico, intelectual, emocional y espiritual, así como por su capacidad y su responsabilidad para cambiar la situación existente.

- ♦ El entorno, es independiente de la persona y algo que se puede controlar y manipular, puede contribuir a recuperar la salud como para prevenir la enfermedad.
- ♦ La salud no es solamente lo opuesto a la enfermedad: este concepto significa igualmente “la voluntad de utilizar bien cada capacidad que tenemos”.
- ♦ El cuidado es a la vez un arte y una ciencia, por lo que requiere una formación formal.

La orientación hacia la salud pública está caracterizada por la necesidad de aplicar los principios de higiene pública, la utilización de conocimientos estadísticos corporativos así como por una enseñanza formal y rigurosa, eje de una formación práctica en los medios clínicos y comunitarios.

Como resultado del progreso de los conocimientos en salud pública, se ha puesto de manifiesto la necesidad de programas educativos en salud, de prevención de las enfermedades infecciosas y de higiene industrial.¹⁷

- ♦ Orientación hacia la enfermedad

Surge cuando comienzan a poder controlarse las enfermedades infecciosas, a partir del siglo XIX. El significado de los elementos que forman el metaparadigma según esta orientación es el siguiente:

- ♦ El cuidado está enfocado hacia los problemas, el déficit o las incapacidades de las personas.
- ♦ La persona se puede definir como un todo formado por la suma de sus partes, cada parte es reconocible e independiente; empieza y termina en un punto fijo, sin contacto con otra parte. Según esta perspectiva, la persona depende de las condiciones en que se encuentra y trata de controlarlas para promover la salud y su bienestar.

- ♦ La salud es un equilibrio altamente deseable, es sinónimo de ausencia de enfermedad.
- ♦ El entorno es un elemento separado de la persona. El entorno es físico, social y cultural. Se puede controlar y manipular.

Así como los cuidados enfermeros están estrechamente unidos a la práctica médica, se orientan igualmente al control de la enfermedad. Dado que las tasas de mortalidad permanecen elevadas a consecuencia de las principales enfermedades contagiosas de la infancia y de la edad adulta, es ventajoso para la población poder aprovecharse tanto de los cuidados enfermeros adecuados como de las mejoras en la práctica médica. De este modo, una formación más avanzada en los cuidados de enfermería son un medio esencial de controlar la enfermedad.¹⁸

Paradigma de la Integración

El paradigma de la integración prolonga el paradigma de la categorización reconociendo los elementos y las manifestaciones de un fenómeno e integrando el contexto específico en que se sitúa un fenómeno. Por ejemplo, el contexto en el que se encuentra una persona en el momento en que aparece una infección influenciará su reacción al agente infeccioso y su respuesta al tratamiento. Múltiples factores son los responsables de esta reacción y, entre ellos, algunos lo son más.

Según esta orientación:

- ♦ El cuidado va dirigido a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones; salud física, mental y social. Intervenir significa <<actuar con>> la persona, a fin de responder a sus necesidades.
- ♦ La persona es todo formado por la suma de cada una de sus partes que están interrelacionadas, los componentes biológicos, psicológicos, sociológicos, culturales y espirituales están relacionados, de ahí la expresión: la persona es un ser bio-psico-socio-cultural-espiritual.

- ♦ La salud y la enfermedad son dos entidades distintas que coexisten y están en interacción dinámica. La salud es un ideal que se ha de conseguir y está influenciada por el contexto en el que la persona vive.
- ♦ El entorno está constituido por los diversos contextos (histórico, social, político, etc.) en el que la persona vive. Las interacciones entre el entorno y la persona se hacen la bajo la forma de estímulos positivos o negativos y de reacciones de adaptación. Estas interacciones son circulares.

La orientación hacia la persona se caracteriza por el reconocimiento de una disciplina enfermera distinta de la disciplina médica. Como los conocimientos evolucionan y las necesidades de salud se vuelven más complejas, la necesidad de una formación básica más progresista se impone. Las investigaciones enfermeras se elaboran alrededor del objeto del cuidado, es decir, el cliente y su entorno. Los trabajos de enfermería de *V.Henderson*, *H. Peplau* y *D. Orem* quedan enmarcados dentro de este paradigma.

Paradigma de la transformación

Corriente que representa un cambio sin precedentes, se da una apertura social hacia el mundo. 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. Esta nueva orientación de apertura social influye decisivamente en la disciplina de enfermería y sitúa los conceptos del metaparadigma de la siguiente manera:¹⁹

- ♦ La persona es considerada como un ser único cuyas múltiples dimensiones forman una unidad. Este ser, entero y único, es indisociable de su universo. La persona reconoce la influencia del entorno sobre ella y, evoluciona en la búsqueda de una cantidad de vida que define según su potencial y sus prioridades.

- ♦ La salud está concebida como una experiencia que engloba la unidad ser humano-entorno. La salud no es un bien que se posee, un estado estable o una ausencia de enfermedad. Formando parte de la experiencia humana, la salud <<se integra en la vida misma del individuo, la familia y los grupos sociales que evolucionan en un entorno particular>>.
- ♦ El cuidado va dirigido al bienestar, tal como la persona lo define. La enfermera la acompaña en sus experiencias de salud siguiendo su ritmo y su camino. Intervenir significa <<estar con>> la persona.
- ♦ El entorno está compuesto por el conjunto del universo del que la persona forma parte. Siendo distinto de la persona, el entorno coexiste con ella. La persona y el entorno están en constante cambio, mutuo y simultáneo.

Esta filosofía <<suscita en cada persona el desarrollo de su potencial y la utilización de los recursos del medio con el fin de mejorar la calidad de vida para todos>>. Se trata así de un enfoque de promoción de la salud incitando a los individuos, miembros de la comunidad, a comprometerse y a participar con objeto de mejorar su bienestar. La participación de los miembros de la comunidad en todas las actividades de planificación, realización y evaluación de los cuidados primarios de la salud es un principio esencial del enfoque.

Cuidar a una persona supone el reconocimiento de sus valores culturales, de sus creencias y de sus convicciones (Leininger 1991). Desde esta perspectiva, Roger (1989) invita a las enfermeras a hacer investigaciones hacia los cuidados de salud creativos que podrán ser aplicados sobre la tierra e incluso más allá de este planeta.²⁰

4.3 Modelo de Dorothea E. Orem

Teoría General de Orem

Dentro de su trayectoria como teorista, D. Orem especifica que ningún autor en particular ha influenciado en sus trabajos; sin embargo en sus escritos utiliza el conocimiento generado de varios campos de estudio. Particularmente la contribución de Maslow desde el campo de la psicología ha sido esencial en la formulación de su teoría.

La teoría general de la enfermería representa una imagen completa de la enfermería y se expresa mediante tres teorías, expuesta por Orem en 1958.

La figura 1 permite visualizar la teoría general de Orem.

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.

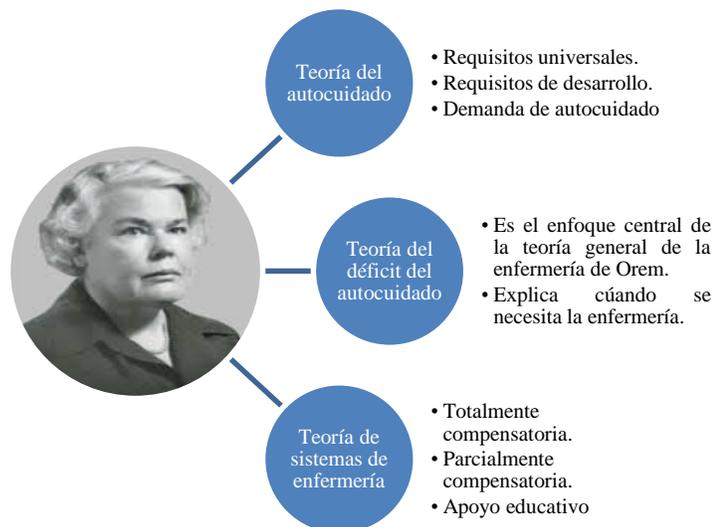


Figura 1. Teoría General de Orem. Pereda, M. Explorando la teoría general de enfermería de Orem. *Enf. Neurol Mex.* 2011; 10(3): 163-167

Teoría de Autocuidado

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

Esta teoría enfatiza que la realización del autocuidado requiere la acción deliberada, intencionada y calculada, que está condicionada por el conocimiento y repertorio de las habilidades de un individuo, y se basa en la premisa de que los individuos saben cuándo necesitan ayuda y, por lo tanto, son conscientes de las acciones específicas que necesitan realizar. Sin embargo, pueden escoger entre distintas opciones en sus conductas de autocuidado.

Esta teoría tiene como supuesto principal que “el autocuidado no 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 los amigos, familia, es decir, el entorno que los rodea.

A partir de esta teoría se articulan tres conceptos: el de *agente de autocuidado* que se refiere a cualquier persona que cumple con la responsabilidad de conocer y satisfacer las necesidades de autocuidado, al *dependiente* que es la persona externa que acepta proporcionar el cuidado a otra persona importante para él; y el de *agente de autocuidado terapéutico*, en el cual la persona que da el cuidado es el profesional de enfermería.

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

Orem (1971) relaciona las actividades de autocuidado con los *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 o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adultez y vejez.

Dichos requisitos son categorizados como *universales, del desarrollo* o de *desviaciones de salud* (Tabla 1). Los primeros representan los comportamientos que por lo general se consideran dentro de los límites normales para los seres humanos: hombres, mujeres y niños, constituyen los objetos requeridos que deben alcanzarse a través del autocuidado para el mantenimiento de la integridad estructural y funcional en las diversas etapas del ciclo vital:

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

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. En este requisito Orem identificó tres grupos; el primer grupo hace referencia a la provisión de condiciones que promuevan el desarrollo, el segundo grupo son los requisitos orientados al compromiso del crecimiento propio, y el tercer grupo establece los requisitos para la prevención de las condiciones humanas y situaciones de vida que puedan afectar adversamente el desarrollo humano.

Algunos requisitos del desarrollo están relacionados con la producción y el mantenimiento de condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan el desarrollo — es decir, el progreso humano hacia niveles más altos de organización de las estructuras humanas y hacia la maduración—. En tales etapas debe prestarse una especial consideración a aspectos del cuidado necesario para sostener la vida y dirigidos específicamente a la promoción del desarrollo.

Las etapas de desarrollo específicas incluyen:

1. Vida intrauterina y nacimiento
2. Vida neonatal, ya sea un parto o término o prematuro, o un niño con peso normal o con bajo peso.
3. Lactancia
4. Etapas de desarrollo de la infancia, adolescencia y adulto joven.
5. Etapas del desarrollo de la edad adulta.
6. Embarazo, ya sea en la adolescencia o en la edad adulta.²¹

Por último, los requisitos derivados de las desviaciones de la salud son los que existen para personas que están enfermas o lesionadas, incluyendo los defectos y las discapacidades.

Los requisitos de autocuidado exigen que se tomen medidas sanitarias en momentos concretos o a lo largo de un periodo de tiempo, a las que le da el nombre de demandas de autocuidado terapéutico. En opinión textual de Leddy y Pepper (1990), “los requisitos de autocuidado universales y asociados con el desarrollo dan como resultado la promoción de la salud y la prevención de enfermedades específicas, conocidas como demandas de autocuidado para la prevención primaria. Los requisitos de autocuidado relacionados con desviaciones de la salud 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. Las demandas de autocuidado

relacionadas con la prevención terciaria tienen que ver con el funcionamiento eficaz y satisfactorio de acuerdo a las posibilidades existentes”.

Tabla 1. Requisitos de Autocuidado

Universales	De desarrollo	Desviaciones de la Salud
<ul style="list-style-type: none"> • Mantenimiento de la respiración, agua y alimentos. • Mantenimiento del equilibrio entre el reposo y la actividad y entre la soledad e interacción social. • Promoción de cuidados asociados con la eliminación. • Prevención de peligros. • Promoción del funcionamiento y desarrollo humano de acuerdo con el potencial, limitaciones y normalidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Soporte de los procesos vitales, incluyendo: embarazo, nacimiento, neonatos, lactancia, infancia, adolescencia, y edad adulta. • Proporcionar cuidados en desviación educacional, desadaptación social, pérdida de familia, amigos, posesiones y seguridad, cambio e ambiente, problema de estatus, mala salud o condiciones de vida, enfermedad terminal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Asistencia médica segura cuando esté expuesto a patología. • Atención a los resultados del estado patológico. • Utilización de terapia médica para prevenir o tratar la patología. • Atención a los efectos molestos de la terapia médica. • Modificación de la autoimagen para aceptar los cuidados según sea necesario. • Aprender a vivir con la patología

Vega O.; González D. Teoría del Déficit de Autocuidado: Interpretación desde los elementos conceptuales. Revista Ciencia y Cuidado. 2017;4 (1).

Teoría del Déficit de autocuidado

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

De acuerdo con Orem (1979), la intervención de enfermería sólo tiene lugar cuando las demandas de autocuidado del individuo exceden sus habilidades para cubrirlas. Ante esta condición se legitima la necesidad de cuidados de enfermería.

Teoría de Sistemas de enfermería

De lo anterior surge la teoría de los Sistemas de enfermería. Se refiere “a la secuencia de acciones prácticas deliberadas que llevan a cabo las enfermeras con el propósito de ayudar a la persona a adoptar una actitud responsable frente a sus autocuidados”. Orem ha clasificado estas acciones en cinco modos de asistencia basados en la relación de ayuda o suplencia de la enfermera hacia el paciente, son estos: actuar en lugar de la persona, ayudar y orientar, apoyar física y psicológicamente, enseñar y procurar un entorno que favorezca el desarrollo.

Según la capacidad y la voluntad de la persona, los cuidados de enfermería se orientan en sistemas de enfermería (Tabla 2), definidos como totalmente compensatorio cuando terapéutico a la persona; parcialmente compensatorio cuando la enfermera y paciente realizan conjuntamente el cuidado; y el educativo de apoyo cuando la enfermera ayuda al paciente a adquirir los conocimientos o habilidades relacionados con su autocuidado.

Tabla 2. Sistemas de Enfermería

TOTALMENTE COMPENSATORIO	PARCIALMENTE COMPENSATORIO	EDUCATIVO DE APOYO
Realiza el autocuidado	Realiza algunas de las medidas de autocuidado por el paciente.	Realiza el cuidado terapéutico del paciente.
Regula el ejercicio y desarrollo de la acción de autocuidado.	Compensa las limitaciones del paciente para realizar su autocuidado.	Compensa la capacidad del paciente para realizar su autocuidado.
	Ayuda al paciente en lo que necesite.	Apoyo y protege al paciente.
Hacer por el otro	Hacer con el otro	Dejar hacer al otro

Vega O.; González D. Teoría del Déficit de Autocuidado: Interpretación desde los elementos conceptuales. Revista Ciencia y Cuidado. 2017;4 (1).

El profesional de enfermería, al activar alguno de esto de estos sistemas, considera los componentes de poder que la persona, comunidad o grupo posee. Los componentes de poder están constituidos por la capacidad para mantener la atención, razonar, tomar decisiones, adquirir conocimiento y hacerlo operativo, ordenar acciones de autocuidado para el logro de los objetivos, para realizar e integrar operaciones de autocuidado en las actividades de la vida diaria y utilizar habilidades en las actividades de la vida diaria y el nivel de motivación.

Respecto al uso de la Teoría General de Orem, López (2006) en su estudio plantea que ha sido utilizada en el ámbito institucional y comunitario, principalmente en el cuidado de adultos y ancianos aunque se reporta su aplicación en población adolescente, gestante y puérpera, niños y grupos familiares. Meleis (2005), explica que la prevalencia del trabajo con adultos es un indicador de desarrollo en la identificación de las necesidades con las que puede

trabajar enfermería en ese grupo poblacional y se constituye en una oportunidad de tomar distancia de las consideraciones médicas, especialmente para promover el cuidado en el ámbito institucional.²²

4.4 Proceso de Enfermería

El proceso de enfermería es el resultado de los esfuerzos que comenzaron a realizarse a mediados del siglo XX para sistematizar los cuidados. En 1966 Louis Knowles presentó una descripción de las actividades de los enfermeros, momento que puede caracterizarse como el impulsor directo de la descripción de la metodología empleada en el ejercicio clínico. Knowles explicitó que las actividades que se desarrollan consisten fundamentalmente en descubrir información, investigar las fuentes para la obtención de datos, decidir el proceso a seguir, actuar o poner en marcha el plan concebido y discriminar o priorizar las necesidades del paciente y, por lo tanto, las intervenciones enfermeras. Estas cinco fases no son idénticas a las del actual Proceso de Enfermería pero resultaron cruciales en su configuración de tal modo que tan solo un año después un grupo de profesores de la Escuela de Enfermería de la Universidad Católica de Colorado identificó cuatro de las actuales fases del proceso: valoración, planificación, ejecución y evaluación.

Valoración:

Se incluye la obtención de datos, su verificación, organización, comprobación de las primeras impresiones y su anotación, y en ella se incluyen los métodos de entrevista, observación y valoración física. En esta fase se recopilan datos sobre la persona que permiten registrar las respuestas físicas, las ideas, los valores y sentimientos a través de los cuales se identifican las necesidades de la persona y se determinan las prioridades del plan de cuidados.

- ♦ Entrevista clínica: Permite al enfermero adquirir la información precisa, establecer la relación enfermero-paciente, determinar las áreas que

precisan de una valoración específica y aquellas en las que el cliente puede identificar problemas y establecer objetivos.

- ♦ Observación sistemática: Se realiza a través de los sentidos, y según los estudios del Proceso actuales, el modo en el que se realizan las impresiones iniciales.

- ♦ Exploración física: Permite:
 - Definir aún más la respuesta del cliente ante el problema patológico, sobre todo aquellas respuestas susceptibles de ser tratadas con acciones de enfermería.
 - Establecer una base de datos para comprobar a la hora de evaluar la eficacia de las intervenciones de enfermería o médicas.
 - Justificar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista u otra relación enfermero-cliente.

De acuerdo a las características de los estudiosos conceden a la primera parte del Proceso de Enfermería, estadio fundamental para el desarrollo del mismo, el hecho de que metodología a emplear sea adaptable a todos y cada uno de los modelos enfermeros actuales sólo puede responder a la necesidad de controlar y especificar las acciones que se llevan a cabo en el entorno clínico, sin que lleve aparejada una perspectiva científica respecto a la metodología concreta más adecuada para el fin que propone.

Diagnóstico:

Estuvo en su estado embrionario incluido en la fase de valoración en forma de establecimiento de conclusiones sobre los datos provisionales o definitivos. La importancia de la delimitación de los problemas enfermeros de las personas a las que atiende le permitió separarse y constituirse como fase identificada y constituyente del Proceso.

- ♦ Diagnóstico de Enfermería Real: Se compone de tres partes que son el problema, el factor relacionado o la causa del mismo y los datos objetivos y subjetivos que indican su presencia. En la primera parte se identifican las respuestas humanas recopiladas durante la valoración y sugiere los resultados a alcanzar, mientras que el factor relacionado, que contribuye a la manifestación de la respuesta, indica las intervenciones enfermeras adecuadas. Gordon fue quien definió los componentes del Diagnóstico de enfermería como <<síndrome PES>> siendo acrónimo del problema, etiología y las señales o síntomas.
- ♦ Diagnóstico Riesgo: Describe respuestas humanas a situaciones de salud/procesos vitales que pueden desarrollarse a un futuro próximo en una persona, una familia, o una comunidad vulnerables. , porque tan sólo está constituido por las dos primeras partes del diagnóstico real, esto es el problema y el factor de riesgo causal. Las características definitorias que conforman la tercera parte no son identificables al estar ausentes en el momento en el que se formula el diagnóstico.
- ♦ Diagnóstico de Salud: Son un juicio real que se emite en una situación de salud pero que podrías alcanzar un nivel mayor.

Planificación:

En ella se incluye el desarrollo de las estrategias diseñadas bien para reforzar respuestas saludables de la persona, bien para impedir, reducir o corregir las respuestas insanas. A su vez, este estadio consta de cuatro pasos lógicos y consecutivos elaborados para proporcionar unos cuidados adecuados al estado de salud del paciente. En primer lugar se deben establecer las prioridades, por lo que es preciso un sistema para determinar que diagnóstico o diagnósticos serán tratados en primer lugar. Los especialistas en la materia proponen dos métodos para determinar la prioridad de la intervención. De un lado Alfaro-LeFevre indica que se prioricen de acuerdo a la necesidad de una atención médica inmediata,

mientras que Iyer, Tapich y Bernocchi-Losey, al igual que Yura y Walsh, sugieren la jerarquía de las necesidades. Respecto al primer método la priorización de las intervenciones en función de la inmediatez de la atención médica, orienta las intervenciones de enfermería de acuerdo a las necesidades médicas volviendo a poner en evidencia la dependencia conceptual de la disciplina. El segundo método está basado en la Jerarquía de las Necesidades Humanas de Maslow y Kalish que perfeccionó la teoría del primero. Esta teoría describe las necesidades del hombre en cinco niveles –Fisiológico, seguridad, social, estima y autorrealización-, y sugiere que el hombre cubre estas necesidades en sentido progresivo, por lo que las fisiológicas se sitúan de modo prioritario ante el resto de las necesidades. No obstante, los enfermeros reconocemos situaciones en las que un entorno desconocido, como lo es el hospital, afecta a la necesidad de seguridad, así pues, la práctica diaria enfermera permite afirmar que no siempre las necesidades se cubren en sentido lineal y progresivo, lo que se constituye en un fenómeno de investigación propio de la Enfermería.

En esta misma fase de planificación el segundo componente en el desarrollo de los resultados también denominados objetivos. Su formulación se deriva de la respuesta humana identificada en el diagnóstico enfermero al tener que estar centrados en el cliente, ya que su propósito es el de constituirse como criterios para la evaluación del grado en que la respuesta humana ha sido impedida, modificada o corregida y así valorar la calidad de los cuidados de Enfermería.

Tras los objetivos se formulan las intervenciones de Enfermería que deben estar basadas en principios científicos, ser coherentes e individualizadas. Según Iyer, Tapich y Bernocchi-Losey “las intervenciones de enfermería se desarrollan de distintas formas (Tabla 3), incluyendo la formulación de hipótesis y tormenta de ideas. Respecto a las hipótesis afirman que los profesionales de la Enfermería las formulan cuando predicen las alternativas apropiadas para obtener el resultado esperado y se formulan fundamentándose de una parte en su éxito previo y de otra en los conocimientos, habilidades y recursos del cliente. Por su parte, la

tormenta de ideas parece estimular las alternativas creativas y un ambiente de libertad y apertura que, posteriormente, precisa que le sean aplicados criterios de viabilidad y probabilidad de éxito.

Las intervenciones enfermeras suelen clasificarse en dependientes, interdependientes e independientes y <<se centran en las actividades necesarias para el fomento, conservación o restablecimiento de la salud del cliente>>. Mientras que el primer tipo de intervención es aquella en la que el profesional de la Enfermería ejecuta el tratamiento facultativo, las interdependientes son llevadas a cabo junto con otros profesionales del equipo de salud, y las intervenciones independientes de Enfermería, aquellas que deberían identificar de modo unívoco los fenómenos propios de la investigación y aplicación práctica intencional.

Tabla 3. Formas de Planificación de Intervenciones

PLANIFICACIÓN	
PASOS	MÉTODOS
Establecimiento de prioridades	<ol style="list-style-type: none"> 1. Urgencias de la Atención Médica. 2. Jerarquía de las necesidades de Maslow.
Establecimiento de objetivos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Criterios de Validez (centrados en el cliente) 2. Criterio Lógico (derivados de la Etiqueta Diagnóstica) 3. Criterio Director de la Intervenciones (expresadas de forma medible y realista)
Establecimiento de las intervenciones	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formulación de hipótesis 2. Tormenta de ideas
Documentación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Individualizado 2. Estandarizado 3. Informatizado

Antología. Teorías y modelos de enfermería. Bases teóricas para el cuidado especializado. Disciplina en Enfermería. Universidad Nacional Autónoma de México;2009. p.248-256

El último paso de la planificación lo constituye la documentación que puede realizarse en un plan de atención individualizado, estandarizado o informatizado y cuyo propósito es procurar cuidados eficaces y continuos.

Ejecución:

Tras estas fases, el profesional de la Enfermería se introduce en la ejecución, que se divide a su vez, en tres etapas: Preparación, la intervención propiamente dicha, documentación o registro de las intervenciones enfermeras.

Los modelos actuales para la organización de la atención enfermera varían desde:

- ♦ Enfermería funcional: en las que se distinguen las tareas a realizar y las personas que las ejecutarán.
- ♦ Enfermería de equipo: en la que distintos niveles profesionales desarrollan una actividad coordinada en los cuidados enfermeros.
- ♦ Enfermería primaria: el profesional de Enfermería es responsable de dirigir los cuidados de un cliente o grupo.
- ♦ Control del caso: modelo que organiza los cuidados dentro de un límite de tiempo compatible con el periodo de permanencia designado por el médico del cliente.

Evaluación:

Es la fase que determina la calidad de los cuidados prestados, obliga a la revisión de todos y cada uno de los pasos establecidos por el Proceso de Enfermería y permite apreciar tanto los progresos experimentados por el paciente como la adecuación de las intervenciones enfermeras. Estas dos dimensiones permiten garantizar la calidad de los Cuidados de Enfermería prestados. A pesar de situarse en el extremo final del Proceso está presente en todas y cada una de las fases, pues la dirección que tomará cada una depende de la anterior al ser una metodología organizada de un modo consecutivo.²³

V. MARCO TEÓRICO

5.1 Embarazo

Según la Organización Mundial de la Salud el embarazo con los nueve meses durante los cuales el feto se desarrolla en el útero de la mujer.²⁴

Bajo el concepto de la NOM 007-Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, el embarazo es la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del "conceptus" en el endometrio y termina con el nacimiento.²⁵

Este periodo de gravidez, comprende todos los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno, así como los importantes cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia.²⁶

Duración del embarazo

Desde el punto de vista clínico, un embarazo dura unos 280 días o 40 semanas, lo que corresponde a 10 meses lunares (28 días) o algo más de 9 meses solares. Esto se debe a la dificultad que existe para conocer la fecha exacta de la fecundación.

La FIGO (Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras) recomienda que “la edad gestacional se medirá a partir del último periodo menstrual normal aun reconociendo que la edad de concepción sería de 2 semanas menos”.

De esta manera, la fecha probable de parto se calcula con la regla de Nagele, que consiste en sumar 7 días al primero de la última regla, posteriormente, se restan 3

meses y se suma 1 año. Para que el cálculo sea exacto, la mujer deberá conocer la fecha de su última menstruación y tener ciclos regulares.

La edad gestacional se medirá en semanas y días completos de amenorrea, ya que hablar de meses o trimestres es poco preciso.²⁷

5.2 Trabajo de Parto

Del latín “partus” se define como el conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión por vía vaginal del feto de 22 semanas o más, incluyendo la placenta y sus anexos.

De acuerdo la NOM-007-SSA2-2016 podemos clasificar el parto por la edad gestacional:

- ♦ Nacimiento con producto pretérmino, al que ocurre antes de las 37 semanas completas (menos de 259 días) de gestación.
- ♦ Nacimiento con producto a término, al que ocurre entre las 37 semanas y menos de 42 semanas completas (259 a 293 días) de gestación.
- ♦ Nacimiento con producto postérmino, al que ocurre a las 42 semanas completas o más (294 días o más) de gestación.

La duración total del trabajo de parto es muy variable: el promedio en nulípara es de 12 a 20 horas, mientras que en multíparas de 6 a 12 horas.

Es muy importante hacer un diagnóstico certero de trabajo de parto verdadero y diferenciarlo de uno falso. El diagnóstico de trabajo se hace teniendo contracciones regulares y efectivas que provoquen cambios cervicales (dilatación y borramiento).

En las mujeres con un trabajo de parto verdadero es necesario establecer el momento adecuado para la admisión hospitalaria de la paciente, para lo que contamos con los siguientes criterios:

1. Contracciones uterinas regulares (2 a 4 contracciones en 10 minutos)
2. Dolor abdominal en hipogastrio
3. Cambios cervicales (borramiento >50% y dilatación de 3 a 4 cm)

Las mujeres que son ingresadas antes de lo debido sufren de mayor intervencionismo lo cual se puede asociar con distocias, edema de tejidos blandos por tactos múltiples, cesáreas, etc.

Una vez que decidimos admitir a esta paciente debemos de realizar su historia clínica, establecer su diagnóstico, el plan de manejo, solicitar consentimiento informado de hospitalización, abrir un partograma y vigilar de forma estrecha los signos vitales maternos y fetales, la actividad uterina, los cambios cervicales y las pérdidas transvaginales.²⁸

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, liquido o sangre a través de los genitales, se deben tomar signos vitales, presión arterial, temperatura, efectuar palpación abdominal, medición de la altura uterina, presentación fetal, así como tacto vaginal para evaluar: presentación, variedad de posición, grado de encajamiento y proporción céfalo-pélvica, dilatación, borramiento y posición del cuello uterino, además de evaluar características de membranas amnióticas, para decidir la conducta a seguir.²⁹

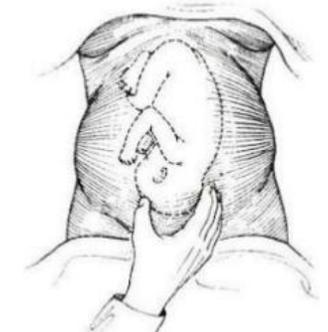
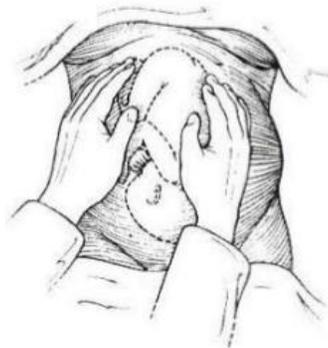
Es muy importante recordar siempre que una adecuada relación médico paciente nos ayuda a mejorar la comunicación con nuestros pacientes y según una revisión de Hodnett, et. al de “Apoyo continuo para las mujeres durante el parto” disminuye la necesidad de analgesia intraparto, la tasa de cesáreas, la necesidad de partos

instrumentados, el tiempo del trabajo de parto y aumenta el parto vaginal espontáneo.

Maniobras de Leopold

Las maniobras de Leopold se utilizan para conocer la estática fetal en cualquier paciente embarazada después de las 32 semanas de gestación. Esto es de suma importancia ya que dependiendo de esta, podemos tener indicaciones para ofrecerle, a la paciente, un parto o una cesárea, así como más información sobre las complicaciones probables durante el parto y cómo prevenirlas.

- Primera maniobra: La primera maniobra la usamos para identificar el polo fetal que se encuentra en el fondo uterino, ya sea cefálico o podálico. Nos ayuda a describir la situación. El polo cefálico se palpa duro, redondo, móvil, mientras que el polo pélvico se palpa como una masa grande nodular.
- Segunda maniobra: Se colocan las manos a ambos lados del abdomen materno y se hace una presión profunda y gentil. Por un lado se palpa una resistencia dura que corresponde al dorso y en el otro lado hay numerosas partes pequeñas e irregulares que son las extremidades. Esta maniobra nos indica la orientación del feto.
- Tercera maniobra: La tercera maniobra se realiza tomando la parte inferior del abdomen materno, por arriba de la sínfisis del pubis, entre el primer dedo y el



resto de los dedos de la misma mano. Si la presentación no se ha encajado se puede palpar una masa móvil, si está encajada solo indica que el polo fetal inferior está adentro de la pelvis.

- Cuarta maniobra: Se observa el dorso de los pies de la madre y con las puntas de los primeros tres dedos a cada mano ejerce presión profunda en dirección del eje de la entrada de la pelvis materna.³⁰



Estática fetal

La estática fetal nos habla de cómo está orientado el feto, que relaciones guardan sus distintos segmentos entre sí y que relación guardan con la pelvis materna. Se describen 4 términos: situación, presentación, actitud y posición.

- a) **Situación fetal:** describe la relación entre el eje longitudinal del feto y el de la madre. La situación puede ser longitudinal (99%), transversa u oblicua, la cual es, en general, una situación transitoria.
- b) **Presentación:** se refiere a la parte del cuerpo fetal que se aboca al estrecho mayor de la pelvis, es capaz de llenarlo y de desencadenar un trabajo de parto.
- c) **Actitud:** es la relación que guardan las distintas partes fetales entre ellas. Normalmente la actitud cambia a lo largo de la gestación y en los últimos meses el producto toma su actitud definitiva. Puede encontrarse en actitud indiferente, en flexión (lo más frecuente), en extensión o en hiperextensión..
- d) **Posición:** es la relación que guarda un punto específico del producto con el lado derecho o izquierdo de la pelvis materna. Por ejemplo, podemos tomar el dorso como referencia y decir que se encuentra con dorso a la derecha o dorso a la izquierda, como se muestra en las imágenes siguientes.

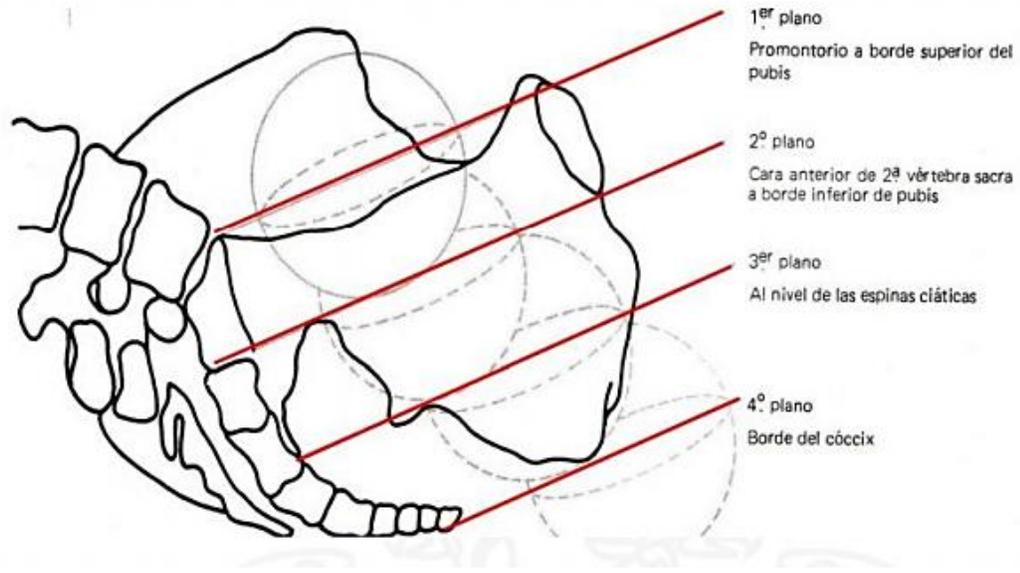
Variedad de posición: se refiere específicamente a la relación que guarda el punto toconómico (la parte de la presentación fetal que sobresale y se puede palpar por tacto vaginal) con el lado derecho o izquierdo de la pelvis. En un parto con presentación cefálica pueden ser occipito-anterior izquierda (OAI) o derecha (OAD), occipito-posterior izquierda (OPI) o derecha (OPD) y occipito-transversa izquierda (OTI) o derecha (OTD).³¹

Pelvimetría interna

Al realizar un tacto vaginal se pueden tomar medidas cuantitativas de la capacidad de la pelvis materna que nos dan información importante sobre el canal por el que tiene que pasar el producto y sobre si éste es suficiente o es pequeño. Al hacer esto podemos prevenir algunas complicaciones como desproporción cefalopélvica, distocia de hombros, etc.

Se busca tocar el promontorio. Esta medida se conoce como conjugado diagonal y debe de ser mayor de 12 cm para hablar de una pelvis suficiente para el parto. Después de esto intentamos tocar las líneas pectíneas, las espinas ciáticas, las paredes de la pelvis, la forma del sacro. Dependiendo de las características la podemos clasificar como una pelvis ginecoide (ideal para un parto), una pelvis antropoide (no contraindica un parto), una androide o una platipeloide (ambas poco indicadas para ofrecer a la paciente un parto).

Al hacer tacto también debemos de describir la altura a la que se encuentra la presentación y lo hacemos utilizando los 4 planos de Hodge:³²

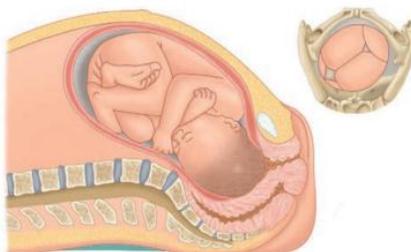


Mecanismos del Trabajo de Parto

El conjunto de movimientos que realiza el feto para salir a través del canal de parto. Para su estudio, dividimos este proceso en pasos secuenciales, lo cual facilita su entendimiento. Sin embargo, en la realidad y en condiciones fisiológicas, es un fenómeno continuo y simultáneo, sin interrupción.

1.- Encajamiento

Es el mecanismo por el cual el diámetro biparietal del producto pasa a través del estrecho superior de la pelvis materna. Esto puede ocurrir en las últimas semanas de gestación o hasta el comienzo del trabajo de parto. En general, al encajarse, el producto se encuentra en una variedad de posición transversa que casi siempre es transitoria. Sin embargo, puede encontrarse en cualquier variedad de posición y si estas son occipito-posteriores pueden causar una distocia en el momento del nacimiento.

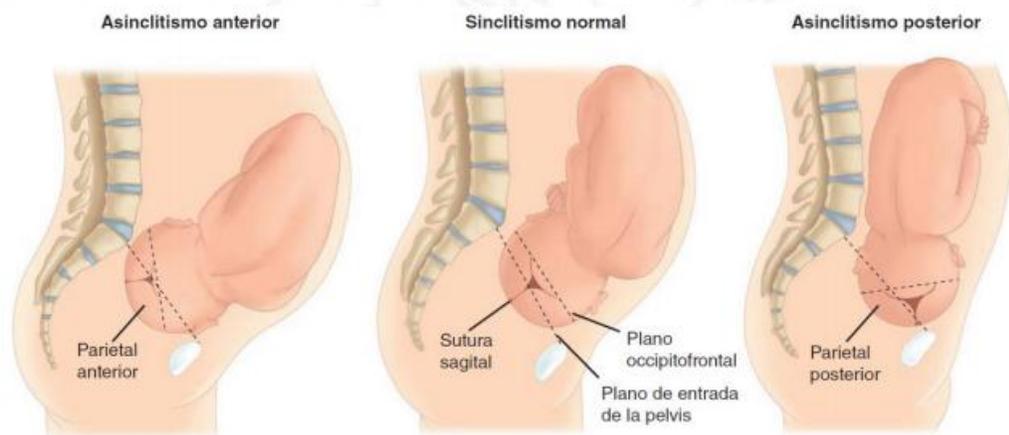


2.- Flexión

El producto se encuentra descendiendo y tan pronto como encuentra alguna resistencia ofrecida por el cuerpo de la madre (cuello uterino, piso o paredes pélvicas, etc.) presentará una flexión natural que lo lleva a ofrecer el su diámetro occipitofrontal en lugar del suboccipitobregmático.

3.- Asinclitismo

En este paso conviene recordar que la sutura sagital debería de encontrarse potencialmente sinclítica, es decir, se deberá encontrara en la línea media entre la sínfisis del pubis y el sacro. Así pues el asinclitismo ocurre con la finalidad de facilitar el descenso fetal a través de la pelvis materna, al disminuir el diámetro presentado por el producto. El asinclitismo puede ser anterior cuando la sutura sagital está cerca del promontorio y se palpa el parietal anterior en el tacto, o posterior cuando la sutura sagital se encuentra cerca de la sínfisis del pubis y se palpa el parietal posterior. Si estos movimientos son muy pronunciados se puede causar una desproporción cefalopélvica.



4.- Descenso

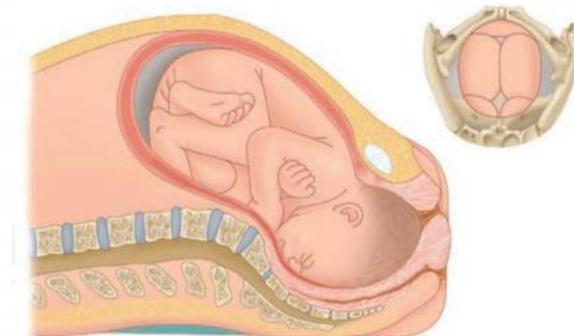
Este ocurre a lo largo del canal del parto, en nulíparas es subsecuente al encajamiento y en multíparas puede ser simultáneo a éste. Depende de 4 fuerzas:

1. Presión del líquido amniótico.
2. Presión del fondo uterino sobre la pelvis en las contracciones.
3. Esfuerzo de pujo de la madre.
4. Extensión y flexión del cuerpo fetal.



5.- Rotación interna

Este evento ocurre al girar la cabeza fetal en el interior de la pelvis, el occipucio se va moviendo hacia la sínfisis del pubis (lo más frecuente) o hacia la cavidad el sacro tratando de regresar a su posición original (occipito anterior). Este giro es de 45° en las variedades anteriores, de 90° en las transversas y de 135° en las variedades posteriores.



6.- Extensión

Este movimiento ocurre cuando la presentación fetal alcanza la vulva y el occipucio entra en contacto directo con el borde inferior de la sínfisis del pubis; en este movimiento tienen un papel importante la fuerza del útero sobre la cabeza, la cual es posterior, y la fuerza de la sínfisis del pubis y el piso pélvico sobre la misma, la cual es anterior. La resultante de estas fuerzas provoca la extensión de la cabeza fetal usando la sínfisis del pubis como una palanca para avanzar y para que se presente el nacimiento de la cabeza (occipucio, bregma, frente, nariz, boca y mentón).



7.- Restitución (Rotación Externa)

Este movimiento es inverso al que realizó durante la rotación interna, con la finalidad de guardar la relación anatómica de los hombros. Durante este movimiento la sutura sagital se ubica en una variedad de posición transversa y el diámetro biacromial del producto se relaciona con el diámetro anteroposterior de la madre.



8.- Expulsión de los hombros

Al terminar la rotación externa el hombro anterior desciende y se apoya en el arco subpúbico de la pelvis, mientras que el hombro posterior se desliza por la concavidad sacra; En esta posición el hombro anterior es el primero en nacer seguido por el posterior.



9.- Expulsión del resto del cuerpo fetal

Al salir los hombros prácticamente cesa el obstáculo para la salida del producto, ya que, en condiciones normales, el abdomen, la pelvis y los miembros inferiores, tienen diámetros menores que no ofrecen tanta resistencia, por lo que el nacimiento del resto del cuerpo es prácticamente espontáneo.³³

Periodos del trabajo de parto

Desde 1950 la observación clínica de Friedman permitió describir el trabajo de parto, y establecer periodos y fases, que nos ayudan a dividir el trabajo de parto, a tener criterios de admisión hospitalaria, inductoconducción, indicaciones de cesárea o parto instrumentado y un seguimiento adecuado.

- ♦ *1er periodo o periodo de dilatación y borramiento:*

Es el primer periodo y corresponde al momento en el que se dan los cambios cervicales, inicia con las contracciones uterinas efectivas y termina cuando la paciente se encuentra con una dilatación de 10cm. Este periodo se divide en 2 fases:

Fase Latente: Es el periodo de tiempo donde hay contracciones dolorosas y cambios en el cérvix que incluyen borramiento y dilatación hasta 4 cm y que en promedio dura 6 a 7 horas en pacientes nulíparas y en pacientes multíparas de 4 a 5 horas.

Fase activa: Hay contracciones dolorosas regulares y una dilatación progresiva a partir de 4 cm. ³⁴ A su vez, la fase activa presenta una fase de aceleración (4 - 8cm) y una fase de desaceleración (8 - 10cm). Se dice que el ritmo de dilatación debe de ser de 1.2 cm/h como mínimo en nulíparas y de 1.5 cm/h en multíparas. Se ha visto que en la fase de aceleración predomina la dilatación y en la fase de desaceleración ocurre mayormente el descenso y el borramiento.

- ♦ *2º periodo o periodo expulsivo*

Inicia con la dilatación completa del cuello uterino y termina con la expulsión o nacimiento del producto. En promedio la duración es de 50 min en nulíparas y 20 min en multíparas.

El descenso del producto es más acelerado en este periodo y la madre comienza a sentir deseo de pujo o necesidad de defecar. Estos esfuerzos harán que la cabeza fetal corone y en ese momento será necesario pasar a la mujer a la sala de expulsión.

- ♦ *3º periodo o alumbramiento*

El cual inicia con el nacimiento completo del producto y termina con la expulsión de la placenta y sus anexos. En este periodo es importante monitorizar el tono uterino, así como el sangrado. Existen signos del desprendimiento placentario:

- ♦ Útero globular y firme.
- ♦ Borbotón de sangre.
- ♦ El útero asciende en el abdomen.
- ♦ El cordón umbilical sale un poco más de la vagina.

Este periodo del trabajo de parto debe ser dirigido hacia el apego inmediato y pinzamiento tardío de cordón. Además requiere la participación activa del obstetra, ya que esto disminuye el riesgo de hemorragia, reduce la necesidad de administración de oxitócicos y acorta la duración de este periodo. Esto se logra mediante el manejo activo del tercer periodo de trabajo de parto que consiste en:

1.-El uso de agentes uterotónicos, siendo la oxitocina el de elección (10UI IV o IM inmediatamente después del nacimiento del hombro anterior del recién nacido) y esta se puede combinar con ergonovínicos (0.2 mg IM). Como segunda línea se puede usar la carbetocina (100 mcg IV) o misoprostol 400, 600 u 800 mcg VO).³⁵

2.- Para la extracción de la placenta existen 2 maniobras principales:

Maniobra de Brandt – Andrews: con la pinza se realiza una tracción leve del cordón umbilical en 45° de forma descendente, al mismo tiempo, con la otra mano, se hace una compresión suprapúbica para detener el fondo uterino y que no haya inversión uterina.

Maniobra de Dublin: una vez que se visualiza 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.

3.- Aplicar masaje uterino después de que la placenta descienda y sea expulsada.³⁶

5.3 Principios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) acerca del cuidado perinatal: guía esencial para el cuidado antenatal, perinatal y postparto.

Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y meta-análisis de estudios controlados sugieren que se continúa practicando en el mundo un cuidado perinatal y uso de tecnología inapropiados, a pesar que existe aceptación generalizada acerca de principios de cuidado basados en las evidencias. Por este motivo, han sido identificados una serie de principios acerca del cuidado perinatal y se han desarrollado materiales educativos para facilitar la implementación de los mismos por parte de la Oficina Regional de la OMS en Europa.

El cuidado del embarazo y parto normales debe:

1. Ser no medicalizado, lo que significa que el cuidado fundamental debe ser provisto utilizando un set mínimo de intervenciones que sean necesarias y se debe aplicar la menor tecnología posible.
2. Ser basado en el uso de tecnología apropiada, lo que se define como un conjunto de acciones que incluye métodos, procedimientos, tecnología, equipamiento y otras herramientas, todas aplicadas a resolver un problema específico. Este principio está dirigido a reducir el uso excesivo de tecnología o la aplicación de tecnología sofisticada o compleja cuando procedimientos más simples pueden ser suficientes o aún ser superiores.
3. Ser basado en las evidencias, lo que significa avalado por la mejor evidencia científica disponible, y por estudios controlados aleatorizados cuando sea posible y apropiado.
4. Ser regionalizado y basado en un sistema eficiente de referencia de centros de cuidado primario a niveles de cuidado terciarios.

5. Ser multidisciplinario, con la participación de profesionales de la salud como parteras, obstetras, neonatólogos, enfermeras, educadores del parto y de la maternidad, y científicos sociales.
6. Ser integral y debe tener en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños y familias y no solamente un cuidado biológico.
7. Estar centrado en las familias y debe ser dirigido hacia las necesidades no solo de la mujer y su hijo sino de su pareja.
8. Ser apropiado teniendo en cuenta las diferentes pautas culturales para permitir y lograr sus objetivos.
9. Tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres
10. Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres. Estos principios aseguran fuertemente la protección, la promoción y el soporte necesario para lograr un cuidado perinatal efectivo.

Formas de cuidado que deberían ser abandonadas

- ◆ No permitir a las mujeres que tomen decisiones acerca de su cuidado.
- ◆ Participar a los médicos en la atención de todas las mujeres.
- ◆ Insistir en el confinamiento institucional universal
- ◆ Dejar a las madres sin atención durante el trabajo de parto.
- ◆ Tricotomía de rutina.
- ◆ Enema rutinario.
- ◆ Monitoreo fetal electrónico rutinario sin determinación de pH en cuero cabelludo
- ◆ Restricción de la posición materna durante el trabajo de parto
- ◆ Episiotomía rutinaria
- ◆ Repetir la cesárea en forma rutinaria luego de cesárea anterior.

- ◆ Inducción del parto en forma rutinaria antes de las 42 semanas.
- ◆ Uso de sedantes /tranquilizantes de rutina
- ◆ Uso rutinario de guantes y mascarillas en las unidades de cuidados del recién nacido
- ◆ Separar a las madres de sus hijos cuando estos se encuentran en buen estado de salud.
- ◆ Administración de agua/glucosa en forma rutinaria a los niños amamantados.
- ◆ Lactancia con restricciones.
- ◆ Distribución sin cargo de muestras de fórmulas lácteas.
- ◆ Prohibir las visitas de los familiares. Formas de cuidado que reducen los resultados adversos del nacimiento

Formas de cuidado que reducen los resultados adversos del nacimiento:

- ◆ Proveer apoyo psicosocial a las mujeres.
- ◆ Contacto madre-hijo irrestricto.
- ◆ Escaso beneficio de una tasa de cesárea superior al 7%.
- ◆ Posición levantada durante el trabajo de parto.

Período expulsivo

- ◆ Usar una posición vertical si la mujer lo elige durante el parto. Evitar el uso de la posición supina para el parto, y particularmente la posición de litotomía.
- ◆ No realizar episiotomía de rutina.
- ◆ No suturar rutinariamente los desgarros o los cortes menores: las pequeñas heridas pueden usualmente cicatrizar solas.
- ◆ No realizar exámenes del cuello después del parto en forma rutinaria excepto que exista evidencia de hemorragia.
- ◆ Las tasas de cesárea deben ser entre 5% y 15% en cualquier institución, dependiendo del nivel de atención.

- ♦ Usar la tecnología más sencilla disponible en lugar de técnicas sofisticadas si esta tecnología está apoyada por evidencia fuerte acerca de su utilidad.

Manejo del dolor

- ♦ Evitar el uso de medicación durante el trabajo de parto. Para el manejo del dolor se deben usar preferiblemente métodos no farmacológicos, como la deambulaci3n, el cambio de posici3n, masajes, relajaci3n, respiraci3n, acupuntura, y otros.
- ♦ Evitar la analgesia epidural como un m3todo de rutina para calmar el dolor.³⁷

5.4 Recomendaciones de la OMS para el nacimiento

Por el bienestar de la nueva madre, durante el parto:

- ♦ Un miembro elegido de su familia debe tener libre acceso durante el parto y todo el periodo postnatal. Adem3s, el equipo sanitario tambi3n debe prestar apoyo emocional.
- ♦ Las mujeres que dan a luz en una instituci3n deben conservar su derecho a decidir sobre vestimenta (la suya y la del beb3), comida, destino de la placenta y otras pr3cticas culturalmente importantes.
- ♦ La inducci3n y conducci3n del parto debe reservarse para indicaciones m3dicas espec3ficas. Ninguna regi3n deber3a tener m3s de un 10 % de inducciones.
- ♦ No est3 indicado rasurar el vello p3bico o administrar un enema antes del parto.
- ♦ Debe recomendarse caminar durante la dilataci3n, y cada mujer debe decidir libremente qu3 posici3n adoptar durante el expulsivo.
- ♦ No se recomienda colocar a la embarazada en posici3n dorsal de litotom3a durante la dilataci3n y el expulsivo.

- ♦ Se recomienda controlar la frecuencia cardiaca fetal por auscultación durante la primera fase del parto, y con mayor frecuencia durante el expulsivo.
- ♦ No existe evidencia de que la monitorización fetal rutinaria tenga un efecto positivo sobre el resultado del embarazo. La monitorización fetal electrónica sólo debe efectuarse en casos cuidadosamente seleccionados por su alto riesgo de mortalidad perinatal, y en los partos inducidos.
- ♦ No está justificada la rotura precoz artificial de membranas como procedimiento de rutina.

Durante el periodo expulsivo:

- ♦ Debe protegerse el perineo siempre que sea posible. No está justificado el uso sistemático de la episiotomía.
- ♦ Debe evitarse la administración rutinaria de analgésicos o anestésicos (salvo que se necesiten específicamente para corregir o prevenir alguna complicación).

Sobre Cesáreas:

- ♦ Algunos de los países con una menor mortalidad perinatal en el mundo tienen menos de un 10 % de cesáreas. No puede justificarse que ningún país tenga más de un 10-15 %.
- ♦ No hay pruebas de que después de una cesárea previa sea necesaria una nueva cesárea. Después de una cesárea debe recomendarse normalmente un parto vaginal, siempre que sea posible una intervención quirúrgica de emergencia.
- ♦ La ligadura de las trompas de Falopio no es una indicación de cesárea. Existen métodos más sencillos y seguros de esterilización tubárica.

- ◆ Después del Nacimiento, por el bienestar de la nueva madre y el recién nacido:
- ◆ No separar al recién nacido de su madre, ya que hacerlo conlleva perjuicios para la salud física, emocional y mental del bebé y de la madre; además no aporta ningún beneficio.

No separar significa:

- ◆ No cortar el cordón umbilical hasta que deje de latir.

La placenta sigue enviando sangre, rica en oxígeno, al recién nacido, además de otros nutrientes, facilitándole el inicio de la respiración pulmonar.

- ◆ Que el recién nacido sea puesto inmediatamente en contacto piel con piel con su madre y permanezca así durante horas, sin interrupción.

El contacto piel con piel inmediato del recién nacido y su madre tras el nacimiento, regula el ritmo cardíaco, la temperatura, la glucosa en sangre y el sistema inmunitario del recién nacido. La separación provoca que se sienta desamparado y sufra estrés. Las exploraciones pediátricas necesarias tras el nacimiento pueden hacerse sobre el pecho de la madre, mientras se inicia la lactancia. Siempre que el apgar del recién nacido lo permita.

- ◆ Facilitar el inicio temprano de la lactancia materna.

Debe proporcionarse a la madre la intimidad necesaria para que el recién nacido tome el pecho en las primeras dos horas de vida por sí mismo. El cuerpo de la madre proporciona todo el calor que el recién nacido necesita, además de numerosos beneficios.

- ◆ Promover el alojamiento conjunto durante la estancia en el hospital.

Esto facilita el apego materno y la lactancia, a la vez que disminuye la incidencia de depresión postparto.³⁸

5.5 Modelo de Atención de Enfermería

El modelo de atención obstétrica en enfermería tiene como características principales la atención centralizada en la mujer gestante y su familia; los tres marcos que le sirven de sustento son: la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios, el marco disciplinar de enfermería y el enfoque de riesgo. Todo esto con la utilización adecuada de los recursos institucionales y de la comunidad.

Cruzada Nacional de la Calidad de los Servicios de Salud

El modelo de atención de enfermería obstétrica busca alcanzar la calidad de la atención al incorporar como puntos esenciales del mismo, el respeto a los valores de los pacientes y lograr los mayores beneficios con los menores riesgos.

Para alcanzar la calidad de la atención se deben cubrir las dos dimensiones de ésta, la primera es la calidad interpersonal, la cual se traduce en las acciones plasmadas en las competencias de carácter profesional definidas en el perfil profesional para este modelo. La visión holística con la que se precisan actividades como la atención prenatal atendiendo a sus necesidades físicas, emocionales y espirituales, es sólo un ejemplo de cómo se concretiza este respeto por la dignidad de la persona.

La segunda es la calidad técnica, la cual se evidencia cuando se describen las competencias para las cuales se requiere del conocimiento teórico y de las aptitudes para utilizar el juicio crítico en la aplicación de técnicas que garanticen

un alto nivel de seguridad para el binomio madre-hijo. Es de interés particular en la Cruzada Nacional por los Servicios de Salud, la satisfacción que los profesionales logren con la prestación de sus servicios, por ello este modelo se vislumbra como una oportunidad para que el personal de enfermería se realice personal y profesionalmente y porque en su momento se reconozca su contribución en la reducción sustancial de la heterogeneidad en el nivel de calidad de los servicios otorgados.

Marco Disciplinar de Enfermería.

A la enfermera desde su origen se le ha atribuido el cuidado y la atención de niños, mujeres embarazadas y ancianos, por lo que conforme la profesión ha avanzado en los niveles educativos ha logrado que el cuidado que otorga sea especializado de acuerdo con cada etapa de la vida.

De manera especial en México desde la época prehispánica la Tizitl (partera empírica) era la responsable de atender a la mujer en el embarazo, parto y puerperio y de dar los cuidados necesarios al recién nacido. Conforme las necesidades de atención fueron cambiando, esta práctica demandó de mayores conocimientos y técnicas propias de enfermería, por lo que fue necesario fusionar a la enfermería y la partería. El legado heredado por la Tizitl, así como su prestigio social fue un antecedente importante para que la enfermera partera tuviera una gran aceptación social durante varias décadas, tanto a nivel comunitario, como institucional.

A partir de la creación de la figura de la enfermera partera y la incorporación de los conocimientos científicos, técnicos, y los valores éticos derivados de la filosofía de la enfermería, su práctica se constituye en un ejercicio profesional independiente y responsable, que contribuye a garantizar una atención perinatal de calidad, proporcionando los cuidados personalizados e integrales a través de instrumentar

las etapas del “Proceso de Atención de Enfermería” (valoración, planeación, ejecución, y evaluación).

La enfermera obstetra cuenta con una formación profesional que le permite comprender los factores que condicionan la calidad de vida, analizar la realidad nacional y los problemas de salud reproductiva para definir su participación en el desarrollo de estrategias y acciones que requieren estos problemas de salud. Así mismo, está preparada para diseñar o implementar los métodos para lograr una comunicación efectiva, con los usuarios de sus servicios y con los grupos de trabajo multiprofesional e interprofesionales.

Enfoque de Riesgo

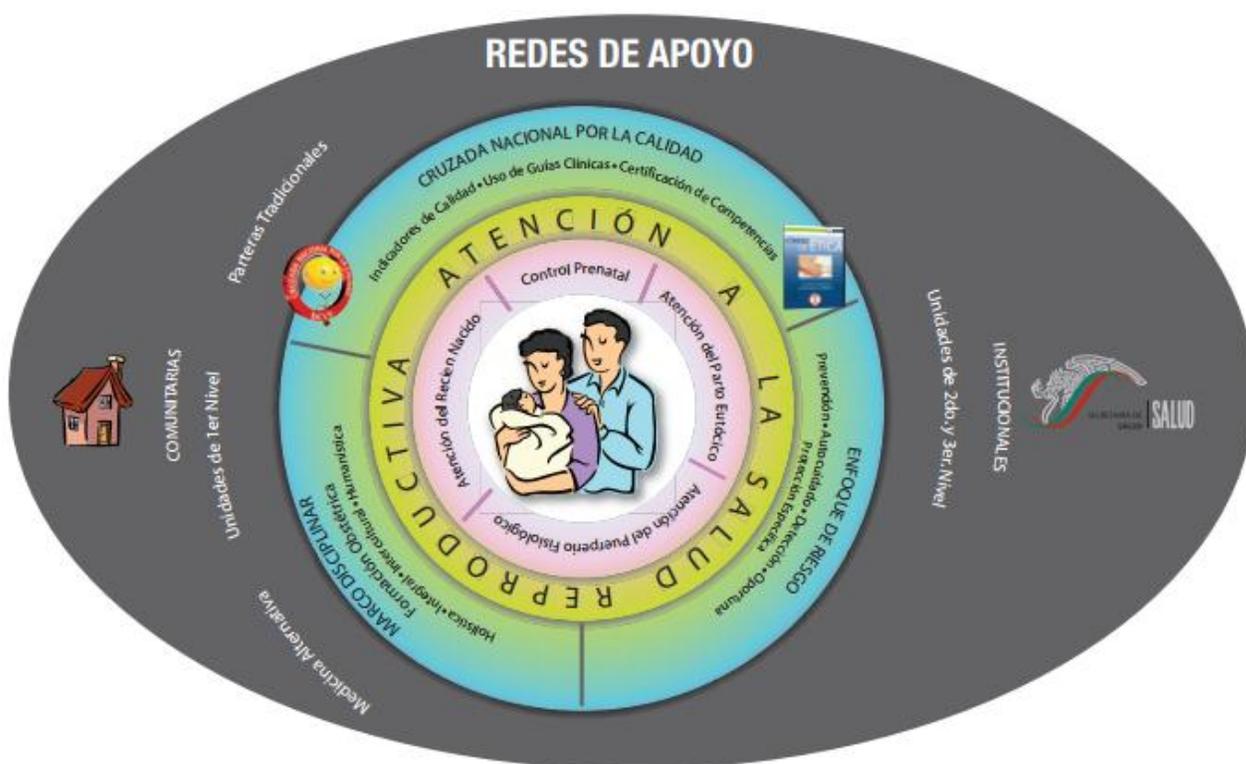
El enfoque de riesgo reproductivo implica la aplicación de técnicas y procedimientos que permiten identificar las situaciones que pudieran significar una anomalía en el ciclo gestacional.

El riesgo, desde el punto de vista de la atención obstétrica, es la probabilidad de presentar complicaciones, tanto en la madre como en el producto. La calificación del riesgo, determinada con base en la suma de probabilidades de complicaciones y como herramienta para la asistencia sanitaria considera como punto de partida que:

- ♦ Las mujeres con ciertas características enfrentan una probabilidad de muerte materna y/o fetal mayor que otras.
- ♦ La identificación de estas características puede prevenir la muerte, y esto permite concentrar la atención y los recursos en aquellas mujeres que más los necesitan.

En la atención obstétrica se ha hecho necesario un sistema de clasificación que permita distinguir a las mujeres con mayor o menor riesgo de presentar complicaciones que ocasionan tanto muertes maternas como fetales. Las enfermeras obstetras como parte del equipo del servicio de salud, conocen y aplican el sistema de evaluación de riesgo de un modo efectivo. Con los resultados que se obtienen de esta valoración, se establece un plan de cuidados ya sea para la vigilancia del estado de la salud y prevención de complicaciones o para la referencia a servicios especializados.³⁹

Esquema del Modelo de Atención de Enfermería Obstétrica



5.6 Parto Normal, Natural y Humanizado.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al Parto Normal como aquel que cursa con “Comienzo espontáneo, bajo riesgo al comienzo del parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El niño nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones.

La Federación de Asociaciones de Matronas de España (F.A.M.E) contempla el Parto Normal como “el proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo”.

Respecto al término Humanización del parto, se contempla por primera vez en Ceará (Brasil) en el año 200, recogido en el Programa de Humanización en el Prenatal y Nacimiento, el cual fue instituido por el Ministerio de Salud en Brasil, con base en los análisis de las necesidades de atención específica a la gestante, al recién nacido y a la madre en el periodo posparto. El objetivo primordial del Programa de Humanización en el Prenatal y Nacimiento es asegurar la mejora del acceso, de la cobertura y de la calidad del acompañamiento prenatal, de la asistencia al parto y puerperio a las gestantes y al recién nacido, en la perspectiva de los derechos de la ciudadanía.

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. Esto requiere actitud ética y solidaria por parte de los/as profesionales de la salud y la organización de la institución con la finalidad de

crear un clima agradable y a instituir rutinas hospitalarias que rompan con el tradicional aislamiento impuesto a la mujer. 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. Además dignificaría a la mujer pues tendría en cuenta sus deseos y necesidades a la hora de parir que contribuiría a aumentar su grado de satisfacción.

En lo que refiere al parto natural, no existe organización internacional que lo defina. Según la “Asociación el Parto es Nuestro”, contempla que “Un parto natural es ante todo un parto aquel que se respetan los tiempos normales de la mujer y el niño que va a nacer. En el que no se realizan intervenciones innecesarias ni se aplican protocolos rutinarios por sistema. De los que se trata es de llevar a la práctica el avance de la ciencia, los últimos descubrimientos científicos, la medicina basada en la evidencia y ofrecer a la madre la máxima seguridad y el respeto por su cuerpo y el del recién nacido”. Siguiendo este pensamiento se concibe como un proceso normal en el que los procedimientos obstétricos se aplican únicamente en caso de necesidad. “Es lo opuesto al parto medicalizado, atendido por la obstetricia convencional, en el cual la tecnología sustituye la fisiología de la mujer, desvirtuando la experiencia del nacimiento y generando riesgos innecesarios para la madre” (Blázquez 2009).

También la Sociedad de Ginecología y Obstetricia hace referencia al parto natural mediante la creación del concepto de “parto no intervenido”, definiéndolo como el “trabajo de parto que por reunir las características descritas en la definición de parto normal, es asistido sin la utilización de procedimientos terapéuticos que alteren la fisiología del mismo. En la asistencia del parto no intervenido es igualmente fundamental la labor de vigilancia del estado materno- fetal así como la asistencia psicológica a la mujer y su familia, por parte del personal asistencial (SEGO 2007)⁴⁰

5.7 El Parto Humanizado

Aunque el concepto “parto humanizado” se ha prestado a controversias, obedece a un proceso histórico mundial, como una respuesta frente al modelo convencional medicalizado que desestima el proceso natural de las mujeres y no toma en cuenta sus necesidades emocionales, culturales y sociales, la perspectiva de género, ni las recomendaciones sustentadas en el enfoque basado en evidencias y los principios propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Se ha llamado “humanizado” al modelo de atención del parto que pretende tomar en cuenta, de manera explícita y directa, las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y sus familias en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio; persiguiendo como objetivo fundamental que se viva la experiencia del nacimiento como un momento especial, placentero, en condiciones de dignidad humana, donde la mujer sea sujeto y protagonista de su propio parto, reconociendo el derecho de libertad de las mujeres o las parejas para tomar decisiones sobre dónde, cómo y con quién parir, en este momento tan importante de su historia. Otros términos utilizados en América latina y Europa son “nacimiento humanizado”, “parto respetado” y “parto digno”.

En América Latina surgieron, entre otras, tres organizaciones de la sociedad civil que han promovido arduamente y que proveen de información sobre el parto humanizado: La Red por la Humanización del Parto y Nacimiento (ReHuNa), La Coalición para Mejorar los Servicios de Maternidad (CIMS) y la Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento (Relacahupan).

El papel del personal de salud y de los recursos materiales en los procesos de atención del parto, debe acotarse a ser los medios e “instrumentos” para lograrlo. El proceso fisiológico del parto debe apoyarse para que sea lo más natural posible, sustentado en las recientes investigaciones científicas y en el enfoque

basado en evidencias, con intervenciones técnico medicalizadas solo en respuesta de riesgos y complicaciones.

El modelo de “nacimiento humanizado” incluye todo el proceso: desde el embarazo hasta el puerperio tardío (no solo el parto), y además da un peso muy importante al impacto que tiene esta atención en el recién nacido y su desarrollo futuro, considerando sus necesidades de recibir alimento y afecto de manera inmediata, en un contexto de disminución del trauma y la violencia, y bajo el respeto de los derechos humanos.

Existe consenso en considerar que el nacimiento humanizado debe de incluir los siguientes elementos:

- ◆ Reconocer a la madre, el padre y su hija/o como los verdaderos protagonistas.
- ◆ No interferir rutinariamente este proceso natural; solo se debe intervenir ante una situación de riesgo evidente.
- ◆ Reconocer el derecho para la mujer y su pareja, a la educación para el embarazo y parto.
- ◆ Reconocer y respetar las necesidades individuales de cada mujer/pareja y el modo en que se desarrolle esta experiencia.
- ◆ Respetar la intimidad del entorno durante el parto y el posparto.
- ◆ Brindar atención personalizada y continua en el embarazo, parto y puerperio.
- ◆ Favorecer la libertad de movimiento y posición de la mujer durante todo el trabajo de parto (en cuclillas, hincada, sentada, en el agua, o como desee).
- ◆ Promover la relación armónica y personalizada entre la pareja y el equipo de asistencia profesional.
- ◆ Respetar la decisión de la mujer sobre quién desea que la acompañe en el parto (familia, amistades).
- ◆ Privilegiar el vínculo inmediato de la madre con su hija/o, evitando someterle a exámenes o a cualquier maniobra de resucitación, que sean innecesarios.

- ♦ El modelo de nacimiento humanizado con enfoque intercultural implica un cambio de paradigma en cuanto a la atención del embarazo, parto, puerperio y de la/el recién nacido, con aspectos fundamentales, generalmente desestimados en la formación médica, pero que tienen un efecto determinante en la salud y bienestar físico y emocional de la mujer y del recién nacido.⁴¹

VI. METODOLOGÍA

6.1 Estrategia de Investigación

El estudio de caso es la estrategia de investigación utilizada, ya que nos permite aprender por medio del conocimiento y la comprensión de los procesos de diagnóstico e intervención llevados a cabo, así como los recursos utilizados, las técnicas empleadas y los resultados obtenidos a través de las intervenciones implementadas.

Este estudio de caso se inició el día 15 de Noviembre de 2018 en la unidad tocoquirúrgica del Hospital General La Perla al recibir a Yessica, femenino de 32 años de edad, primigesta con 38.6 SDG, a las 8:00 am, quien ingresó el mismo día a las 5 de la mañana procedente de su domicilio y acompañada de su esposo por presentar dolor obstétrico de 12 horas de evolución, con presencia de salida de tapón mucoso.

Se elige a Yessica para realizar el estudio de caso, por lo cual se aplica herramienta de valoración perinatal, así como el proceso de atención de enfermería bajo el enfoque de la teoría de Dorothea E. Orem.

La información fue obtenida mediante buscadores y bibliotecas web como Google Académico, Redalyc.org (Red de revistas científicas de América Latina y el Caribe), Imbiomed, Medigraphic, Biblioteca Virtual en Salud (BVS), SciELO (Biblioteca Científica Electrónica en Línea), PubMed, La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS (BSR) y del Ministerio de Sanidad, CUIDEN y Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME). La selección de información se hizo mediante libros, artículos científicos, investigaciones, artículos de revista, abarcando textos en español, inglés y portugués. Palabras clave: Embarazo, Trabajo de Parto, Parto Humanizado, Parto Respetado y Psicoprofilaxis.

6.2 Selección del caso y fuentes de Información

El estudio de caso se realizó siguiendo la metodología del proceso de atención de enfermería bajo el enfoque de la Teoría de Autocuidado de Dorothea E. Orem.

Se realiza el estudio de caso a Yessica quien se encuentra en trabajo de parto en fase activa, implementando acciones para llevar a cabo un parto respetado, acompañándola y ofreciéndole medidas terapéuticas no farmacológicas para brindarle confort durante este periodo.

Como fuentes de información se realizó el instrumento de valoración perinatal, el cual abarca la obtención de datos por medio de la entrevista directa e indirecta a través del expediente clínico, así como una valoración céfalo podálica.

Las intervenciones llevadas a cabo se sustentaron en diversos artículos científicos, recomendaciones de la OMS, Normas Oficiales e instituciones, con la finalidad de brindarle una atención de calidad a Yessica durante su trabajo de parto y evitando intervenciones innecesarias durante el mismo.

6.3 Consideraciones éticas

Modelo Unitario & Modelo Dual

La Obstetricia ocupa un lugar único en ética médica: en el curso de la gestación y del parto, el médico no se relaciona, como es lo común, con un solo paciente, sino con dos: la madre y el feto, que además están íntimamente ligados por relaciones biológicas, afectivas y éticas. De ordinario, las relaciones entre madre y feto son concordes y no suscitan problemas éticos. Pero, a veces, los intereses respectivos de madre y feto entran en colisión, y entonces el médico se ve inevitablemente implicado en esos conflictos.

Como marco de referencia para evaluar esas situaciones, se han desarrollado dos modelos de la relación materno-fetal: un modelo unitario, que considera la relación médico/ gestante como la única existente; y el modelo dual, según el cual el médico está frente a dos pacientes: la gestante y el feto. El modelo unitario es el de la obstetricia clásica; el modelo dual es fruto de la obstetricia contemporánea, gracias a los avances logrados en el campo de la bioquímica, la genética o la ecografía, que no solo permiten explorar la fisiología del feto, sino diagnosticar sus enfermedades e incluso tratarlas. El feto ha pasado así a poseer la condición de paciente, aunque ciertamente con una notable peculiaridad: el feto está dentro de la madre.

Los modelos tienen importantes implicaciones éticas. En el modelo unitario, la mujer gestante es reconocida como paciente prioritaria: por tanto, autónoma y dotada de plena capacidad de libre decisión. El feto aparece relegado a un segundo término y considerado como una parte del cuerpo de la madre: el feto es, en consecuencia, una entidad dependiente, con derechos e intereses subordinados o, incluso, carente de ellos. En opinión de algunos, esos derechos e intereses crecen a medida que transcurre la gestación; otros sostienen, incluso, que los derechos solo se adquieren con el nacimiento. Según este modelo, cuando la gestante carece de capacidad de decidir, el médico actuará primero en favor de los intereses de la mujer, y solo después del feto. El modelo unitario es el más congruente con la visión utilitarista.

Por contraste, en el modelo de la diada materno-fetal, se considera que madre y feto son dos pacientes verdaderos, cuyas vidas son igualmente valiosas y que son titulares de idénticos derechos e intereses. Así, el médico, en los exámenes ecográficos de rutina, al mostrar a la madre las imágenes del feto, las refiere al bebé, o, si ya se ha determinado el sexo, habla de niño o niña: es decir, pone en el mismo plano antropológico a sus dos pacientes. Por otra parte, la peculiaridad, arriba señalada, de estar el feto dentro de la madre, es de gran significación ética: sólo se puede llegar al feto a través de la madre y, lógicamente, con el

consentimiento de ésta. Por tanto, el obstetra ha de actuar en interés de las dos partes y valorar con la gestante las estrategias que mejor garanticen los intereses y derechos de ambos. A su vez, la madre ha de actuar a la vez como dueña de sí misma y protectora de su hijo. Esto supone un notable enriquecimiento de la relación, ahora tripartita, médico/madre/feto. La mayoría de los conflictos éticos de la obstetricia nacen de situaciones en que chocan la autonomía de la madre y el beneficio del feto y han de ser resueltas constructivamente, tras una atenta consideración. El modelo dual es el más congruente con la visión hipocrático-cristiana.⁴²

Ética profesional y deontología profesional

La deontología es el conjunto de normas que definen los deberes y obligaciones del profesional en el desempeño de sus funciones. Busca establecer un conjunto de normas exigibles a todos los que ejercen una misma profesión y queda determinada por lo que es aprobado por un colectivo determinado (Códigos Profesionales).

La ética profesional se refiere normalmente a los valores que guían nuestra conducta y que orientan nuestra actuación como miembros de un colectivo.

La diferencia entre códigos éticos y códigos profesionales es que los códigos éticos se basan en valores y por tanto orientan hacia una tendencia determinada en las acciones. Por el contrario, los códigos profesionales se basan en normas y por tanto obligan a cumplir un determinado comportamiento.

Principios bioéticos en los que se debe basar la asistencia durante la gestación, parto y postparto

Para resolver los problemas éticos, la bioética analiza cada caso concreto mediante la aplicación de cuatro principios generales. Estos principios son: no maleficencia beneficencia, autonomía y justicia.

- ♦ *Principio de justicia:* El principio de justicia se refiere a tratar a todos los pacientes equitativamente sin discriminaciones. Las diferencias solo se pueden justificar si van en beneficio de todos o de los más desfavorecidos. Este principio establece la distribución de los recursos y eliminar la discriminación ya sea por raza, sexo, nivel socioeconómico, etc.
- ♦ *Principio de no maleficencia:* Recoge la clásica consigna latina de la ética médica “primum non nocere”, es decir, no perjudicar. Trataremos de hacer el bien pero en caso de no poderlo hacer, no haremos mal. Este principio nos obliga a no hacer daño a la gestante y, si es necesario hacérselo, a que sea el menor mal necesario para conseguir un mayor bien.
- ♦ *Principio de beneficencia:* El principio de beneficencia nos lleva a buscar no solo no hacer el mal, sino también a hacer el bien. Significa prestar a las embarazadas un servicio profesional competente (que requiere preparación inicial y formación permanente), eficiente, responsable y adecuado a sus necesidades.
- ♦ *Principio de autonomía:* La autonomía es un principio ético que nos obliga moralmente a respetar a cada persona en su individualidad, en sus valores, deseos, ilusiones y preferencias. Además implica promover activamente la expresión de dichas preferencias. Se identifica con la capacidad de tomar decisiones y de gestionar aspectos relativos a la vida y a la muerte. Para que el paciente pueda decidir libremente, tiene que estar informado por parte del profesional sobre los aspectos más importantes de la situación que le acontece. El consentimiento informado representa una garantía para que se cumpla dicho principio.

Aspectos éticos de la asistencia en el embarazo y el parto

Durante la gestación se pueden producir situaciones en las que puede haber conflicto entre unos principios y otros, por ejemplo ante tratamientos recomendados pero no obligatorios (vacunas), pruebas invasivas (amniocentesis, biopsia de corion), etc. La autonomía se consolida como principal valedora de la

dignidad de la gestante, pero el profesional debe siempre informarle de manera objetiva y adecuada para que este principio se cumpla.

Instaurado el parto, el deseo de la embarazada obliga al profesional a respetar sus valores y deseos, aplicando solo las actividades autorizadas por ella. No obstante, debe prevalecer la excelencia y las actuaciones basadas en la evidencia científica. Debemos garantizar la autonomía pero teniendo en cuenta que la no maleficencia prevalece, y por tanto, ningún deseo podrá conllevar un posible daño para ella o el feto. Sin embargo, sí podrá negarse a recibir los tratamientos que no desee, si ello no comporta daños o riesgos añadidos.

Los principios considerados “de mínimos” (justicia y no maleficencia), al ser considerados superiores en importancia a los “de máximos” (autonomía y justicia) pueden suponer que en ocasiones se contrapongan unos a otros y generen conflictos. En la asistencia al embarazo y parto, toda decisión del profesional en relación a la gestante debe acompañarse de una reflexión sobre todos los aspectos implicados; la ética profesional es el soporte que sustentará dicha decisión. En caso de tener que negar la posibilidad de autonomía personal, debemos fundamentar y explicar cuidadosamente a la embarazada el porqué de dicha situación, sus características, riesgos y posibles consecuencias.

Actualmente la tendencia en la asistencia al embarazo y parto tiende a una mayor humanización del proceso pero sin que ello conlleve al rechazo de la tecnificación en la asistencia, que contribuye en gran medida a conseguir unos buenos resultados obstétricos (muy baja mortalidad y morbilidad materna y fetal). Para ello, en todo caso debemos considerar los cuatro principios éticos y articularlos de tal manera que se consigan evitar los riesgos inherentes a esta etapa pero conservando la máxima autonomía por parte de la embarazada durante todo el proceso.

Violencia Obstétrica y marco legal en México

La ONU en coordinación con la Red Latinoamericana del Caribe y de Bioética, hace referencia a la violencia obstétrica, misma que define como: «el tipo de violencia ejercida por el profesional de salud, sobre el cuerpo y los procesos productivos de las mujeres. Esta clase de violencia se expresa mayoritariamente, aunque no con exclusividad, en el trato deshumanizado hacia la mujer embarazada, en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales y en múltiples manifestaciones que resultan amenazantes en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, parto y post parto». La violencia obstétrica es producto de un entramado multifactorial en donde confluyen la violencia institucional y la violencia de género.

Ante los alcances de este problema en México se ha promulgado una *Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV)*, la cual en su Art 1º establece: Esta Ley tiene por objeto prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, así como los principios y modalidades para garantizar su acceso a una vida libre de violencia que favorezca su desarrollo y bienestar conforme a los principios de igualdad y de no discriminación y cuyos Principios Rectores establecen: «Para el acceso de todas las mujeres a una vida libre de violencia son: La igualdad jurídica entre la mujer y el hombre; el respeto a la dignidad humana de las mujeres; la no discriminación y la libertad de las mujeres».

La LGAMVLV establece que los Derechos Humanos de las Mujeres se refiere a los derechos que son parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos universales contenidos en la Convención Sobre Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW), la Convención Sobre los Derechos de la Niñez, La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer (Belem do Pará) y demás instrumentos internacionales en la materia; y entre las que se señala que:

1) Violencia contra las mujeres es cualquier acción u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público.

2) Víctima: Será toda mujer de cualquier edad a quien se le inflige cualquier tipo de violencia.

3) Agresor: Es la persona que inflige cualquier tipo de violencia contra las mujeres.

4) Modalidades de violencia: Son las formas, manifestaciones o los ámbitos de ocurrencia en que se presenta la violencia contra las mujeres.

5) Tipos de violencia contra las mujeres:

A) Psicológica: Se define como cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica, que puede consistir en negligencia, abandono, descuido reiterado, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, indiferencia, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas (es quizá esta forma de violencia, la sea más frecuente en el ámbito de la prestación de salud en el Área Obstétrica)

B) Violencia sexual

C) Violencia familiar

D) Violencia en la comunidad

E) Violencia institucional

F) Violencia obstétrica.

Art. 18º LGAMVLV: Son los actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y el ejercicio de los derechos humanos de las mujeres así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia.

Leyes y Códigos Relacionados con la Violencia Obstétrica en México:

- ♦ Decreto de Adición a la Ley General de Salud: Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Publicado en el DOF el 2 de abril 2104
- ♦ Código Penal Federal: Del Capítulo III Delitos Contra los derechos reproductivos

Estados de la República Mexicana que incluyen el término: «violencia obstétrica» en sus leyes de acceso a una vida libre de violencia: Durango, Chiapas, San Luis Potosí, Guanajuato (Art 5º Fracción VIII), Sinaloa, Sonora, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz y Yucatán y sólo dos Estados han tipificado el delito en sus respectivos Códigos Penales: ⁴⁴

- ♦ Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Veracruz de Ignacio de la Llave Violencia Obstétrica (Adicionado, G.O. 02 de Abril de 2010).
 - Art.7 VI La violencia obstétrica: Apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad; se consideran como tal, omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas, obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical, obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer, alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer y practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
 - CAPÍTULO VI DE LA VIOLENCIA INSTITUCIONAL Artículo 12.- Los gobiernos estatal y municipal se organizarán, realizarán las adecuaciones

que correspondan en el ámbito administrativo y proporcionarán la especialización y actualización profesional que requieran los servidores públicos, para garantizar en el ejercicio de sus funciones, el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia.⁴⁵

- Art.363: Establece que comete el delito de violencia obstétrica el personal de salud que:

I. No atienda o no brinde atención oportuna y eficaz a las mujeres en el embarazo, parto, puerperio o en emergencias obstétricas;

II. Altere el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer;

III. No obstante existir condiciones para el parto natural, practique el parto por vía de cesárea, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer;

IV. Acose o presione psicológica u ofensivamente a una parturienta, con el fin de inhibir la libre decisión de su maternidad;

V. Sin causa médica justificada, obstaculice el apego del niño o la niña con su madre, mediante la negación a ésta de la posibilidad de cargarle o de amamantarlo inmediatamente después de nacer;

VI. Aun cuando existan los medios necesarios para la realización del parto vertical, obligue a la mujer a parir acostada sobre su columna y con las piernas levantadas o en forma distinta a la que sea propia de sus usos, costumbres y tradiciones obstétricas.

Las penas contempladas van de tres a seis años de prisión y multa de hasta trescientos días de salario para el caso de las fracciones I, II, III y IV. Para quien incurra en los supuestos de las fracciones IV y V las sanciones van de seis meses a tres años de prisión y multa de hasta doscientos días de salario. Aunado a las penas señaladas, si el sujeto activo del delito fuere servidor público, se le

impondrá la destitución e inhabilitación —hasta por dos años— para ejercer otro empleo, cargo o comisión públicos.

- ♦ Código Penal del Estado Libre y Soberano de Chiapas. Adición Publicada P.O. Núm. 156-5ª. Sección de Fecha 24 de diciembre de 2014.
- ♦ La Ley del Distrito Federal contiene un tipo de violencia contra los derechos reproductivos que, aunque no menciona a la violencia obstétrica específicamente, en su definición hace referencia a que es “toda acción u omisión que limite o vulnere el derecho de las mujeres en relación a servicios de atención prenatal, así como a servicios obstétricos de emergencia”.

En su definición todas comparten las siguientes conductas:

- 1) Omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas.
- 2) Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.
- 3) Obstaculizar sin causa médica justificada el apego precoz del niño o niña con su madre, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer.
- 4) Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de las técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
- 5) Practicar la cesárea, aun cuando existen condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.⁴⁶

NOM 007-SSA-2016 Para la Atención de la mujer embarazada, Parto y Puerperio, y de la persona recién nacida

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

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

5.5 Atención del parto.

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

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

5.5.5 Durante el trabajo de parto se puede permitir la ingesta de líquidos a la paciente, de acuerdo a sus necesidades; se propiciará la deambulacion alternada con reposo en posición sentada o de pie, siempre y cuando el establecimiento

para la atención médica cuente con el espacio suficiente y seguro, respetando la posición en que la embarazada se sienta más cómoda, en tanto no exista contraindicación médica. Si la madre escoge recostarse deberá recomendarse el decúbito lateral izquierdo para prevenir hipotensión materna y riesgo de hipoxia fetal.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- ♦ Tipo y atención del parto;
- ♦ Fecha y hora de nacimiento;
- ♦ Condiciones de la persona recién nacida al nacimiento: valoración Silverman Anderson, Apgar, sexo, edad gestacional, examen antropométrico completo, estado de salud, pronóstico, aplicación de medicamentos o vacunas, de conformidad con los Apéndices E, F, G y H Normativos, de esta Norma, y
- ♦ Anotar si existen anomalías congénitas, enfermedades, o lesiones
- ♦ Al final de este periodo, se debe valorar las condiciones clínicas para la aplicación de algún método anticonceptivo indicado en el postparto inmediato, como es el dispositivo intrauterino, siempre y cuando se haya cumplido con el proceso de consejería y de consentimiento informado.⁴⁷

VII. PRESENTACIÓN DEL CASO

7.1 Descripción del caso

P: Yessica, primigesta de 32 años de edad, embarazo de 38.6 semanas de gestación por fecha de última menstruación, en trabajo de parto en fase activa.

S: Yessica con facies de dolor durante las contracciones con un valor de 9 en Escala Numérica Verbal (ENV) en zona lumbar y pélvica, percibe movimientos fetales, niega datos de vaso espasmo, refiere adormecimiento en cara y manos.

O: Yessica, alerta, consiente, orientada, con adecuada coloración de tegumentos, cráneo normo cefálico, con buena implantación de cabello, sin caspa ni pediculosis. Cara simétrica en reposo y con los movimientos. Cejas simétricas, completas, pestañas íntegras. Escleróticas blancas, pupilas isocóricas, normorrefléxicas. Nariz sin desviaciones, sin aleteo nasal, secreción ni sensibilidad anormal, permeabilidad bilateral. Orejas simétricas, sin lesiones ni secreción. Mucosas hidratadas, labios con adecuada coloración, simétricos, sin lesiones o deformidades. Encías color rosado, intactas, 28 piezas dentales presentes, sin caries. Cuello cilíndrico, tráquea central y desplazable, sin datos de ingurgitación yugular, ni adenomegalias. Tórax simétrico, sin deformidades, expansión torácica simétrica. Respiración sin dificultad, frecuencia de 20 por minuto. Auscultación con ruidos respiratorios normales. Resonancia vocal adecuada. T/A 100/70 mmHg, frecuencia cardiaca de 78 x'. Llenado capilar de 2". Sin datos de compromiso neurovascular distal. Extremidades superiores simétricas, de tamaño adecuado, sin cicatrices ni lesiones. Miembro torácico izquierdo con acceso venoso periférico #18, permeable, sin datos de infiltración, flebitis o infección. Uñas limpias y cortas. Mamas simétricas, turgentes, con textura adecuada de la piel, pezón formado con galactopoyesis bilateral presente. Abdomen globoso a expensas de útero gestante. Línea nigris presente. Fondo uterino de 31 cm. Producto único vivo, presentación cefálica, situación longitudinal, posición dorso a la derecha a la

palpación con maniobras de Leopold. Frecuencia cardiaca fetal de 150 latidos por minuto. Actividad uterina 4 contracciones en 10 minutos, intensidad +++, duración de 40-60 segundos. Genitales íntegros acorde a sexo y edad, sin salida de líquido transvaginal. Al tacto vaginal cérvix central, con 7 cm de dilatación y 80 % de borramiento. Miembros pélvicos íntegros, sin edema, ni telangiectasias.

A: Primigesta con embarazo de 38.6 semanas de gestación + trabajo de parto en fase activa.

P: Se decide su ingreso para manejo, vigilancia y seguimiento del trabajo de parto apegado a las guías de práctica clínica, así como la atención de parto humanizado.

7.2 Antecedentes generales de la persona

Yessica C.C. de 32 años de edad, estado civil casada, ocupación asistente de importaciones, religión católica, escolaridad preparatoria concluida, originaria y residente del Estado de México, hemotipo "A" positivo, su pareja de 33 años de edad, con grado académico de licenciado en arquitectura, hemotipo "O" positivo.

- ♦ Antecedentes Heredofamiliares

Madre, padre, hermanos y esposo aparentemente sanos. Antecedentes de diabetes, enfermedad cerebrovascular, cáncer, tuberculosis pulmonar, retraso mental, embarazo gemelar, embarazos molares, malformaciones, cardiopatías, nefropatías, enfermedades autoinmunes y otros negados.

- ♦ Antecedentes Personales No Patológicos

Toxicomanías y alergias negadas, hemotipo "O" positivo.

- ◆ Antecedentes Personales Patológicos

Procedimientos quirúrgicos, enfermedades exantémicas, transfusiones y traumatismos negados.

- ◆ Antecedentes Ginecoobstétricos

Menarca a los 11 años a razón de ciclos de 28 x 5, sin dismenorrea. Inicio de vida sexual activa a los 17 años, con 3 parejas sexuales, niega infecciones ginecológicas, cirugías, incontinencia urinaria, tumores, dispareunia o sangrado durante el coito. Se realizó Papanicolaou antes del embarazo, sin alteraciones, autoexploración de mama mensual sin alteraciones. Utilizó como método anticonceptivo pastillas durante 5 años.

VIII. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

♦ Características De La Familia

Familiar nuclear, compuesta por su esposo y ella. Refiere tener una buena comunicación con su esposo, así como otros familiares. Se reúne con su familia de origen cada semana y realizan actividades como ir a comer, visitar museos o jugar juegos de mesa en casa. Los gastos familiares los solventan entre su esposo y ella, teniendo un ingreso de \$10,000 pesos.

♦ Características Del Ambiente

Vive en un departamento rentado, de materiales perdurables, que cuenta con iluminación y ventilación adecuada, 3 recámaras, sala comedor, cocina y baño. Realizan higiene en su vivienda diario. Utilizan gas como combustible. Zoonosis negativa, fauna nociva negada, hacinamiento negativo a razón de 2 personas en la vivienda. Cuentan con pavimentación, vigilancia, teléfono público, medios de transporte, centros educativos como kínder, secundaria y preparatoria, no hay universidades cercanas, servicios médicos aproximadamente a 25 minutos de casa.

8.1 Requisitos de autocuidado

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire

Yessica refiere realizar aseo de fosas nasales diario, no convivir con fumadores ni fumar. Niega antecedentes patológicos respiratorios. A la exploración física frecuencia cardiaca de 78 x', frecuencia respiratoria 20 por minuto, T/A 100/70 mmHg, temperatura 36.7 °, frecuencia cardiaca fetal 150 latidos por minuto. Nariz sin desviaciones, sin aleteo nasal, secreción ni sensibilidad anormal,

permeabilidad bilateral. Tórax simétrico, sin deformidades, expansión torácica simétrica. Respiración sin dificultad, con frecuencia regular. Auscultación con ruidos respiratorios normales, sin estertores o sibilancias. Resonancia vocal adecuada. Llenado capilar de 2". Extremidades torácicas y miembros pélvicos íntegros, simétricos, eutérmicos, con adecuada coloración de tegumentos, sin datos de compromiso neurovascular distal.

2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua

Yessica acostumbra tomar de 1 litro a 1 ½ de agua natural de garrafón o agua de sabor, le agrada el agua natural, la sangría preparada y el pulque; menciona que le desagrada la coca cola. A la exploración física piel y mucosas con adecuada hidratación. Administración de solución Hartman 500 cc a goteo continuo, se inician líquidos claros vía oral.

3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos

Yessica se encuentra con inicio de líquidos claros vía oral. Realiza normalmente de 3 comidas al día con 2 colaciones, en su casa o en el trabajo, sola o acompañada de su esposo o compañeras de trabajo, según donde se encuentre, dedicándole 20 minutos al desayuno, 1 hora a la comida, tiempo variable a la cena y 5 minutos a las colaciones; consumiendo frutas, té, yogurt, arroz, guisados, barras de cereal y semillas.

Consumo de leche 3/7, carne 2/7, huevo 3/7, verduras 4/7, frutas 4/7, tortillas 0/7, pan 0/7, quesos y embutidos 1-2/15 días, sal y azúcar 7/7 en mínimas cantidades.

Le agradan las enchiladas, enmoladas, el arroz con plátano y milanesa con lechuga; le desagrada el hígado de pollo. No tiene ninguna variante dietética debido a cuestiones culturales, religiosas o médicas. Toma sulfato ferroso y ácido

fólico a partir del 3° mes de embarazo. Los primeros 3 meses del embarazo presentó náuseas y vómitos en 6 ocasiones, niega anorexia, polifagia, regurgitación, dolor epigástrico, diarrea, o estreñimiento. Menciona que para ella la comida es muy importante para tener un buen estado de salud.

A la exploración física labios con adecuada coloración, simétricos, sin lesiones o deformidades. Encías de color rosado, intactas, 28 piezas dentales presentes, sin caries. Peso 42 kg al inicio del embarazo con una ganancia de 7,800 kg hasta el momento.

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

Yessica refiere eliminación intestinal 1 vez al día, de consistencia blanda, color café, sin presencia de sangre o grasa. Eliminación vesical 10 veces al día, color amarillo claro y sin olor. Tuvo infección en vías urinarias a los 6 meses tratada con nitrofurantoína.

5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo

Yessica se encuentra en posición semifowler. Realiza cambios de posición por sí misma. Las actividades que realiza en el hogar son: hacer de comer, lavar trastes, recoger su cuarto y lavar la ropa cada tercer día. En su trabajo la mayor parte del tiempo estaba sentada, realizando actividades administrativas. Como actividad física salía a caminar y bailaba por un tiempo aproximado de 40 minutos al día. En su tiempo libre acostumbra cantar, poner música y hablar con su bebé y pasar tiempo con su esposo. Refiere dormir de 5 a 6 hrs diarias, y sentir que sí descansó a excepción de la última etapa del embarazo, en la cual se le dificultaba conciliar el sueño al no encontrar una posición cómoda y sentir dificultad respiratoria debido

al peso del producto, lo cual resolvía durmiendo en una posición semifowler. No acostumbra tomar siestas.

A la exploración física consiente, orientada en tiempo, espacio y persona. Extremidades superiores simétricas, de tamaño adecuado, sin cicatrices ni lesiones. Miembros pélvicos íntegros, con adecuado tono muscular, amplitud de movimientos, presencia de fatiga al caminar largos periodos, hormigueo presente en cara y manos.

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

Yessica se comunica de manera directa y clara, realiza contacto visual al estar haciendo la valoración y platicar con ella. Su lenguaje corporal refleja tensión y miedo. Su tono de voz es bajo y tranquilo. No pertenece a ningún grupo social, deportivo o cultural.

A la exploración física oídos sin alteraciones, escleróticas blancas, pupilas isocóricas, normorrefléxicas, sin alteraciones de la visión.

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

Yessica refiere conocer las medidas de prevención de accidentes en trabajo, casa y calle, acudía a revisiones de salud antes de su embarazo, Papanicolaou lo realizo en noviembre del año pasado, negativo a mamografía. Al dentista acude cada 6 meses, al oculista nunca ha ido a revisión y con el médico general solo acude en caso de presentar algún malestar. Para prevenir enfermedades Yessica comenta tener un equilibrio en el consumo de alimentos, aplicarse vacunas y mantenerse abrigada en temporada de invierno. Cuando tiene tensión procura relajarse y bailar. En cuanto a su imagen, con el embarazo notaba como iba creciendo su vientre y eso le gustaba mucho. Niega toxicomanías, alcoholismo y

tabaquismo. Sí consume café y té, no toma refresco y ocasionalmente comida chatarra, como medicamentos solo consumió sulfato ferroso y ácido fólico así como multivitamínico.

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.

Yessica refiere bañarse diario con cambio de ropa diario, aseo bucal 2 veces al día, lavado de manos antes de comer y después de ir al baño así como cuando las ve sucias. Menciona que es importante la limpieza ya que refleja una buena imagen corporal; para la higiene personal utiliza shampoo, jabón, desodorante y cortauñas.

A la exploración física piel turgente, con adecuada coloración, cabello con adecuada implantación, sin caspa ni pediculosis, uñas cortas y limpias, mamas simétricas con pezón formado.

8.1.2 Requisitos de Autocuidado según las Etapas De Desarrollo

DESCRIPCIÓN GINECOLÓGICA

Yessica de 24 años de edad, menarca a los 11 años a razón de ciclos de 28 x 5, sin dismenorrea. Inicio de vida sexual activa a los 17 años, con 3 parejas sexuales; gesta 1; niega infecciones ginecológicas, cirugías, incontinencia urinaria, tumores, dispaurenia o sangrado durante el coito. Toma de papanicolaou antes del embarazo, sin alteraciones. Ha utilizado como método anticonceptivo pastillas durante 5 años. Fecha de última menstruación 16 de febrero de 2017, fecha probable de parto 23 de noviembre de 2017.

DESCRIPCIÓN DEL EMBARAZO ACTUAL

Yessica con un embarazo de 38.6 semanas de gestación por fecha de última menstruación, con un peso inicial de 42 kg actualmente 49,800 kg, tensión arterial de 100/70 mm Hg, fondo uterino de 31 cm, situación longitudinal, presentación cefálica, posición dorso a la derecha, frecuencia cardiaca fetal de 150 latidos por minuto, percibe movimientos fetales, ingiere multivitamínicos, estuvo en tratamiento con nitrofurantoína por infección de vías urinarias a las 26 semanas de gestación aproximadamente. Prueba de VIH y VDRL negativas, aplicación de vacuna antitetánica en 2 dosis. Refiere control prenatal a razón de 6 consultas en el Hospital General La Perla, iniciando a las 12 semanas de gestación.

8.1.3 Requisitos de Autocuidado ante una Desviación de la Salud

PERCEPCIÓN DE LA DESVIACIÓN DE SALUD:

Yessica acude al servicio de urgencias en ginecología del Hospital General La Perla procedente de su domicilio, acompañada de su esposo el día 15 de noviembre de 2017 a las 04:30 am por presentar dolor obstétrico con presencia de salida de tapón mucoso a las 17:30 horas del día 14 de noviembre de 2017, aumento de contracciones uterinas en frecuencia e intensidad.

El día 15 de noviembre de 2017 la recibo en el área de labor a las 8:00 am, inquieta, con dolor durante las contracciones. A las 9:00 am presenta periodos de hiperventilación y sensación de adormecimiento en cara y manos.

MECANISMOS DE ADAPTACIÓN:

Yessica ante una situación nueva o desconocida busca informarse, por lo que durante el embarazo hacía preguntas cada que iba a sus consultas prenatales

para estar debidamente informada. Durante el tiempo que estuve con ella mencionó sus sentimientos y dudas, lo cual le ayudó a sentirse más tranquila y confiar en ella misma.

Efectos de desviación sobre el estilo de vida:

- ♦ Psicológicos: Yessica se encuentra feliz por esta nueva etapa que comienza en su vida, y aunque también se encuentra nerviosa, sabe que con el apoyo de su esposo y sus diferentes redes de apoyo podrá adaptarse y asumir bien su rol como mamá. Mencionaba sentirse rara con los dolores, las contracciones que le daban eran cada vez más fuertes conforme pasaba el tiempo y al estar acostada, le preocupaba que no estuviera dilatando y no ser capaz de tener un parto normal.
- ♦ Fisiológicos: Durante su embarazo tuvo una ganancia de 7,800 kg, presentó infección en las vías urinarias a los 6 meses y alteraciones gastrointestinales como náuseas y vómito durante el primer trimestre.
- ♦ Económicos: Yessica considera que tienen una buena solvencia económica y que saben administrar bien sus recursos, por lo cual sólo es cuestión de adaptarse a un cambio más en la familia.

HISTORIA PREVIA DE DESVIACIONES EN LA SALUD

Yessica, primigesta, durante este embarazo tuvo infección de las vías urinarias con nitrofurantoína como tratamiento. Niega enfermedades exantémicas, quirúrgicos y transfusiones. Aplicación de vacuna antitetánica en dos dosis.

8.2 Análisis de estudios de laboratorio y gabinete

HEMATOLOGÍA

Leucocitos	16* ↑	# Neutrófilos	14.51*↑	Eritrocitos	4.21	PLQ	196
% Neutrófilos	90.74↑	# Linfocitos	0.79	Hemoglobina	13.0	VMP	11.7
% Linfocitos	4.94*↓	# Monocitos	0.59	Hematocrito	38.1*↓		
% Monocitos	3.69	# Eosinofilos	0.01	VCM	91		
% Eosinofilos	0.06* ↓	# Basófilos	0.01	HCMC	34.2		
% Basófilos	0.06			MCH	30.9		

COAGULACIÓN

Tiempo de protrombina	12.2
Testigo tiempo de protrombina	10.7-100%
Tiempo parcial de tromboplastina	29.1
Testigo tiempo parcial de tromboplastina	28.0-35.0 s

INTERPRETACIÓN:

La leucocitosis nos sugiere una infección al igual que la linfocitopenia la neutrofilia y la eosinopenia puede ser provocada por una infección aguda, estrés o dolor agudo.

El bajo nivel de hematocrito durante el embarazo es señal de anemia, la cual es común durante esta etapa, sin embargo puede ser peligrosa si no se trata correctamente.

8.3 Esquema Metodológico

V. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
VII. Previsión de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

REQUISITO DE AUTOCUIDADO SEGÚN ETAPA DE DESARROLLO
Adulto joven

UNIDAD DE OBSERVACIÓN
Yessica, primigesta, embarazo de 38.6 SDG por FUM/ trabajo de parto fase activa con adecuada adaptación a las medidas de confort intraparto

AGENCIA DE AUTOCUIDADO:
En vías de desarrollo
SISTEMA DE ENFERMERÍA:
Parcialmente Compensatorio y apoyo educativo

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO ANTE UNA DESVIACIÓN DE LA SALUD
Acudió a consultas prenatales
Acudió a servicio de urgencias obstétricas y acepta las medidas terapéuticas recomendadas.

FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES
Edad: 32 años
Sexo: femenino
Estado de desarrollo: adulto joven
Estado de salud: Embarazo de 38.6 SDG por FUM y TDPFA
Factores del sistema familiar: Ninguno
Patrón de vida: Asistente de importaciones
Factores ambiente: Sala de labor
Disponibilidad y adecuación de los recursos: Hospital General La Perla.
Nivel Socioeconómico: Medio

EXPOSICIÓN A RIESGOS
MATERNOS:

- Distocias de dinámica uterina
- Distocias de partes blandas
- Hemorragia obstétrica en el tercer periodo de trabajo de parto

FETALES:

- Hipoxia
- Pérdida de bienestar fetal
- Muerte

8.4 Jerarquización del problema

1. Brindar a Yessica medidas de confort durante el trabajo de parto.
2. Ofrecer apoyo emocional a Yessica, brindándole seguridad y confianza.
3. Llevar a cabo un parto respetado, atendiendo a sus afecciones considerando las políticas institucionales.
4. Disminuir riesgo de complicaciones obstétricas.
5. Proporcionar información verídica y de fácil comprensión a Yessica sobre temas de su interés sobre la maternidad.

8.5 Diagnósticos de Enfermería

1. Alteración del estado emocional materno, relacionado con desconocimiento ante el de trabajo de parto, manifestado por verbalización de Yessica sobre inseguridad de su capacidad de progresión en el mismo e inquietud.
2. Alteración del bienestar físico materno, relacionado con déficit de movimiento intraparto, manifestado por incapacidad para relajarse y expresa incomodidad ante tiempo prolongado en la misma posición.
3. Déficit del bienestar físico materno relacionado con desconocimiento sobre medidas de confort intraparto, manifestado por hiperventilación y dolor lumbar durante las contracciones.
4. Riesgo de hemorragia obstétrica en el 3º periodo de trabajo de parto, relacionado con primiparidad, desconocimiento del pujo y falta de amplitud del periné.
5. Disposición para aprender sobre el proceso de maternidad, relacionado con inquietud de aprendizaje sobre lactancia materna, manifestado por expresión verbal de Yessica.

IX. Planeación de los cuidados

Requisito alterado	
VII. Previsión de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano	
Diagnóstico de enfermería	Alteración del estado emocional materno, relacionado con desconocimiento ante el de trabajo de parto, manifestado por verbalización de Yessica sobre inseguridad de su capacidad de progresión en el mismo e inquietud.
Agente de Autocuidado	En proceso de desarrollo
Sistema de Enfermería	Parcialmente compensatorio y Apoyo educativo
Objetivo de Yessica	Autocontrolar el miedo y la ansiedad a través de la orientación y escucha continua.
Objetivo de Agente de cuidado	Mejorar su bienestar emocional por medio de la información, acompañamiento y respeto de decisiones.

Intervenciones de Enfermería Perinatal	Fundamentación
Empatía con Yessica	Entender las circunstancias, emociones y necesidades de la gestante es crucial para iniciar una relación terapéutica. El fundamento de esta actitud es la empatía, ya que es el atributo que le da a la enfermera la habilidad para comprender

	<p>verdaderamente a la otra persona. La empatía es, por lo tanto, esencial en toda relación enfermera-paciente.</p> <p>El término <i>empatía</i> viene de la palabra griega <i>empátheia</i>, que significa “apreciación de los sentimientos de otra persona”. La definición que mayor consenso tiene en la literatura sobre enfermería es la que presenta la empatía como la capacidad de comprender las experiencias, preocupaciones y perspectivas de otra persona, sumado a la capacidad de comunicar este entendimiento.⁴⁸</p>
<p>El equipo multidisciplinario implicado en la atención del parto se presente.</p>	<p>El personal de enfermería debe presentarse y dar a conocer el cargo y la participación que se va a tener en el cuidado de la gestante, familiarizarse es parte del acercamiento con la que se da inicio a las interacciones del cuidado, la familiaridad le permite a la mujer saber que puede esperar de cada miembro del equipo.</p> <p>En la Carta de los Derechos Generales de las y los Pacientes, en Relación al Trato Digno menciona: “La paciente o el paciente tiene derecho al que el médico, la enfermera y el personal que le brinden atención médica, se identifique y le otorguen un trato digno...”.⁴⁹</p> <p>Castañeda (1998) afirma que saludar y presentarse a la persona que ingresa al centro hospitalario permite establecer una buena relación</p>

	<p>de ayuda; la cortesía sincera y la sonrisa ofrecen acercamiento y seguridad para alguien que se enfrenta a una situación nueva, llena de incertidumbre, estrés y expectativa.⁵⁰</p> <p>La enfermera debe estar siempre atenta al mantenimiento del respeto y la privacidad de las personas a quien dirige el cuidado, no solo por parte de ella, sino de todo el personal que entra en contacto con una mujer durante el trabajo de parto y parto.⁵¹</p>
Escucha activa	<p>La escucha activa consiste en atender a la totalidad del mensaje que se recibe, es decir, prestar atención no sólo a lo que se dice (el contenido) sino también al “cómo se dice”, fijándose en los elementos no verbales y paraverbales, mirarle, dedicarle tiempo, hacerle ver que tenemos en cuenta sus opiniones. Escuchar implica un proceso activo donde actúan nuestros sentidos, así como nuestra parte intelectual y afectiva.</p> <p>Es evidente que de esta manera se incrementa en gran medida la capacidad para empatizar.</p> <p>El profesional sanitario no puede establecer un plan de cuidados adecuado si no conoce la situación de la persona y lo que este opina sobre la misma, solo cuando se consigue un entendimiento mutuo se pueden buscar soluciones en común y conseguir que el proceso sea mucho más efectivo.⁵²</p>

<p>Orientar sobre sus dudas e inquietudes sobre términos técnicos utilizados durante su estancia hospitalaria.</p>	<p>Cuando la información que se proporciona está llena de tecnicismos que no se traducen al lenguaje coloquial dificultan la comprensión de conceptos. Es por tanto necesario ejercitarnos en mejorar la comunicación de los conceptos médicos en un lenguaje no técnico, es decir, en una traducción al lenguaje diario de cualquier persona, incluida la que no tiene escolaridad.</p> <p>Es importante retroalimentarse continuamente, es decir, dar una información y preguntar a quienes la recibieron si uno se expresó claramente y se dio a entender. Si la respuesta es no, hacerlo de nuevo con otros términos. Si la respuesta es sí, no conformarse con ello, sino hacer una pregunta clave para conocer el grado de comprensión del concepto por parte de quien recibió la información. Explicar lo que se está haciendo, los riesgos, posibles beneficios y los resultados de manera clara reducen la angustia ante la incertidumbre, cimientan la confianza y hace partícipe a la persona con el mejor fundamento.⁵³</p>
<p>Orientar sobre los cambios que tendrá durante el trabajo de parto:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dilatación -Borramiento -Contracciones 	<p>Las definiciones de las etapas del parto deben ser claras, a fin de garantizar que tanto las mujeres como los profesionales comparten los mismos conceptos, lo que facilita la comunicación.</p> <p>Es característica del parto la aparición de contracciones uterinas rítmicas y progresivamente intensas, que producen la dilatación del cuello uterino, la expulsión del feto, de la placenta y</p>

	<p>cordón umbilical, junto con las membranas, a través de la vagina.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La fase latente comienza con el inicio del parto y se caracteriza por la presencia de contracciones variables en cuanto a intensidad y duración, y se acompaña de borramiento cervical y progresión lenta de la dilatación hasta los 2 o 4 cm. • La fase activa se caracteriza por el aumento en la regularidad, intensidad y frecuencia de las contracciones y la rápida progresión de la dilatación de los 4 a los 10 cm.⁵⁴
<p>Explicar cada uno los procedimientos a realizar.</p>	<p>El trabajo de parto es un proceso que se da mediante etapas que son necesarias para el nacimiento del recién nacido, por lo tanto es importante informarle a la mujer sobre todos los procedimientos a realizar en el trabajo de parto y atención de parto.</p> <p>La falta de información disminuye la participación de la mujer y su colaboración será limitada aumentando el riesgo de complicaciones durante el trabajo de parto.⁵⁵</p>
<p>Explicar a Yessica de las posibles complicaciones durante el trabajo de parto a través del consentimiento informado.</p>	<p>El consentimiento informado consiste fundamentalmente en un diálogo destinado a que la persona decida sobre un determinado procedimiento relativo a su salud. El profesional sanitario debe informar a la mujer y respetar la decisión que ésta tome de acuerdo con sus valores y su proyecto de vida, como clara</p>

	<p>expresión de su autonomía moral.</p> <p>Consta de dos etapas: en primer lugar, la que se refiere a la información sobre el procedimiento propuesto, que ha de ser acorde con el conocimiento empírico y aportada por el profesional de una manera adecuada a las necesidades de cada enfermo concreto.</p> <p>La segunda, es la decisión libre y voluntaria por parte de la mujer, una vez comprendida la información, expresando el consentimiento o rechazo del procedimiento diagnóstico o terapéutico que se le propone. ⁵⁶</p>
<p>Permitir el acompañamiento por parte de un familiar brindando seguridad.</p>	<p>Todas las mujeres deben contar con apoyo durante el trabajo de parto y el parto. El apoyo proporcionado por la pareja, u otra persona elegida por la mujer, complementa el prestado por el profesional de la salud.</p> <p>El apoyo continuo de la mujer durante el parto fue objeto de una revisión sistemática cuyos resultados mostraron que el apoyo continuo intraparto está asociado a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una menor utilización de analgesia farmacológica; • disminución en el número de partos vaginales instrumentales, así como del número de cesáreas, y un incremento de partos vaginales espontáneos; • las mujeres se sienten más satisfechas con su experiencia del parto. ⁵⁷

	<p>En el estudio realizado en Nepal por Sapkota se comparó el apoyo recibido de las mujeres por parte de su pareja, amiga ó ningún apoyo, y se concluyó que el apoyo recibido por la pareja era más satisfactorio y suponía menores niveles de ansiedad o depresión, así como un mayor grado de apoyo posnatal.</p> <p>El acompañamiento brinda numerosos elementos positivos a la triada familiar:</p> <ul style="list-style-type: none">• Respecto al vínculo, podemos decir que el acompañamiento es una excelente estrategia para fomentarlo ya desde el embarazo. Para los padres, algunas acciones pueden ayudar mucho a conseguir un vínculo sólido.• Respecto a la mujer, mejora la ansiedad, los sentimientos de autocontrol, empoderamiento ante el trabajo de parto y parto y disminuye los índices de depresión posparto.• Hoy en día, los padres quieren implicarse más en la crianza de los hijos desde la gestación. Además, se considera que el padre es el acompañante ideal para la mujer a lo largo de todo este proceso, por la relación emocional que establece con su propio hijo, y por otro lado, mejora la adopción del rol de padre. <p>La vivencia y el acompañamiento mutuo de</p>
--	--

	<p>ambos progenitores en el nacimiento del hijo favorecen la creación del vínculo parental, estrechan los lazos familiares y contribuyen a facilitar el nuevo equilibrio emocional.⁵⁸</p>
<p>Acompañamiento a Yessica durante trabajo de parto.</p>	<p>El estudio de Silva et al. establece que se debe hacer todo tipo de esfuerzo para asegurarse de que todas las mujeres reciban apoyo, no sólo de las personas allegadas, sino también de acompañantes profesionales, especialmente formados para ello. Este apoyo debe incluir la presencia constante, que se otorguen medidas de alivio y confort y que se brinde aliento continuo. Los profesionales de enfermería deben ser percibidos por las gestantes como confortables, en la medida en que son delicados en el trato, acarician, ayudan, sonríen y brindan un cuidado adecuado.⁵⁹</p> <p>Este apoyo mejora la fisiología del parto y la sensación de confianza materna. También reduce las consecuencias adversas del miedo y el estrés asociados con el trabajo de parto en un lugar desconocido. La ansiedad durante el parto se asocia con altos niveles de epinefrina (adrenalina), la hormona del estrés, que, a su vez, puede ocasionar una disminución de la contractibilidad uterina, originando un retraso en el progreso del parto, así como con patrones anormales de la frecuencia cardíaca fetal y bajas puntuaciones en el test Apgar. Asimismo, las</p>

	catecolaminas, al estimular la vasoconstricción, reducen la perfusión del espacio intervelloso y pueden causar bradicardia e hipotensión fetal. ⁶⁰
Respetar las afecciones de Yessica y llegar a acuerdos si difieren de las políticas institucionales.	El cumplimiento de las expectativas de cada mujer, el sentirse implicada, poder decidir y mantener el control sobre el proceso del parto son factores que se relacionan con la satisfacción. Por ello, es importante que los profesionales conozcan esas expectativas, expresadas verbalmente o en planes de parto, para satisfacerlas en la medida de lo posible y para, mediante un proceso de comunicación y de soporte emocional contribuir, cuando sea necesario, a limitar el desajuste que puede producirse entre las expectativas y el desarrollo concreto de cada parto. ⁶¹

Evaluación:

El mostrar empatía con Yessica logró que obtuviera confianza y su aprobación para acompañarla durante el trabajo de parto y atención de parto. El hecho de que conociera al equipo multidisciplinario generó en ella mayor seguridad y confianza, estaba orientada sobre quién estaría con ella en el momento del parto y quien se haría cargo del cuidado de su bebé al nacer.

Por medio de la escucha se identificaron necesidades e inquietudes en Yessica, lo cual permitió brindar información clara y dirigida a sus dudas disminuyendo inquietud, temor y ansiedad, así como de cada uno de los procedimientos realizados. Así mismo, el hacer de su conocimiento las posibles complicaciones e intervenciones a realizar, hizo que Yessica estuviera consciente de dichas posibilidades y al mismo tiempo firmara el consentimiento informado.

En todo momento se respetaron sus decisiones y se llegaron a acuerdos cuando diferían de las políticas institucionales, como el hecho de la posibilidad de tener acompañamiento por parte de su esposo, ya que si bien en el Hospital General La Perla no está permitido el acompañamiento continuo por parte de un familiar, se logró que Yessica pudiera ver a su esposo unos minutos, lo cual generó en ella tranquilidad, sentimiento de seguridad y fuerza al saber que él la estaba apoyando.

Por último el acompañamiento continuo del E.E.P, disminuyó la ansiedad y sentimiento de soledad, empoderándose del momento de trabajo de parto, verbalizando agradecimiento por el acompañamiento durante esta nueva experiencia para ella.

Requisito alterado	
V. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo	
Diagnóstico de enfermería	Alteración del bienestar físico materno, relacionado con déficit de movimiento intraparto, manifestado por incapacidad para relajarse y expresa incomodidad ante tiempo prolongado en la misma posición.
Agente de Autocuidado	En proceso de desarrollo
Sistema de Enfermería	Parcialmente compensatorio y Apoyo educativo
Objetivo de Yessica	Mantener movimiento a libre elección durante el trabajo de parto.
Objetivo de Agente de cuidado	Favorecer el bienestar físico de Yessica mediante la enseñanza e implementación de diversas posiciones durante el trabajo de parto.

Intervenciones de Enfermería Perinatal	Fundamentación
Fomentar movimiento a libre elección intraparto.	Se ha sugerido que las posiciones verticales y la deambulaci3n podrían acortar la duraci3n de la primera fase del parto y que la libertad de movimientos permite adoptar posiciones que alivian el dolor y mejoran el bienestar de la mujer y su sensaci3n de protagonismo y control. ⁶²

Decúbito supino	<p>La mujer puede estar con las caderas en flexión máxima, lo que conlleva una retroversión pélvica y una contra-nutación, beneficiosos ambos movimientos para el aumento del diámetro superior de la pelvis. Esta posición beneficia la primera fase del expulsivo, el encajamiento. Si la mujer está con las cadera en semiflexión posibilita ambos movimientos: anteversión retroversión y nutación contra-nutación.⁶³</p>
Posición de pie	<p>La mujer puede inclinar el tronco hacia adelante y colocarse así en una semiflexión de caderas, así puede realizar libremente los movimientos de anteversión/retroversión y nutación/contra-nutación según la fase del expulsivo en la que se encuentre. Si se incorpora y se coloca totalmente en vertical, sus caderas se posicionan en extensión condicionando una anteversión pélvica y una nutación.</p> <p>Esta posición mejora significativamente la eficiencia de las contracciones uterinas.</p> <p>La eficiencia de esa contracción comprende varios aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un aumento de la intensidad de dichas contracciones, al encontrarse favorecidas por la gravedad. • Una disminución significativa de la frecuencia de las contracciones uterinas en un alto porcentaje de mujeres.

	<ul style="list-style-type: none"> • Menos dolor y mayor comodidad. • Al resultar el parto más corto y las contracciones uterinas más soportables, se reduce la necesidad de uso de analgesia y oxitocina. <p>También se beneficia de esta postura el suelo pélvico, dato que queda reflejado en la disminución del número de episiotomías.</p> <p>Además garantiza un mejor intercambio de gases en los pulmones maternos.⁶⁴</p>
Decúbito lateral izquierdo	<p>Proporciona a la madre una gran libertad de movimiento en cuanto a los movimientos de anteversión/retroversión y nutación/contranutación, simplemente variando el grado de flexión de la cadera contraria al lado de apoyo.</p> <p>La posición de SIMS (posición inglesa) es la que más va a favorecer. La mujer descansa sobre el lado izquierdo, con la rodilla y el muslo derecho flexionados y levantados. En esta postura el periné se relaja y el sacro podrá desplazarse a fin de aumentar el tamaño de los estrechos: podrá hacer contranutación, aumentando así el estrecho superior (fase de encajamiento) o nutación, aumentando así el estrecho medio y el inferior (fase de descenso y de desprendimiento).</p> <p>Esto se consigue moviendo la pierna que queda arriba en todos los parámetros, con lo cual se facilita el paso del feto por los distintos estrechos.</p> <p>Además, la posición en decúbito lateral izquierdo</p>

	<p>permite una mayor y mejor irrigación de la placenta, ya que evita la presión del útero sobre la vena cava inferior que trae la sangre de retorno al corazón.</p> <p>El trabajo del útero se ve facilitado contrayéndose con mayor intensidad y menor frecuencia que en decúbito supino. Los efectos del cambio de posición en la contracción uterina aparecen inmediatamente y duran tanto tiempo como se mantenga la posición.⁶⁵</p>
Posición sentada	<p>Tiene sus variantes adaptando los grados de flexión de cadera. Si la madre se encuentra con las caderas semiflexionadas (por ejemplo, sentada en una silla, mirando hacia el respaldo y apoyada en él, de forma que el sacro quede sin apoyo y con posibilidades de moverse), habrá 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 (fase de desprendimiento). Las sillas de parto pueden ser una buena ayuda.</p> <p>Esta posición constituye un método efectivo para aliviar el dolor de la zona lumbar durante el periodo de dilatación (especialmente entre los 6-8</p>

	<p>cm)</p> <p>La sedestación sigue conservando el mismo beneficio en cuanto a la optimización de las contracciones uterinas.⁶⁶</p>
<p>Cuadrupedia o posición de Gaskin</p>	<p>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/contra nutación). En cambio, si la espalda está inclinada hacia adelante (posición genupectoral), las caderas están flexionadas con la consiguiente retroversión pélvica y contra nutación del sacro.</p> <p>En cuanto al suelo pélvico, cabe destacar que hay menos trauma perineal porque la gravedad aleja el peso y la presión del suelo pélvico y favorece el descenso fetal.</p>
<p>Posición agachada o en cuclillas</p>	<p>Supone una retroversión pélvica y una nutación del sacro. La pelvis aumenta sus diámetros tanto en un sentido anteroposterior como transversal, por lo que en general hará falta menos estimulación por oxitocina en los partos en esta posición, que serán también menos instrumentales.</p> <p>Esta posición cuenta con los mismos beneficios que las otras posturas verticales, con el inconveniente que el mantenimiento de la postura se hace más duro para la mujer. En este sentido es indispensable la ayuda de un acompañante o</p>

	<p>el uso de sillas de parto de asiento bajo.</p> <p>En cuanto a la protección del suelo pélvico, reduce significativamente el número de desgarros perineales y la gravedad de los mismos, reduciéndose en consecuencia las episiotomías efectuadas.</p>
<p>Enseñarle a Yessica la técnica de esferodinamia</p>	<p>La esferodinamia es una técnica de trabajo corporal que utiliza balones de diferentes diámetros (entre 55 y 150 cm) para entrenar.</p> <p>El soporte y el contacto que brinda la esfera, hace que la fuerza de gravedad actúe cuando se le suelta el propio peso, logrando bajar el tono muscular permitiendo que se relaje todo el cuerpo. Ayuda a estirar y abrir espacios articulares suavemente a partir del concepto de soltar, relajar, para así “alargar”.</p> <p>Las tensiones de zonas dolorosas, se alivian a través de ejercicios orientados a modificar el tono muscular. Los dolores en cuello (zona muscular) y espalda baja (zona lumbar) suelen ser generados por posturas incorrectas. A través de un adecuado entrenamiento se busca restablecer el equilibrio del tono muscular y así incrementar la movilidad general, tanto de la columna como de todo el cuerpo.</p> <p>Propicia movimientos fluidos y orgánicos al entregar el peso a los balones para descomprimir la presión del feto sobre la pelvis y facilitar su descenso.</p>

	<p>Incorpora recursos posturales, aumentando la capacidad respiratoria durante el proceso de dilatación.</p> <p>El periné o diafragma pelviano es una de las zonas que más atención requieren en la mujer embarazada ya que al tener control consiente de estos músculos ayudará a su relajación en el periodo expulsivo el parto y a una buena recuperación de su tonicidad en el puerperio. Facilita una mayor conexión con el mundo interno del feto, propiciando una vivencia del parto más plena y participativa.⁶⁷</p>
Respetar las preferencias de Yessica	<p>Se propiciará la deambulación alternada con reposo en posición sentada o de pie, siempre y cuando el establecimiento para la atención médica cuente con el espacio suficiente y seguro, respetando la posición en que la embarazada se sienta más cómoda, en tanto no exista contraindicación médica. Si la madre escoge recostarse deberá recomendarse el decúbito lateral izquierdo para prevenir hipotensión materna y riesgo de hipoxia fetal.⁶⁸</p>

Evaluación

Yessica realizó cambios de posición de acuerdo a sus preferencias y comodidad, adoptando cada una de las posiciones de manera alternada, permaneciendo en unas por más tiempo que otras. Esta libertad de movimiento le permitió relajarse y sentirse cómoda durante el tiempo que permaneció en sala de labor en trabajo de parto.

Requisito alterado	
V. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo	
Diagnóstico de enfermería	Déficit del bienestar físico materno relacionado con desconocimiento sobre medidas de confort intraparto, manifestado por hiperventilación y dolor lumbar durante las contracciones.
Agente de Autocuidado	En proceso de desarrollo
Sistema de Enfermería	Parcialmente compensatorio y Apoyo educativo
Objetivo de Yessica	Facilitar el progreso de trabajo de parto a través de medidas de confort.
Objetivo de Agente de cuidado	Favorecer el bienestar físico de Yessica mediante la implementación de técnicas de relajación y psicoprofilácticas intraparto.

Intervenciones de Enfermería Perinatal	Fundamentación
Enseñarle a Yessica las técnicas de respiración que puede utilizar durante el trabajo de parto y el periodo expulsivo.	<p><u>Respiraciones rítmicas:</u> Son modificaciones de la respiración normal, que profundizan la relajación y ayudan a disminuir el estrés durante el embarazo y el trabajo de parto.⁶⁹</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adecuan la oxigenación a las necesidades cambiantes. • Contribuyen a liberar tensiones, facilitan y

	<p>profundizan la relajación.</p> <ul style="list-style-type: none">• Conocer diversos ritmos y posibilidades permite contribuir en forma activa durante el trabajo de parto. Así como a utilizarlas en diferentes situaciones para mantener la homeostasis. <p><u>Respiraciones de limpieza:</u> Es una inspiración realizada sin esfuerzo, en la que se inhala lentamente a través de la nariz y se exhala en forma relajada por la boca.</p> <ul style="list-style-type: none">• Esta mentalmente unida a la idea de dejar toda la tensión y relajar todo el cuerpo a un tiempo.• Es usada al principio y al final de cada contracción sin importar la técnica respiratoria que se esté utilizando. <p><u>Respiración rítmica lenta:</u> Cuando comienza una contracción:</p> <ul style="list-style-type: none">• Realizar una respiración de limpieza (inhalando hacia el diafragma).• Comenzar respiración rítmica fijando la atención en la misma respiración o en otro punto focal.⁷⁰ <p><u>Respiración rítmica modificada:</u> Es una respiración ligeramente más rápida que la respiración normal y un poco más superficial. Puede hacer sentir más alerta y facilitar la</p>
--	---

	<p>concentración.</p> <p>Un patrón de una respiración y un soplido o de una serie de pequeños soplos puede ayudar a que se contrarreste el deseo de pujo antes de la dilación completa.</p> <p><u>Respiración rítmica con patrón:</u> Un patrón de varias respiraciones y un soplido da un punto focal en que concentrarse.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un patrón de jadeo superficial ayuda a disminuir la molestia durante la revisión. • Pequeños soplos impedirán el pujo antes de la dilatación completa. <p><u>Respiración en el periodo expulsivo:</u> Hacer un par de respiraciones de limpieza y contener el diafragma 5 tiempos. Para cambiar el aire “sopla y huele”.</p>
Uso de aromaterapia	<p>La aromaterapia es el arte y ciencia basado en el uso de aceites esenciales altamente concentrados, extraídos de diversas partes de diferentes plantas, que se emplean con fines terapéuticos.</p> <p>Se puede considerar la aromaterapia como una alternativa no farmacológica, útil para el control de la ansiedad y el dolor durante el trabajo de parto, ya que puede aportar importantes beneficios ya que favorece la liberación de endorfinas facilitando el trabajo de parto.</p>

	<p>La acertada combinación de diversos aceites esenciales proporciona un amplio abanico de opciones terapéuticas, tratándose de una herramienta eficaz, de fácil acceso y administración.</p> <p>Durante el trabajo de parto, el uso de aromaterapia no persigue meramente disminuir la sensación dolorosa, también puede favorecer un cambio de actitud de la gestante de manera que se potencian sus mecanismos innatos de control de la situación.⁷¹</p>
<p>Musicoterapia</p>	<p>La Universidad de Maryland (Estados Unidos) concluyó que la música tiene efectos beneficiosos sobre el cuerpo humano, como bajar la TA, disminuir el pulso, relajar la musculatura y la respiración, y conseguir movimientos más rítmicos. Además, es un elemento distractor que aumenta la sensación de control y provoca un aumento de los niveles de endorfinas. La musicoterapia, emplea técnicas que pretenden hacer efectos beneficiosos sobre los tres ámbitos psicológicos sobre los que la música ejerce influencia (afectivo, cognitivo y psicomotriz) (Santiago Marí, 2015). Estas ventajas contribuyen a mejorar el estado de ánimo de la mujer, que con una buena y personalizada elección de la música, puede modificar notablemente su carácter y hacer frente a este momento de forma más tranquila y sosegada (Palos, 2011).⁷²</p>

<p>Cambio de posición a libre elección</p>	<p>Poder moverse libremente durante el proceso de parto ayuda a la mujer a afrontar la sensación dolorosa. La evidencia disponible sugiere que si la mujer está en posición vertical tiene menos dolor, menos necesidad de analgesia epidural, menos alteraciones en el patrón de la FCF y se acorta el tiempo de la primera fase del parto. Además, la verticalidad y el movimiento favorecen que el feto tenga el máximo espacio posible en la pelvis.⁷³</p>
<p>Mostrar a Yessica la técnica de esferodinamia</p>	<p>Es una técnica que proviene de Suiza, consiste en el uso de grandes pelotas de goma (que se suelen utilizar en la práctica de pilates) para relajar la musculatura y mejorar la movilidad de la pelvis, entre otros usos.</p> <p>En los últimos años, se ha comenzado a usar en las salas de parto para tratar de buscar el bienestar de las mujeres, relajar la musculatura y proporcionar un tipo de asiento cómodo amoldándose de forma elástica, adoptando posturas confortables, proporcionando un lugar de apoyo, y permitiendo la movilidad de la pelvis, que se traduce en alivio del dolor (Smith, Levett, Collins y Crowther, 2011).⁷⁴</p>
<p>Brindar masaje</p>	<p>El masaje y el tacto tranquilizador durante el parto, es un método de alivio del dolor con efectos relajantes, que estimula la producción de endorfinas y disminuye las hormonas del estrés, además de transmitir interés y comprensión (Huntley, Coon y Ernt,2004)</p>

	<p>Incluye la manipulación de los tejidos blandos del cuerpo y se utiliza para ayudar a relajar los músculos tensos y suavizar y calmar a la gestante. Dos ensayos efectuados concluyen que la utilización del masaje durante el parto mejora la relajación y reduce el dolor porque mejora el flujo sanguíneo y la oxigenación de los tejidos.⁷⁵</p> <p>Hay varios tipos de masajes que se podrían realizar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masaje superficial, con la yema de los dedos sobre el abdomen, espalda, cuello, zona lumbar o pies. • Masaje profundo, con la palma de la mano, el puño, un masajeador o una pelota, acompañado de aceite o crema sobre la zona lumbar. • Bolsa de agua caliente, toallas.⁷⁶ <p>Se recomienda realizar el masaje entre T10 y S4 ya que es el tramo correspondiente al nervio pudendo, encargado de inervar el canal de parto y el periné. Se ha de llevar a cabo durante las contracciones uterinas y, a partir de una dilatación de 4-5 cm.</p>
<p>Aplicar técnica de Acupresión</p>	<p>La acupresión es un método terapéutico procedente también de la medicina tradicional china consistente en la aplicación de presión y masaje fuerte con diferentes partes de la mano, utilizando diversos grados de firmeza.</p> <p>La presión se ejerce de manera especial sobre</p>

	<p>puntos acupunturales, meridianos y también sobre músculos y áreas de la piel.</p> <p>En relación con esta terapia, se ha realizado un reciente ensayo en el que se estudiaba la eficacia de esta técnica, sobre el punto SP6* durante el trabajo de parto. Se obtuvo una diferencia significativa entre el grupo ensayo (aplicación de la acupresión sobre SP6) y el control en cuanto a percepción de dolor y duración del tiempo de dilatación. Tanto la percepción de dolor como el tiempo de dilatación fueron menores en el grupo experimental que en el control. Los autores sugieren esta técnica como un método útil y efectivo para un manejo no farmacológico del dolor del parto por parte del personal de enfermería responsable del cuidado de la mujer.</p> <p>*SP6 (Sanyinjiao). Es el punto en que se reúnen los tres meridianos «Yin» del pie. Se localiza por arriba de la punta del maléolo interno sobre el borde posterior de la tibia.⁷⁷</p>
<p>Respetar las preferencias de Yessica</p>	<p>La atención del parto respetado con dominio cultural se debe promover en los establecimientos para la atención médica de segundo nivel de atención, mediante la adecuación de espacios físicos, procedimientos de atención, implementos utilizados y permitiendo empoderamiento de la mujer durante trabajo de parto y parto. Esto se debe efectuar de acuerdo a las condiciones clínicas de la gestante y del feto,</p>

	así como la adecuación de la infraestructura hospitalaria y la capacitación del personal para la atención de calidad y calidez hacia las nuevas tendencias ante el parto respetado. ⁷⁸
--	---

Evaluación:

Mediante las técnicas de relajación implementadas durante el trabajo de parto, Yessica logró sentirse tranquila, cómoda y obtuvo alternativas que le ayudaron a mejorar el bienestar físico intraparto.

A través de las medidas de confort como el masaje en área lumbar y espalda, la acupresión, así como cambios de posición y esferodinamia, ayudaron a Yessica a disminuir el dolor inicial en zona lumbar con una puntuación de 9 en escala de ENA a 6, lo cual le permitió llevar su proceso de trabajo de parto de una manera satisfactoria.

Por medio del aprendizaje de diversos tipos de respiración, Yessica logró controlar la hiperventilación que presentaba, y con el apoyo de aromaterapia con la esencia de su preferencia, así como de musicoterapia, se mantuvo relajada, siendo más consciente de su respiración y las respuestas de su cuerpo frente al proceso de trabajo de parto.

Requisito alterado	
VII. Previsión de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano	
Diagnóstico de enfermería	Riesgo de hemorragia obstétrica en el 3º periodo de trabajo de parto, relacionado con primiparidad, desconocimiento del pujo y falta de amplitud del periné.
Agente de Autocuidado	En proceso de desarrollo
Sistema de Enfermería	Parcialmente compensatorio y Apoyo educativo
Objetivo de Yessica	Disminuir el riesgo de hemorragia mostrando colaboración en la modulación del pujo.
Objetivo de Agente de cuidado	Disminuir el riesgo de hemorragia por medio de la realización correcta de técnicas y maniobras ante la atención de parto.

Intervenciones de Enfermería Perinatal	Fundamentación
Favorecer el pujo espontáneo	<p>En los pujos espontáneos se deja a la mujer que puje libremente cuando ella sienta el impulso.</p> <p>El descenso pasivo fetal no ha demostrado ningún efecto adverso en el resultado fetal o neonatal y, por el contrario, sí parece tener algunos beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mayor tasa de partos espontáneos. • Menos fatiga o cansancio materno.

	<ul style="list-style-type: none"> • Menos traumatismos perineales. • Mayor protección de suelo pélvico. • Menor tasa de incontinencia y prolapso de órganos pélvicos en el futuro.⁷⁹
<p>Enseñanza de técnicas de respiración para modulación de pujo.</p>	<p>Durante el pujo los músculos que trabajan son los respiratorios, diafragma y perineal. En la fase activa, es el período donde debemos manejar las técnicas de relajación y respiración.</p> <p>Es difícil dejar de pujar cuando surge el estímulo pero es necesario utilizar la técnica de respiración (jadeo) durante estos minutos.</p> <p>Sus características son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respiración superficial: utilizada para contrarrestar el deseo de pujar. • Es necesaria la guía para no llegar a una hiperventilación y cansancio. • Se pueden usar las siguientes técnicas:⁸⁰ <ul style="list-style-type: none"> <u>nariz-nariz</u>: El aire entra y sale por la nariz. Para lograr un buen ritmo el aire expulsado es del interior de la nariz, se trata de una respiración superficial. Se expulsa con un golpe seco de salida del aire. <u>nariz-boca</u>: Lentamente inhale por la nariz y exhale por la boca, permitiendo que todo su aire salga con un suspiro. Pause hasta que el aire parece “querer” a entrar de nuevo. <u>boca-boca.</u>: Es igual que respiración nariz-nariz, pero el aire es expulsado por la boca. Solo se debe expulsar el aire contenido en

	<p>la boca, es como si estuviera inflando un globo.⁸¹</p>
<p>Realizar de manera adecuada la maniobra de Ritgen modificada</p>	<p>Es un procedimiento obstétrico para la atención de la segunda fase del trabajo de parto (cuando el feto es expulsado) que tiene como finalidad la protección del periné de la madre cuando la vía de nacimiento es vaginal y en presentación cefálica, pretendiéndose evitar especialmente los desgarros perineales.</p> <p>Esta maniobra, descrita por Ritgen en 1855, tiene los siguientes objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regula la velocidad de salida de la cabeza fetal • Proteger el periné de la madre activamente, soportándolo con la mano durante la salida de la cabeza y los hombros. <p>La maniobra de Ritgen implica el uso de las dos manos (dominante y no dominante)</p> <p><u>Mano no dominante:</u> Realiza una retracción digital de los tejidos blandos y la vulva, regulando la salida de la cabeza fetal. Disminuye la velocidad de salida presionando la coronilla de la cabeza fetal.</p> <p><u>Mano dominante:</u> Soporta el periné, pinzando y presionando fuertemente y de forma permanente la porción inferior que rodea el introito vaginal. Es posible hacer la presión usando una compresa quirúrgica para dar mayor fricción y eliminar los líquidos.⁸²</p>

<p>Manejo activo del tercer periodo de trabajo de parto</p> <p>Administración de agentes uterotónicos: 10 UI inmediatamente después del nacimiento del recién nacido vía IM.</p> <p>Tracción/contra tracción. Maniobra de Brandt-Andrews</p> <p>Aplicar masaje uterino</p>	<p>Existen evidencias de que el manejo activo de la tercera fase del parto disminuye el riesgo de hemorragia posparto, reduce la necesidad de administración de oxitócicos y acorta la duración de la tercera etapa del parto.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un fármaco uterotónico estimula las contracciones uterinas. La oxitocina es el uterotónico de primera elección para el manejo activo del tercer periodo de trabajo de parto debido a que es rápidamente efectiva. • Maniobra de Brandt – Andrews: con la pinza se realiza una tracción leve del cordón umbilical en 45° de forma descendente, al mismo tiempo, con la otra mano se hace una compresión suprapúbica para detener el fondo uterino y que no haya inversión uterina.⁸³ • Un vigoroso masaje trans-abdominal después de la salida de la placenta es muy importante para ayudar a que el útero se contraiga hacia abajo y mantener presente el globo de seguridad de Pinard.⁸⁴
<p>Identificar las 4 T`s ante hemorragia obstétrica:</p>	<p>El diagnóstico de hemorragia posparto comienza con el reconocimiento de un sangrado excesivo y un examen metódico para encontrar su causa. La nemotecnia “Las 4 T: Tono, Trauma, Tejido y Trombina” se puede utilizar para recordar las causas específicas.</p>

<p>Tono</p> <p>Trauma: Verificar ausencia de desgarros a nivel cervical y piso pélvico.</p> <p>Tejido: Realizar maniobra de Dublin; evitando retención de restos placentarios y membranas ovulares.</p> <p>Trombina</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La atonía uterina es la causa más común de hemorragia posparto en 70%. Debido a la hemostasia después de la separación de la placenta dependiente de la contracción del miometrio, la atonía se trata inicialmente con masaje uterino bimanual, seguido de fármacos que promueven la contracción del útero. • En un 20% as laceraciones y hematomas resultantes del trauma por el nacimiento pueden causar pérdida de sangre significativa que puede ser disminuida por la hemostasia y reparación oportuna. • El tiempo medio desde el parto hasta la expulsión de la placenta es de ocho a nueve minutos. Un intervalo más largo se asocia a mayor riesgo de hemorragia posparto duplicándose después de los 10 minutos. La placenta retenida, definida como la insuficiencia de la placenta para ceder después de 30 minutos posteriores al nacimiento ocurre en menos de tres por ciento de los partos. Se debe revisar la placenta, para verificar que no quedan restos placentarios, número de cotiledones y membranas. • Trastornos de la coagulación, una causa rara de hemorragia posparto en 1%. Los defectos de la coagulación se deben sospechar en aquellas mujeres que no han respondido a las medidas habituales del tratamiento de la
---	--

	<p>hemorragia postparto, no se forman coágulos de sangre, o se observan salidas de los sitios de punción. La evaluación debe incluir un recuento plaquetario, tiempo de protombina, tiempo parcial de tromboplastina, fibrinógeno y fibrina, y productos de degradación.⁸⁵</p>
<p>Verificar presencia de globo de seguridad de Pinard</p>	<p>El globo de seguridad de Pinard es un índice de buena hemostasia y se produce después de la completa evacuación de la placenta. La formación y persistencia del globo de seguridad de Pinard se comprueba mediante la palpación del útero a nivel o por debajo del ombligo.⁸⁶</p>
<p>Vigilar las características de loquios:</p> <p>Color</p> <p>Cantidad</p> <p>Duración</p> <p>Olor</p>	<p>Con este término nos referimos a la secreción postparto uterovaginal. Están compuestos por decidua necrótica, sangre, restos de tejido de granulación y exudado de la superficie de la cavidad uterina.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los loquios rojos duran entre 2 a 3 días, contienen sangre exclusivamente con pequeños fragmentos de membranas y restos fetales, como lanugo, vérmix y meconio. • Se estima que son 500 c.c. las pérdidas normales durante todo el puerperio, pero de éstas 375 c.c. se pierden en la primera semana. • Se suelen mantener entre 15 días y un mes. • Los loquios tienen un olor peculiar, cuya intensidad variará en cada mujer, dependiendo del tipo de flora bacteriana, un olor fétido

	puede indicar endometritis. ⁸⁷
Proporcionar información a Yessica sobre datos de alarma	<p>Orientar a sobre los signos y síntomas de alarma permite que la mujer se sienta preparada y conozca cómo actuar en caso de presentarse dicha situación, así como evitar posibles complicaciones.</p> <p>Algunas de ellas son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sostenimiento de color rojo de los loquios por un tiempo superior a las dos semanas desde el parto. • Presencia de dolor excesivo en el vientre, sobre todo en la parte baja. • Mal olor de los loquios. • Fiebre⁸⁸

Evaluación:

Orientar a Yessica ante la técnica de pujo espontáneo, junto con la enseñanza de técnicas de respiración para modular el pujo durante el periodo expulsivo y la adecuada realización de la maniobra de Ritgen modificada logró que no sufriera desgarros perineales.

Así mismo la aplicación del manejo activo del tercer periodo de trabajo de parto se evitó el riesgo de hemorragia postparto en Yessica. Se palpa la presencia del globo de seguridad de Pinard y Yessica por medio del circuito cerrado de comunicación muestra comprensión de la información proporcionada sobre los signos de alarma.

Requisito alterado	
VIII. Promoción del funcionamiento y el desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal	
Diagnóstico de enfermería	Disposición para aprender sobre el proceso de maternidad, relacionado con inquietud de aprendizaje sobre lactancia materna, manifestado por expresión verbal de Yessica.
Agente de Autocuidado	En proceso de desarrollo
Sistema de Enfermería	Parcialmente compensatorio y Apoyo educativo
Objetivo de Yessica	Disminuir inquietud ante el proceso de maternidad hacia la orientación de lactancia materna.
Objetivo de Agente de cuidado	Fomentar y orientar sobre beneficios en la lactancia materna.

Intervenciones de Enfermería Perinatal	Fundamentación
Favorecer el establecimiento de la lactancia materna por medio de los “10 Pasos para la Lactancia Exitosa”	Los principales factores que favorecen el inicio de la lactancia están resumidos en “Los 10 Pasos para la Lactancia Exitosa” de la Iniciativa del Hospital Amigo del Niño y de la Madre (IHANM) de UNICEF/OMS. Los “Diez Pasos” de la IHANM se definieron para los RN de término, sanos.

	<p><u>1.- Disponer de una política escrita relativa a la lactancia materna que en forma sistemática se ponga en conocimiento de todo el personal del equipo de salud:</u> Las prácticas que apoyan la lactancia no pueden depender de la motivación de algunas personas que pueden cambiar de lugar de trabajo. Para que permanezcan en el tiempo deben ser normadas con acuerdo del equipo de salud que atiende a madre y niños.</p> <p><u>2.- Capacitar a todo el personal del hospital de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política:</u> Durante los últimos años el conocimiento científico de los beneficios, la fisiología y el manejo clínico de la lactancia aumenta día a día, sin que haya habido una incorporación significativa de estos temas en la currícula de las escuelas de la salud. Es por esto que cuando una institución quiere incorporarse a la IHANM debe capacitar a su personal en estas prácticas, así como hacer capacitaciones periódicas para el personal nuevo.</p> <p><u>3.- Informar a las embarazadas de los beneficios de la lactancia y la forma de ponerlo en práctica:</u> Las mujeres toman la decisión de cuánto tiempo amamantar antes del parto, por lo que deben recibir educación sobre los beneficios de la lactancia y su práctica antes del nacimiento. Como la lactancia es instintiva y aprendida, y el postparto es un período emocionalmente difícil</p>
--	--

	<p>como para recibir información nueva, el ideal es que a la madre sólo se le deban recordar en la maternidad conceptos que ya hayan sido entregados durante la educación prenatal.</p> <p><u>4.- Ayudar a las madres a iniciar la lactancia dentro de la media hora siguiente al parto:</u> Una vez ocurrido el parto, si el RN es de término y sano se debe secar y colocar sobre el tórax de su madre, cubriendo a ambos con un paño seco, para favorecer el apego precoz y el contacto piel con piel entre ambos, observándolo, pero postergando los procedimientos habituales de atención inmediata. Si bien algunos recién nacidos logran succionar el pecho en los primeros minutos, en general se requiere de un periodo de adaptación y reconocimiento que dura aproximadamente cuarenta y cinco minutos.</p> <p><u>5.- Mostrar a las madres cómo se debe dar de amamantar y cómo mantener la lactancia, incluso si han de separarse de sus hijos:</u> Si el recién nacido se amamanta espontáneamente dentro de la primera hora después del parto, en general no va a tener ninguna dificultad para acoplarse al pezón y areola en la posición correcta y sin producir dolor. Si estuvieron separados durante ese período o recibió biberón es probable que presente dificultad para hacerlo y se debe ofrecer ayuda para iniciar la lactancia. Toda madre debe ser observada al amamantar durante su</p>
--	---

	<p>estadía en la maternidad y ayudada si presenta dificultad o dolor.</p> <p><u>6.- No dar a los RN más que leche materna, sin otro alimento o bebida a no ser que esté médicamente indicado:</u> El calostro es el alimento apropiado al RN. La decisión de usar fórmulas lácteas debe ser justificada. Situaciones como hijo de una madre VIH positiva, que reciba medicamentos que contraindiquen la lactancia o con una enfermedad grave que le impida atender al RN.</p> <p><u>7.y 8. Facilitar la habitación conjunta de madre y RN las 24 horas y fomentar la lactancia a libre demanda:</u> Para el establecimiento de la lactancia se necesita un contacto permanente de la madre y el RN que permita a éste alimentarse cuando lo necesite. El estímulo de la succión del RN sobre el pezón hace secretar a la madre prolactina para que produzca el calostro o la leche que el RN necesita, y oxitocina para eyectarla. Durante los primeros días de vida el RN necesita alimentarse entre 10 y 12 veces en 24 horas por su capacidad gástrica. Esta succión frecuente reduce la pérdida de peso, favorece la eliminación de meconio y reduce la incidencia de hiperbilirrubinemia. La lactancia a libre demanda no es posible si madre y niño están separados.</p> <p><u>9. No dar chupones o biberones a los niños amamantados:</u> La experiencia oral con chupones</p>
--	---

	<p>es diferente a la succión del pecho. Algunos RN tienen dificultad para succionar después de usar chupones. Además su uso reduce la frecuencia de alimentarse, lo que en el período de establecimiento de la lactancia, interfiere con esta.</p> <p><u>10.- Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a la salida del hospital.</u> Es bueno para las madres poder compartir con otras mujeres que tienen experiencias positivas de lactancia, por lo que conectarlas con grupos de apoyo es positivo, pero, el mejor apoyo lo recibe la madre del personal de salud debidamente capacitado.⁸⁹</p>
<p>Orientar a Yessica sobre la duración óptima de la lactancia materna así como la importancia de que ésta sea exclusiva</p>	<p>La OMS recomienda:</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Que las madres inicien la lactancia materna en la hora siguiente al parto. ♦ Que la lactancia sea exclusivamente materna durante los primeros 6 meses de vida para lograr un crecimiento, desarrollo y salud óptimos. Posteriormente los lactantes deben seguir siendo amamantados y recibir alimentos complementarios seguros y nutricionalmente adecuados para atender sus crecientes requisitos nutricionales. ♦ La lactancia materna debe seguir hasta los 2 años o más.⁹⁰ <p>El dar agua a los RN los pone en riesgo de diarrea y desnutrición. El agua puede estar</p>

	<p>contaminada y causar infecciones. Dar agua puede causar que el RN consuma menos leche materna o suspenda la lactancia temprano y en consecuencia haya o presente desnutrición. Si las madres dan agua en lugar de la leche materna, ellas podrían disminuir su producción láctea.</p> <p>La leche materna tiene más de 80 por ciento de agua, especialmente la primera leche que el RN consume en cada mamada. Por tanto, si la madre siente que el RN está sediento, ella debe amamantarlo para así calmar la sed. Los RN no necesitan agua adicional, ni siquiera en climas calientes.⁹¹</p>
<p>Explicar los beneficios de la lactancia materna en el recién nacido:</p> <p>Favorecimiento del desarrollo intelectual y agudeza visual.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Favorece el desarrollo intelectual y agudeza visual del RN</u> <p>Se ha observado que los RN amamantados son más activos, presentan un mejor desarrollo psicomotor y mejor capacidad de aprendizaje.</p> <p>Existen estudios que demuestran que los adultos que fueron amamantados al menos 6 meses, tienen en promedio un coeficiente de inteligencia superior a quienes no fueron amamantados recibieron lactancia por menos meses. Investigaciones recientes muestran una mayor agudeza visual entre los niños que fueron amamantados comparados con los alimentos de fórmula.</p>

<p>Protección de la salud del recién nacido.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Protege la salud del RN</u> <p>La leche materna ha sido definida como un fluido bioactivo, o un tejido vivo, que permite a los RN así alimentados, tener menor riesgo de contraer enfermedades infecciosas y presentar menor incidencia y severidad de éstas. La leche humana contiene una variedad de elementos inmunológicos que destruyen bacterias, virus y parásitos. A través de la leche materna, el RN recibe protección en contra de las enfermedades o infecciones específicas a las que ha estado expuesta su madre; es decir , la leche le proporciona los anticuerpos que ella ha desarrollado para que, a partir de éstos, el RN pueda desarrollar su propio sistema inmunológico.⁹²</p>
<p>Desarrollo maxilofacial y prevención de caries.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Estimula un adecuado desarrollo maxilofacial y previene las caries</u> <p>Los RN amamantados tienen un mejor desarrollo de los arcos dentales, paladar y otras estructuras faciales y presentan una incidencia menor de caries que los RN que reciben biberón.</p>
<p>Favorecimiento de apego emocional madre-hijo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Favorece el apego emocional entre la madre y el RN</u> <p>Al amamantar, el contacto piel a piel favorece el apego y estimula la creación de los vínculos de amor y seguridad entre la madre y el RN, permitiendo que éste afirme su presencia como persona a través de la interacción con su madre.</p>

	<p>Es por ello que se considera que la interacción del RN durante los primeros días, semanas y meses con sus padres, y la formación de las bases de su personalidad y seguridad en sí mismo, está estrechamente ligada al amamantamiento. ⁹³</p>
<p>Explicar los beneficios en Yessica ante la lactancia materna</p> <p>Beneficios a la salud.</p> <p>Beneficios económicos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Beneficia la salud de la mujer</u> La succión de la mama inmediatamente después del parto puede reducir en la madre el riesgo de la hemorragia postparto. La succión del RN, estimula la secreción de oxitocina, lo que favorece la eyección de la leche y retracción del útero. Esto también favorece la retracción uterina y reduce la anemia de la madre. La lactancia produce cambios metabólicos en la mujer que le ayudan a aprovechar mejor los alimentos que ingiere al aumentar su capacidad de absorción. Se asocia con un menor riesgo de cáncer de ovario, de endometrio y mamario en la premenopausia. También favorece la recuperación del peso pre embarazo. • <u>Beneficios económicos</u> La lactancia permite un importante ahorro de recursos a nivel familiar y de la sociedad, tanto en alimentos como en costo de las enfermedades que se evitan con el amamantar. Los productos sustitutos de la leche materna son caros y en ocasiones deben ser importados, lo que genera un gasto importante de divisas para el país. Las familias de muy bajos recursos alimentan a los RN con mezclas diluidas de poco valor nutritivo que

<p>Beneficios ambientales.</p>	<p>no contribuyen a un crecimiento y desarrollo adecuados. Aportarle nutrientes adicionales a la madre que amamanta resulta más barato que comprar productos sustitutos de la leche materna. Favorecer la lactancia significa, además, ahorro de recursos para los servicios de salud por concepto de fórmulas, biberones y personal. La menor incidencia de enfermedades del lactante determina menor gasto de recursos en hospitalización, medicamentos y atención profesional.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Beneficios ambientales</u> <p>El fomento y apoyo activo de la lactancia es sinónimo de protección del medio ambiente. La leche materna es un recurso natural y renovable, no requiere envase, va directo del productor al consumidor. No necesita tratamientos especiales que requieran gasto energético en su elaboración. En contraste la leche artificial en cada etapa de su ciclo de vida ambiental: producción, distribución, consumo y evacuación, agota recursos naturales escasos y contribuye a la contaminación y los consecuentes daños ecológicos.⁹⁴</p>
<p>Enseñar sobre la correcta postura del recién nacido y la técnica en “C” o de “hamburguesa” para amamantar</p>	<p>Amamantar no duele y es placentero para la madre y el recién nacido. Una buena posición al pecho permite al recién nacido un menor esfuerzo y un estímulo adecuado y eficaz para alcanzar una buena producción de leche, el recién nacido se queda satisfecho, el aumento de peso es el</p>

	<p>adecuado, la madre no tiene sensación dolorosa ni grietas y ambos disfrutan de la lactancia. Si hay dolor es signo de que la postura se ha de corregir. En este caso se puede romper el vacío de la boca del recién nacido metiendo un dedo por la comisura de su boca y comenzar de nuevo.</p> <p><u>POSICIÓN</u></p> <p>En todas las posiciones lo fundamental es la posición de los labios y la lengua del RN para favorecer esto es conveniente que:</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ En el momento de prepararse para darle el pecho, la nariz del recién nacido esté a la altura del pezón. ♦ Acercar el recién nacido al pecho y no el pecho al recién nacido. ♦ Antes de atraerlo hacia el pecho, cuando va a empezar a mamar, la boca del recién nacido debe estar abierta completamente, como cuando bosteza, para que pueda tomar una buena parte del pecho y no sólo el pezón. ♦ Los brazos del recién nacido rodean a la madre en un abrazo, uno por encima, y el otro rodea el cuerpo de la madre y no debe quedarse atrapado entre ambos.⁹⁵
<p>Orientar sobre las diferentes posturas y posiciones para amamantar.</p>	<p>Lo normal es pasar muchas horas totales al día amamantando, por lo que si no se busca estar cómoda se puede sufrir dolor de espalda. Por lo tanto es buena idea tener preparado un lugar cómodo para amamantar, así como disponer de</p>

	<p>cojines para poder apoyar los brazos mientras se sujeta al recién nacido o apoyarlo ocasionalmente si se necesita una mano libre.</p> <p>Puesto que las tomas de las primeras semanas suelen ser prolongadas, siempre es recomendable antes de empezar, el prever tener a mano todo aquello que se pueda necesitar.</p> <ul style="list-style-type: none">♦ Postura: Es la forma en que se coloca la madre para amamantar.♦ Posición: Es la forma en que es colocado el recién nacido para amamantarlo. <p><u>Postura sentada:</u> El recién nacido estirado frente a la madre en contacto con su cuerpo, succionando de un pecho y con sus pies hacia el otro pecho. Es la más habitual.</p> <p><u>Postura sentada “de rugby”:</u> El cuerpo del recién nacido pasa por debajo del brazo de la madre y sus pies apuntando a la espalda. Esta posición es muy útil para drenar los conductos que se encuentran en la cara externa de los pechos y así prevenir, o si es el caso curar, posibles obstrucciones o mastitis que, aunque pueden darse en cualquier zona del pecho, suelen ser más frecuentes en ésta.</p> <p><u>Postura estirada-posición estirado:</u> Facilita el descanso de la madre. Es especialmente útil si la madre todavía siente molestias tras el parto. También es útil para amamantar por las noches o si simplemente se quiere descansar un rato.⁹⁶</p>
--	--

<p>Enseñar los signos que indican si el recién nacido comió lo suficiente.</p>	<p>El primer año de vida es una etapa en la que el recién nacido crece rápidamente. Es fundamental que el lactante esté bien alimentado durante esta etapa de su vida. Los padres deben estar atentos a la alimentación de sus hijos y conocer los signos que indican que está bien alimentado.</p> <p>Las primeras semanas el recién nacido debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Quedarse tranquilo al final de la tetada. ♦ Miccionar mínimo 6 veces en 24 horas. ♦ Evacuar 4 veces en 24 horas. ♦ Comer entre 8 a 12 veces en 24 horas.⁹⁷
<p>Mostrar a Yessica la técnica de extracción de leche, así como su almacenamiento.</p>	<p>La leche materna se puede extraer con varios fines, incluyendo los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Para prevenir o aliviar el endurecimiento de los pechos. ♦ Para aumentar la producción y dar su propia leche extraída al recién nacido cuando no incrementa de peso. ♦ Para almacenar la leche cuando estén separados la madre y su hijo. <p>Cuando la madre trabaja separada del recién nacido, puede mantener lactancia exclusiva extrayéndose leche durante las horas de trabajo y amamantando al volver a casa.</p> <p>Es fundamental que la mujer se familiarice con las técnicas de extracción, conservación y manejo de la leche extraída y comenzar a practicarla al mes postparto. Si tiene congelador puede comenzar a guardar leche, teniendo así una reserva para</p>

	<p>cuando esté fuera de la casa.</p> <p>La técnica de extracción consta de 3 pasos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Preparación: Realizar lavado de manos y secar con toalla limpia. ♦ Estimulación: Dar masaje estimula las células productoras de leche y conductos. ♦ Extracción: Propiamente la salida de la leche y la recolección de la misma.⁹⁸
<p>Proporcionar a Yessica material de apoyo con los puntos clave para reforzar la información brindada.</p>	<p>Resulta destacable el beneficio que implica para la mujer la entrega de un folleto informativo, siempre y cuando éste sea específico, personalizado y suplementario de la información verbal. Es por ello que parece conveniente optar por la utilización de folletos informativos pero sólo como un necesario complemento de la irremplazable entrega verbal de la información.</p> <p>Será necesario que se utilicen frases cortas con abundantes puntos y aparte, palabras sencillas, evitando en la medida de lo posible los tecnicismos. Si es posible, conviene utilizar dibujos o gráficos, utilizando una estructura de texto que resulte a la vez atractiva y clarificadora.</p> <p>Asimismo, se deben emplear varias fuentes de letras para destacar lo que tiene una importancia esencial y una importancia secundaria; se debe favorecer el empleo de símbolos, sombreados, cajas de texto, negritas, subrayado y todos los métodos posibles que permitan la una lectura del texto lo más clara posible.</p>

Evaluación:

Se orientó a Yessica sobre los beneficios para ella y el recién nacido de brindar lactancia materna exclusiva, proporcionando material de apoyo para reforzar dichos conocimientos.

Durante la orientación Yessica se muestra atenta y regresa la información con propias palabras.

Resolución del embarazo

Yessica con dilatación y borramiento completo, pasa a la sala de expulsión, se coloca en posición de litotomía para la atención del parto. Se obtiene producto único vivo del sexo femenino con hora de nacimiento 11:46 am del día 15 de Noviembre de 2017, quien llora y respira al nacer, se realiza apego inmediato y pinzamiento tardío del cordón.

Hallazgos: Apgar 8/9, Silverman 0, peso 2350 gramos, talla 48 cm, Capurro 38 semanas de gestación, perímetro cefálico 30 cm, perímetro torácico 31 cm, perímetro abdominal 28 cm, segmento inferior 21 cm, pie 8 cm.

X. PLAN DE ALTA

- ♦ NUTRICIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA
 - Promover la ingesta de nutrientes necesarios para una buena alimentación que incluyan: frutas, verduras, cereales, leguminosas y alimentos de origen animal.
 - Establecer en el plan de cuidados el consumo de abundantes líquidos y dieta rica en fibra para evitar el estreñimiento como acelga, zanahoria cruda, espinaca, calabaza, papas, brócoli, lentejas, frijol, chícharos, garbanzo, nueces, manzana, plátano y avena.
 - Animar a Yessica a que inicie los ejercicios postparto lentamente y los aumente de forma gradual, según su tolerancia para fortalecer los músculos abdominales y perineales.

- ♦ SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA
 - Orientar a Yessica sobre los signos y síntomas de alarma ante los cuales debe acudir a servicio de urgencias, como son: cefalea, acúfenos, fosfenos, fiebre, sensación de palpitations, sangrado abundante, lóquios fétidos, ardor al orinar, signos de congestión mamaria o mastitis.

- ♦ CUIDADOS A LOS SENOS Y PEZONES
 - Capacitación sobre las técnicas correctas de amamantamiento para evitar grietas y congestión mamaria.
 - El cuidado de la integridad de los pezones, lubricando con leche materna.
 - La aplicación de compresas con agua tibia en presencia de congestión mamaria.

♦ HÁBITOS HIGIÉNICOS

- Orientar a Yessica sobre el aseo perineal, el cual debe realizarse con jabón y agua a “chorro” durante el baño secando el área para disminuir la humedad y lesiones en la piel.
- Explicar que tras la micción y defecación debe limpiar y secar con papel higiénico a toques, y siempre de adelante hacia atrás, de vagina hacia el ano, para no arrastrar bacterias del ano a la vagina que podrían producir infecciones.
- Cambio frecuente de toalla sanitaria, con el fin de mantener la zona seca y disminuir el riesgo de infección.
- La ropa interior debe ser de fibras naturales, preferentemente de algodón.

♦ SEXUALIDAD

- Informar a la pareja que fisiológicamente los órganos internos y externos se recuperan entre la 6ª y la 8ª semana después del parto por lo que, el reinicio de la vida sexual dependerá de sus costumbres y tradiciones.
- Orientar a Yessica para la elección de un método de planificación familiar y la importancia de asistir a consultas de seguimiento del mismo.

♦ DEPRESIÓN POSTPARTO

- Informar a la pareja sobre los síntomas de depresión postparto para detectarlo de manera oportuna y ofrecer ayuda. Estos pueden ser: irritabilidad con el llanto del niño, falta de estímulos para amamantar, desinterés sexual, transferencia de responsabilidad en el niño o agresión física,

-

♦ CONSULTAS DE SEGUIMIENTO

- Explicar a Yessica la importancia de asistir a 2 consultas durante el puerperio, la primera a los 15 días y la segunda al final del puerperio.

♦ CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO

- Enseñar sobre los beneficios de la lactancia materna, así como orientar a la madre de cómo realizar el masaje de los senos y comentar sus ventajas para aumentar el suministro de leche, así como la técnica de extracción manual y almacenamiento de la leche materna.
- Explicar la importancia de realizar el tamiz auditivo neonatal durante los primeros 28 días.
- Explicar a Yessica sobre la importancia de acudir a la toma del tamiz metabólico entre las 72 horas del nacimiento y antes de los 5 días de vida.
- Informar sobre la importancia de iniciar el esquema de vacunación en las primeras 12 horas de nacimiento con la aplicación de la vacuna BCG que lo protege de la tuberculosis y la vacuna contra Hepatitis B.
- Orientar a Yessica sobre la importancia de colocar al recién nacido bajo los primeros rayos de sol con protección ocular y genital por 30 minutos durante los siete primeros días después del nacimiento.
- Asesorarla sobre las medidas de higiene del muñón umbilical del recién nacido exclusivamente con agua y jabón y mantenerlo seco hasta su caído.
- Informar a Yessica que debe colocar boca arriba al recién nacido para dormir y sobre una superficie firme para prevenir la muerte súbita del recién nacido.⁹⁹
- Informar sobre signos y síntomas de alarma: temperatura mayor de 39°C o menor de 36°C, llanto inconsolable a pesar de comprobar que no es por hambre, frío, calor, o pañal mojado, llanto sin lágrimas; falta de apetito o débil succión, dificultad para respirar, cambios de coloración, vómitos, diarrea (más de 10 evacuaciones al día), sangre en las evacuaciones, no orina o no evacua, fontanela deprimida.
- Orientar a Yessica sobre la importancia de la estimulación temprana y la asistencia a consultas de control de niño sano.

XI. CONCLUSIONES

El modelo de atención de parto con un enfoque humanizado e intercultural implica un cambio de paradigma en cuanto a la atención de éste.

El parto se debe considerar único y especial, y es necesario tomar en cuenta los factores sociales, emocionales y psicológicos que intervienen en el para poder comprender la manera de prestar una atención adecuada, tomando en cuenta la importancia que este evento tiene para la vida de la mujer y su hijo.

Nosotros como especialistas perinatales debemos asumir con responsabilidad y entrega el importante papel de brindar un cuidado humanizado a la mujer durante el trabajo de parto, en donde el trato sea personalizado, atendiendo a las necesidades específicas de cada una de ellas.

En este estudio de caso, quedaron plasmados los beneficios de atender un parto respetado, en el cual la mujer es participe de éste y toma decisiones de manera informada y conforme a sus preferencias, así mismo es un ejemplo de que no es necesaria la aplicación de procedimientos invasivos durante el parto que se desarrolla de manera normal y sin complicaciones.

Desde nuestro quehacer como profesionales de salud perinatal debemos trabajar en crear conciencia de la sobremedicalización del parto, realizar un cambio desde nosotros mismos y participar en el desarrollo de estrategias y capacitación de personal para el fomento de la atención de parto respetado basado en evidencia científica que sustente la aplicación de éste.

XII. SUGERENCIAS

De acuerdo a lo observado durante la realización del presente estudio de caso, se plantean las siguientes sugerencias para mejorar la calidad de atención a la mujer en trabajo de parto:

- ♦ Informar sobre actos constitutivos de violencia obstétrica y las repercusiones legales al incurrir en ellos al personal de salud.
- ♦ Que el personal de salud informe a las mujeres sobre sus derechos en salud sexual y reproductiva durante el embarazo, parto y puerperio.
- ♦ Capacitar al personal médico y de enfermería en cuanto al Modelo Integral de Atención de Parto Humanizado.
- ♦ Hacer difusión de actualizaciones y publicaciones relacionadas al tema, como lo son las Guías de Práctica Clínica, la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer embarazada, parto y puerperio y de la persona recién nacida, y otros artículos que muestren información basada en la evidencia en cuanto a la atención del parto respetado.

XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guerrero A. Espacios para parir diferente: las casas de Parto Respetado en México. [Internet] Ciudad de México: CONACYT; 28 de Febrero de 2017 [Consultado 19 Ene 2018] Disponible en: <http://www.conacytprensa.mx/index.php/ciencia/salud/13730-espacios-para-parir-diferente-las-casas-de-parto-respetado>
2. Araoz, R. Parto Natural Humanizado. SCIENTIFICA [revista en la Internet]. 2007 Sep [citado 19 Ene 2018] ; 5(5): 14-18. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1813-00542007000200004&lng=es.
3. Martínez JM, Delgado M. Modelo asistencial centrado en la humanización: resultados obstétricos. Ginecol Obstet Mex. 2013; 81:706-710.
4. Barbosa, R; De Vasconcelos; Saldanha, E. Estrategias no farmacológicas en el alivio del dolor durante el trabajo de parto: pre-test de un instrumento. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2007; 15(6): 1150-1156.
5. Bravo, P.; Uribe, C.; Contreras, A. El cuidado percibido durante el proceso de parto: una mirada desde las madres. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2008 [citado 19 Ene 2018] ; 73(3): 179-184. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v73n3/art07.pdf>
6. Moura, F.; Crizostomo, C.; Nery, I.; Mendonça, R.; Araújo, O.; Rocha, S. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2007 Ago [citado 19 Ene 2018] ; 60(4): 452-455. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n4/a18.pdf>
7. García, E.; Guillén, D. & Acevedo, M. “Humanismo durante la atención del trabajo de parto”. CONAMED. 2010; 15(3) pp.152-154
8. Vela, G. “Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal

- durante el periodo marzo-abril de 2015” [Tesis licenciatura] Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015
9. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.bibliotecacochrane.com>.
 10. Islas, S; Conde, M & González, S. Parto y nacimiento humanizado: evaluación de una vía clínica basada en la evidencia. [Internet]]. 2009 [citado 22 Ene 2018]; 10(2): 5-11. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/rs/601/d112d6ad-54ec-438b-93584483f9e98868/7e9/filename/vol10n2pag5-11.pdf>
 11. León, V. Humanización del cuidado de enfermería en la atención del parto en el Hospital Regional de Occidente, Quetzal Tenango, Guatemala, Enero-Febrero 2015. [Tesis licenciatura] Guatemala: Universidad Rafael Landívar. Facultad de Ciencias de la Salud. 2015
 12. Organización Mundial de la Salud. *Enfermería*. [Internet][Consultado 28 Diciembre 2018] Disponible en: <http://www.who.int/topics/nursing/es/>
 13. Silva García L. Cuerpo Técnico, Escala de Diplomados en Salud Pública, opción Enfermería, de la Administración Regional de Murcia. Alcalá de Guadaíra (Sevilla): MAD; 2006.
 14. Sanabria L, Otero M, Urbina O. Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería. *Revista Cubana de Educación Media Superior*. 2002;16 (4).
 15. Martínez L, Olvera G. El paradigma de la transformación en el actuar de enfermería. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social* [Internet]. 2011 [cited 29 December 2017];19(2):105-108. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2011/eim112h.pdf>
 16. Sanabria L, Otero M, Urbina O. Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería. *Revista Cubana de Educación Media Superior*. 2002; 16 (4).

17. Antología. Teorías y modelos de enfermería. Bases teóricas para el cuidado especializado. Disciplina en Enfermería. Universidad Nacional Autónoma de México; 2009. p.66
18. Antología. Teorías y modelos de enfermería. Bases teóricas para el cuidado especializado. Disciplina en Enfermería. Universidad Nacional Autónoma de México; 2009. p.66
19. Ibídem (16)
20. Antología. Teorías y modelos de enfermería. Bases teóricas para el cuidado especializado. Disciplina en Enfermería. Universidad Nacional Autónoma de México; 2009. p.72-75
21. Antología. Teorías y modelos de enfermería. Bases teóricas para el cuidado especializado. Disciplina en Enfermería. Universidad Nacional Autónoma de México; 2009. p.6242-243
22. Vega O.; González D. Teoría del Déficit de Autocuidado: Interpretación desde los elementos conceptuales. Revista Ciencia y Cuidado. 2017; 4 (1).
23. Antología. Teorías y modelos de enfermería. Bases teóricas para el cuidado especializado. Disciplina en Enfermería. Universidad Nacional Autónoma de México; 2009. p.248-256
24. Embarazo. Organización Mundial de la Salud. [Internet] [Consultado 15 Ene 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/pregnancy/es/>
25. NOM-007-SSA2-2016 Para la atención de la Mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y la persona recién nacida.. Diario Oficial de la Federación, 7 de abril de 2016.
26. Embarazo. [Internet]. Salud180. [Consultado 15 Ene 2018]. Disponible en: <http://www.salud180.com/salud-z/embarazo>
27. Valoración y cuidados de enfermería en la mujer gestante: eliminación, higiene y cambios fisiológicos. Educación maternal. Problemas más frecuentes durante la gestación. Valoración y cuidados de enfermería en la puérpera: cambios fisiológicos y psicológicos. Lactancia natural. [Internet] [Consultado 17 Ene 2018]. Disponible en: http://tienda.grupocto.es/pdf/EN_OPEGalicia_CapM.pdf

28. Atención de Parto. [Internet] Departamento de Integración de Ciencias Médicas de la Facultad de Medicina. UNAM. [Consultado 16 Ene 2018]. Disponible en: <http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/icm/images/cecam/02.p.gineandro/ATENCION-DE-PARTO.pdf>
29. Ibídem (25)
30. Maniobras de Leopold. [Internet] Departamento de Integración de Ciencias Médicas de la Facultad de Medicina. UNAM. [Consultado 16 Enero 2018] Disponible en: paginas.facmed.unam.mx/deptos/icm/images/cecam/02.p.gineandro/MANIOBRAS-DE-LEOPOLD.pdf
31. Ibídem (30)
32. Ibídem (28)
33. Ibídem (30)
34. Vigilancia y manejo del Parto. Guía de Referencia rápida. Guía de práctica clínica. México: Secretaría de Salud. CENETEC, 2011.
35. Ibídem (28)
36. Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto de Bajo Riesgo. Guía de Práctica clínica. Guía de referencia rápida. México: Secretaría de Salud, CENETEC, 2014.
37. Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. Birth 2001; 28: 202-207.
38. OMS. Recomendaciones de la OMS para el nacimiento. [Internet] Ciudad de México. Parto Humanizado: 30 de noviembre de 2016. [Consultado el 12 de Enero de 2018]. Disponible en: <http://www.partohumanizado.org/2016/11/30/recomendaciones-de-la-oms-para-el-nacimiento/>
39. Modelo de atención de enfermería obstétrica. Subsecretaría de Innovación y calidad. Secretaría de Salud.
40. Sánchez J., Martínez M., Viguera M., Bas E., Morales R., Álvarez L. Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área I de salud

- en la región de Murcia. *Revista de Antropología Iberoamericana*. 2017; 7(2). pp 225-247
41. Almaguer González J. A, García Ramírez H, Vargas Vite V. *Nacimiento Humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio*. México: 2012
42. Herranz, G; Pardo, J.; León, P.; Chiva, L. *Consideraciones éticas en obstetricia y ginecología*. 2016
43. Manrique, J.; Fernández, A.; Figuerol, Ma. I.; Tejedor, A.; Teixidó, J.A.; Barranco, Ma. P. Aspectos éticos en la asistencia al embarazo y el parto. *AgInf*. 2015, (74), 19, 2, 80-82
44. Soto, H. *Violencia obstétrica*. *Revista Mexicana de Anestesiología*. 2016; 39(1). pp 55-60
45. *Ley De Acceso De Las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el estado de Veracruz De Ignacio De La Llave*. [Internet] 25 de Febrero de 2008 [Consultado el 18 de Enero de 2018] Disponible en: <http://www.veracruz.gob.mx/medioambiente/download/LEY-235-DE-ACCESO-A-LAS-MUJERES-UNA-VIDA-LIBRE-DE-VIOLENCIA.pdf>
46. *Informe GIRE México. Capítulo 4. Violencia Obstétrica*. [Internet] [Consultado el 18 de Enero de 2018] Disponible en: <https://informe.gire.org.mx/caps/cap4.pdf>
47. *ibídem* (25)
48. Triana, M. *La empatía en la relación enfermera-paciente*. *Av Enferm* [revista en línea] 2017 Agosto [Consultado el 30 de Enero de 2018]; 35(2):121-122. Disponible en: www.scielo.org.co/pdf/aven/v35n2/0121-4500-aven-35-02-00121.pdf
49. Nieto, L.A.; Romero, M.; Córdova, M. & Campos, M. *Percepción del trato digno por la mujer embarazada en la atención obstétrica de enfermería*. *Rev CONAMED* [revista en internet] 2011 [Consultado el 30 de Enero de 2018]; 16(1)5-11. Disponible en: 132.248.9.34/hevila/RevistaCONAMED/2011/vol16/supl1/4.pdf

50. Coral, R. Humanización del cuidado de enfermería durante el parto. Rev.udcaactual.divul.cient. [Internet] 2008 Junio [Consultado el 31 de Enero de 2018]: 11(1): 47-56. Disponible en: www.scielo.org.co/pdf/rudca/v11n1/v11n1a07.pdf
51. Ibídem (11)
52. García, JA, Abellón, J; Celdrán, AI; Manzanares, J, Satorres, B. La importancia de la Escucha Activa en la Intervención Enfermera. Enfermería Global [Internet] 2014 [Consultado el 30 de Enero de 2018]; 13(2):276-292. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365834853013>
53. Núñez, L. La importancia de la difusión de los conceptos médicos al público. Rev Mex Neuroci 2009; 10(6): 425-426
54. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. [Internet] Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. [Consultado el 30 de Enero de 2018] Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_472_Part0_Normal_Osteba_compl.pdf
55. Ibídem (51)
56. Vargas, J; Hering, E; Demetrio, A & Ulloa, E. Consentimiento informado: Importancia de información al paciente. Rev Obstet Ginecol. 2010; 5(1): 62-67
57. El apoyo en el parto. Federación de Matronas (FAME) [Internet] [Consultado el 30 de Enero de 2018] Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/rs/104/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/a48/rqlang/es-ES/filename/apoyo.pdf>
58. Ramírez, H.; Rodríguez, I. Beneficios del acompañamiento a la mujer por parte de su pareja durante el embarazo, el parto y el puerperio en relación con el vínculo paterno filial. Revisión bibliográfica. Matronas Prof. [Internet] 2014 Mayo [Consultado el 30 de Enero de 2018]; 15(4): 1-6. Disponible en:

file:///C:/Users/A%20n%20t%20o%20n%20i%20o/Downloads/revision-beneficios-pareja%20(1).pdf

59. Giraldo, D; González, E. & Henao, C. Experiencias de las mujeres durante el trabajo de parto y parto. Av Enferm. 2015 [consultado el 30 de Enero de 2018]; 33(2): pp.271-281. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v33n2/v33n2a09.pdf>
60. El apoyo en el parto. Federación de Matronas (FAME) [Internet] [Consultado el 30 de Enero de 2018] Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/rs/104/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/a48/rglang/es-ES/filename/apoyo.pdf>
61. Ibídem (54)
62. Ibídem (54)
63. Benito, E; Rocha, M. Posiciones maternas durante el parto, alternativas a la posición ginecológica. Biociencias. [Internet] 2005[Consultado el 31 de Enero de 2018] Disponible en: <https://revistas.uax.es/index.php/biociencia/article/view/644/600>
64. Ibídem (63)
65. Ibídem (54)
66. Ibídem (54)
67. Bravo, B; De la Cruz, R; Flores, M; Rodríguez, L; Neyra, E; Palma, K & Tarrillo, Y. Esferodinamia. [Internet] Universidad de Chiclayo. Facultad de Ciencias de la Salud. 2014 Nov [Consultado el 31 de Enero de 2018] Disponible en: <https://es.slideshare.net/MoizeFlores/esferodinamia>
68. ibídem (25)
69. Alvarado, A. Psicoprofilaxis. Tecnología edl cuidado perinatal. Universidad Nacional Autónoma de Mexico. ENEO. 25 de Septiembre de 2017
70. Ibídem (54)
71. Sánchez, S.; Romero, E. Protocolo de aromaterapia durante el trabajo de parto: una alternativa segura. [Consultado el 30 de Enero de 2018] 2013. Disponible en: http://congreso enfermeria.es/libros/2013/salas/sala7/p_1515.pdf

72. Arjona, M. Proceso de Parto y estrategias para afrontarlo. [Trabajo de fin de grado] Jaén: Universidad de Jaén. Facultad de Ciencias de la Salud. 2015
73. Documento de consenso de la Iniciativa al Parto Normal (IPN). Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) [Internet] 2007. [Consultado el 30 de Enero de 2018] Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/ipn/documentos/iniciativa-parto-normal?currentitemid=3791>
74. Ibídem (72)
75. Documento de consenso de la Iniciativa al Parto Normal (IPN). Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) [Internet] 2007. [Consultado el 30 de Enero de 2018] Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/ipn/documentos/iniciativa-parto-normal?currentitemid=3791>
76. Ibídem (72)
77. Pérez, L. Manejo del dolor del parto con métodos alternativos y complementarios al uso de fármacos. *Matronas Profesión*. 2006; 7(1): 14-22
78. Ibídem (25)
79. El periodo expulsivo. Federación de Matronas (FAME) [Internet] [Consultado el 30 de Enero de 2018] Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/rs/109/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/431/rglang/es-ES/filename/expulsivo.pdf>
80. Lección 11: Técnicas de pujo y contrapujo. [Internet] [Consultado el 31 de Enero de 2018] Disponible en: <https://fisiostar.com/el-parto/leccion-11-tecnicas-de-pujo-y-contrapujo>
81. Fernández, J. Técnicas de respiración. [Internet] 01 de marzo de 2013 [Consultado el 04 de Febrero de 2018] Disponible en: <http://www.preparacionalparto.net/index.php/Ejercicios-Practicos/Tecnicas-de-Respiracion.html>
82. Scene. M. Maniobra de Ritgen. Scribd. [Internet] [Consultado el 30 de Enero de 2018] Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/267604257/MANIOBRA-DE-RITGEN-doc>
83. Ibídem (28)

84. Soporte Vital Básico en Obstetricia. BLSO. 2012
85. Ibídem (84)
86. Protocolo de Atención del Puerperio Fisiológico. Ministerio de Salud.[Internet] [Consultado el 31 de Enero de 2018] Disponible en: http://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&alias=171-iv-normas-y-protocolo-para-la-atencion-prenatal-parto-y-puerperio&category_slug=publicaciones-antteriores&Itemid=235
87. Enfermero/a del Servicio Andaluz de Salud. Temario específico. Volumen 3. 2ª ed. Sevilla: Ediciones Rodio; 2016
88. Vera, C. Sangrado en el puerperio. SlideShare.[Internet] 2012 Octubre[Consultado el 31 de Enero de 2018] Disponible en: <https://es.slideshare.net/calve23/sangrado-en-el-puerperio>
89. Valdés, V. Como favorecer el establecimiento de una lactancia exitosa. UNICEF [Internet] [Consultado el 01 de Febrero de 2018] Disponible en: <http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod06/Mod%206%20Diez%20pasos.pdf>
90. 10 datos sobre la lactancia materna. Organización Mundial de la Salud. [Internet]2017 Agosto [Consultado el 31 de Enero de 2018] Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/es/>
91. ¿Por qué no puede administrarse agua al bebé con lactancia exclusiva hasta los 6 meses, incluso en países con mucho calor? ¿En que se fundamenta esta práctica? Organización Mundial de la Salud. [Internet] 2014 Julio [Consultado el 01 de Febrero de 2018] Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/breastfeeding/es/>
92. La leche materna salva vidas. Suplemento Especial El Universal. Unicef. [Internet] 25 abril 2015 [Consultado el 5 de Enero de 2018]. Disponible en: https://www.unicef.org/mexico/spanish/UNICEF_SuplementoAbril2015.pdf
93. La lactancia favorece un buen comienzo de la vida. UNICEF. [Internet] 2005 Noviembre [Consultado el 01 de Febrero de 2018] Disponible en: <http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod01/Mod%201Beneficios%20de%20la%20lactancia%20Para%20el%20publico%20nov%2005.pdf>

94. Ibídem (92)
95. Importancia de la posición para amamantar. [Internet] [Consultado el 01 de Febrero de 2018]
96. Torres, E. Posturas y posiciones para amamantar. ALBA Lactancia Materna. [Internet] [Consultado el 01 de Febrero de 2018]
97. De la Rosa, L. Lactancia Materna Técnica de Amamantamiento. [Tríptico] Coordinación de Lactancia Materna. Hospital General de México.
98. Extracción de leche materna cuando la madre trabaja separada del niño. Clínica de Lactancia del CMSJ de la Universidad Católica. [Internet] [Consultado el 01 de Febrero de 2018] Disponible en: <http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod05/Mod%205%20extraccion%20leche.pdf>
99. Intervenciones de Enfermería durante el puerperio fisiológico. Resumen de evidencias y recomendaciones. Guía de Práctica Clínica de Enfermería. México: Secretaría de Salud, CENETEC, 2015 [Consultado el 30 de Enero de 2018] Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS-753-15-puerperio-fisiologico/753-GER.pdf>
100. Ibídem (54)
101. Clarett, M. Escalas de Evaluación de dolor y protocolo de analgesia en terapia intensiva. Suecia; 2012
102. Calais-Germain, B. El periné femenino y el parto: elementos de la anatomía y bases. La Liebre de Marzo; 1998
103. Ibídem (77)
104. Plan Nacional de Lactancia Materna [Internet]. Gobernación del Huila. 2017 [consultado el 19 Enero de 2018]. Disponible en: <https://www.huila.gov.co/salud/publicaciones/6235/plan-nacional-de-lactancia-materna/>

XIV.GLOSARIO

Apgar: examen clínico, empleado en gineco-obstetricia al momento de nacimiento, donde el médico pediatra obtiene una primera valoración simple (macroscópica), y clínica sobre el estado general del neonato después del parto. El recién nacido es evaluado de acuerdo a cinco parámetros fisiológicos y anatómicos simples, que son: color de la piel, frecuencia cardiaca, reflejos, tono muscular y respiración. A cada parámetro se le asigna una puntuación entre 0 y 2, sumando las cinco puntuaciones se obtiene el resultado de la prueba. El test se realiza al minuto, a los cinco minutos y, en ocasiones, a los diez minutos de nacer. La puntuación al minuto evalúa el nivel de tolerancia del recién nacido al proceso del nacimiento y su posible sufrimiento, mientras que la puntuación obtenida a los 5 minutos evalúa el nivel de adaptabilidad del recién nacido al medio ambiente y su capacidad de recuperación.

Calidad de la atención: atención en salud con los siguientes atributos: un alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, oportunidad de la atención, accesibilidad a los servicios, tiempo de espera, información adecuada, mínimo de riesgos y alto grado de satisfacción en el paciente e impacto final en la salud.

Calidez en la atención: al trato cordial, positivo y respetuoso del prestador de servicios de salud con los usuarios de los mismos, que toma en cuenta su diversidad cultural, necesidades y expectativas, donde los usuarios son sujetos de la atención.

Conducción del trabajo de parto: intervención médica para regularizar la intensidad, frecuencia y duración de las contracciones uterinas mediante el uso de oxitocina, con el propósito de completar el trabajo de parto.

Edad gestacional: duración del embarazo, calculada a partir de la fecha de última menstruación confiable, sin uso de metodología anticonceptiva tres meses previos a la concepción y expresada en semanas y días.

Episiorrafia: sutura por planos de la episiotomía.

Episiotomía: incisión del perineo en el momento del parto, utilizada para prevenir los desgarros perineales severos.

Feto: producto de la concepción, desde la décima tercera semana de embarazo y durante el tiempo que permanece en el interior del seno materno.

Litotomía: Posición en la que la mujer es colocada en decúbito supino con las caderas y rodillas flexionadas y los muslos en abducción y rotación externa.

Loquios: secreción vaginal normal durante el puerperio, que contiene sangre y moco. El flujo de loquios continúa, típicamente, por 4 a 6 semanas y huele similar al olor del flujo menstrual.

Perinatal: período comprendido entre la semana 28 de gestación y los 7 días después del nacimiento.

Primigesta: mujer que cursa con un primer embarazo.

Recién nacido: es un bebé en el momento posterior del nacimiento, ya sea por cesárea o parto vaginal y que muestra signos de vida.

Silverman: Es un examen que valora la dificultad respiratoria de un recién nacido mediante la evaluación de 5 parámetros clínicos: aleteo nasal, quejido espiratorio, tiraje intercostal, retracción esternal, disociación toraco-abdominal. Para la obtención del puntaje total, se le asigna a cada parámetro un valor de 0, 1 o 2, se suman los puntajes parciales obtenidos de la evaluación de cada parámetro para así obtener un puntaje total que determina el grado de dificultad respiratoria. El puntaje ideal es de cero (ausencia de dificultad respiratoria), mientras que el peor es de 10 (dificultad respiratoria grave).

Una calificación de 3 indicará la presencia de Dificultad respiratoria leve, entre 4 y 6 indicará Dificultad respiratoria moderada, y mayor a 6 indicará Dificultad respiratoria grave. Es recomendable que la primera valoración se realice dentro de los primeros 10 a 20 minutos de vida extrauterina, la frecuencia de las valoraciones posteriores estará dictada por la condición del recién nacido.¹⁰⁰

XV. ANEXOS

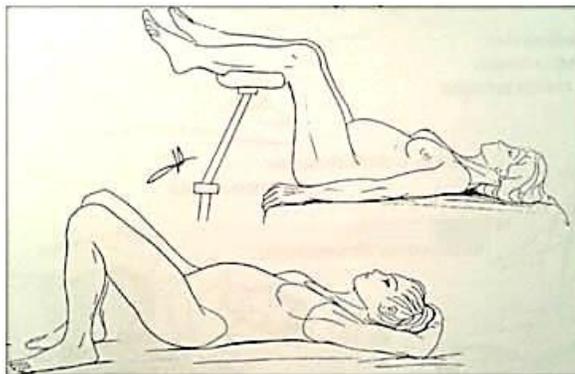
Escala Numérica Verbal (ENV)

En un paciente que se comunica verbalmente, se puede utilizar la escala numérica verbal (0 a 10) donde el paciente elige un número que refleja el nivel de su dolor, donde 10 representa el peor dolor. Puede ser hablada o escrita.

La ENV tiene una muy buena correlación con la EVA, con una menor incidencia de no respondedores (2% frente a 11%). El Task Force de sedación y analgesia y la Sociedad de Cuidados Críticos recomiendan la utilización de escalas numéricas para evaluar dolor referido por el paciente.¹⁰¹

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Sin dolor</i>										<i>Máximo dolor</i>

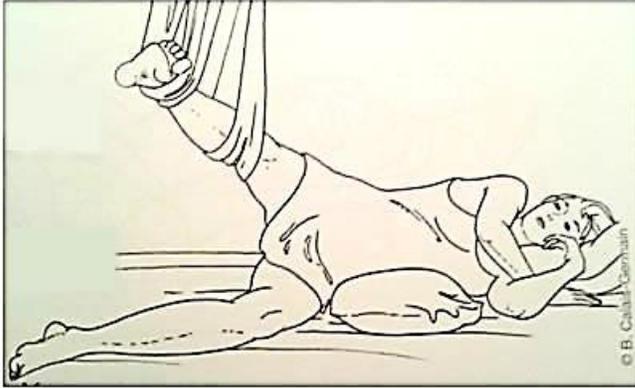
Posiciones durante el trabajo de parto¹⁰²



Posición supina



Posición de pie



Decúbito lateral izquierdo



Posición sentada

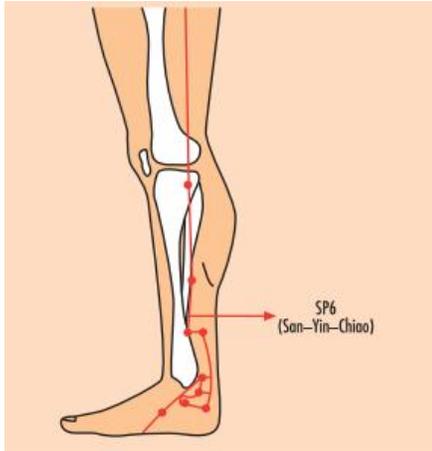


Posición cuadrúpeda o de Gaskin



Posición en cuclillas

Localización de punto SP6 en Acupresión ¹⁰³



Esferodinamia: Posiciones



Lactancia materna exclusiva por 6 meses

Una vida saludable comienza con leche materna. Es el mejor alimento que puede darse al bebé desde que nace hasta los seis meses de edad, porque le proporciona todos los nutrientes, el agua y las defensas que necesita para crecer, desarrollarse y evitar las infecciones. Entre más amamante, más producción de leche tendrá. No se recomiendan los biberones.

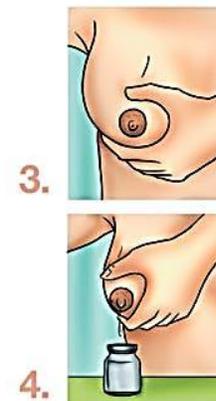


Lactancia materna prolongada y alimentación complementaria

La leche materna debe darse por lo menos hasta los dos años de vida. A partir de los seis meses de edad, el bebé debe empezar a recibir otros alimentos altamente nutritivos, con preparaciones semisólidas como purés, compotas y papillas.



- Los primeros chorros de leche materna que salen deben desecharse.
- Deposite la leche que extrae en un frasco de vidrio con tapa rosca de plástico previamente lavado con agua y jabón y hervido por 10 minutos.
- Una vez finalizada la extracción coloque algunas gotas de leche materna alrededor de la aréola y el pezón.
- La extracción manual debe realizarse con la misma frecuencia con la que se alimenta al bebé.
- La madre debe disponer mínimo de 30 minutos para realizar la extracción.



Conservación de la leche materna extraída

1. Puede mantenerla a temperatura ambiente protegiéndola de la luz y el calor por cuatro horas.
2. La leche materna extraída se conserva en nevera o refrigerador por 12 horas. Es recomendable no colocarla en la puerta de la nevera.
3. La leche materna se puede conservar congelada por 15 días.

Cuando se vaya a utilizar la leche materna que está congelada o refrigerada, no es necesario hervirla. Es suficiente pasar directamente el frasco por el agua caliente (lo que la mano aguante) hasta dejarla a temperatura ambiente.

Transporte de la leche materna extraída

Si la leche materna es extraída en el trabajo o en otro sitio lejos del bebé debe transportarse de una manera segura, en una nevera de icopor con pilas refrigerantes congeladas o una botella de agua congelada.

¿Si no estoy con mi bebé puedo dejarle leche materna?

Todas las mujeres en embarazo y lactancia deben conocer cómo extraer la leche en caso que lo requieran, algunas de estas situaciones son: senos muy congestionados, madre enferma, bebé enfermo u hospitalizado, separaciones por períodos cortos, regreso al trabajo o donación a un banco de leche humana. La extracción manual de la leche materna es la más segura y económica, permitiendo que lo pueda realizar en el momento que lo necesite.

Recomendaciones para la extracción manual

Lávese las manos hasta las muñecas, uñas y dedos con abundante agua y jabón. Séquese las manos con toallas de papel o toallas limpias. Busque un lugar limpio y tranquilo, evite los baños.

Técnica de extracción

- Inicie con un masaje suave en forma circular con las yemas de los dedos, alrededor de cada seno.
- Coloque la mano en forma de C, de tal manera que el pulgar esté por encima de la aréola y el dedo índice por debajo de ésta.
- Empuje los dedos pulgar e índice contra el tórax presionando los conductos lactíferos que se encuentran por debajo de la aréola y se pueden palpar como nódulos.
- No deslice los dedos sobre la piel de los senos, puede causar enrojecimiento y dolor.



Cómo amamantar adecuadamente a su bebé

Para amamantar al bebé es absolutamente necesario que esté cómoda y lo más relajada posible. Busque un lugar calmado y confortable, una postura adecuada es uno de los mejores secretos para evitar el cansancio y facilitar la salida de la leche.



1 Posición Sentada

Recueste la espalda en una silla o en el respaldo de la cama, sostenga al bebé en la parte media del brazo, utilice una almohada sosteniendo al bebé y apoye los pies en un banquito.



2 Coloque al recién nacido estómago con estómago frente a su pecho,

estímule la boca del bebé con la punta del pezón, cuando abra bien la boca acérquelo rápidamente y observe que abarque la mayor parte de la aréola (parte redonda oscura que rodea el pezón), asegurándose que el mentón y la barbilla queden pegados al pecho. Así el bebé respira mejor.

3 Sostenga el seno con la mano haciendo una "C"

Coloque el dedo pulgar por encima del seno y los cuatro restantes por debajo, teniendo en cuenta los siguientes signos: boca bien abierta, más aréola por encima que por abajo, labio inferior evertido (hacia fuera), mejillas redondeadas, mentón cerca al pecho. De esta forma el bebé podrá succionar correctamente.



5 Posición de patilla

Sentada sostenga al bebé con el brazo y la cabeza al lado de su cuerpo, sujételo bien y ofrézcale el seno, recuerde que el bebé debe ir al seno, no el seno al bebé. Apóyese con almohadas y cojines. Esta posición es ideal si le practicaron una cesárea o tiene gemelos.



4 Amamantar es un acto placentero

si hay dolor se debe a que el bebé no ha hecho un buen agarre del seno. El seno debe retirarse introduciendo el dedo meñique en la comisura del labio del niño.



6 Posición acostada de lado

Acuéstese de lado, apoye la cabeza y la espalda con almohadas, coloque el bebé de frente a su cuerpo y al pecho, sujételo con su brazo lo más pegado posible al cuerpo.





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

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN PERINATAL

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

1.- DATOS GENERALES.

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

2.- CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA.

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

3.- CARACTERÍSTICAS DEL AMBIENTE.

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

REQUISITOS DE AUTO CUIDADO

1. MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AIRE.

1. HABITOS DE SALUD:

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

2. REVISIÓN POR SISTEMAS:

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

2. MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AGUA.

1. HABITOS DE SALUD:

Acostumbra a tomar agua: Garrafón: Potable: Otros: _____
Líquidos orales en 24 horas (cantidad y tipo): _____

Líquidos que le gustan y/o desagradan: _____

2. REVISIÓN POR SISTEMAS:

Hidratación de Piel y Mucosas: _____

Líquidos Parenterales (Tipo) _____

3. MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS.

1. HABITOS DE SALUD:

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

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

Alimentos que le gustan / desagradan: _____

Variantes dietéticas (culturales, religiosas, médicas) _____

Suplementos alimenticios: (vitaminas, minerales) _____

Problemas relacionados con la digestión / ingestión: _____

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

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

2. REVISION POR SISTEMAS:

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

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

Observaciones: _____

Aparato digestivo: náusea vómito anorexia pirosis polifagia eructos dolor abdominal

Observaciones: _____

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

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

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

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

Vesical: (describir características y frecuencia) _____

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

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

Observaciones: _____

5. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y REPOSO.

1. HABITOS DE SALUD

Tipo de actividad que realiza en: casa _____ trabajo _____

Realiza actividad física cual/frecuencia/tiempo: _____

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

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

Duerme durante el día: Sí No Cuanto tiempo: _____

1. DESCRIPCIÓN GINECOLOGICA

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

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

2. DESCRIPCIÓN DE EMBARAZOS PREVIOS

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

3. DESCRIPCIÓN DEL EMBARAZO ACTUAL

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

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

Numero de consultas de control prenatal: _____.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO ANTE UNA DESVIACIÓN DE LA SALUD.

A. DESVIACIÓN ACTUAL

1. Percepción de la desviación de salud

a) Inicio de consulta _____ Motivo de consulta _____

b) Comprensión de la alteración actual _____

c) Sentimientos en relación con su estado actual _____

d) Preocupaciones específicas _____

2. Mecanismos de adaptación

a) Uso previo de mecanismos de adaptación _____

b) Repertorio actual de mecanismos de adaptación y de adecuación de los mismos _____

c) Factores concomitantes de estrés (hechos cotidianos) _____

3. Efectos de la desviación sobre el estilo de vida

a) Psicológicos _____

b) Fisiológicos _____

c) Económicos _____

B. HISTORIA PREVIA DE DESVIACIONES DE LA SALUD

Enfermedades en la edad adulta _____

Enfermedades de la infancia _____

Hospitalizaciones _____

Medicamentos prescritos o por iniciativa _____

Inmunizaciones previas: _____

C. ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES: _____

ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETES: