



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA.**

ESTUDIO DE CASO APLICADO A ADOLESCENTE
EN TRABAJO DE PARTO EN FASE ACTIVA, CON
INADECUADA ADAPTACIÓN AL PROCESO, BAJO
EL ENFOQUE DE DOROTHEA OREM Y SU
TEORIA DEL AUTOCUIDADO.

ESTUDIO DE CASO

**PARA OBTENER EL GRADO DE:
ENFERMERA ESPECIALISTA PERINATAL.**

P R E S E N T A :

L.E. GUZMÁN CRUZ GABRIELA

A S E S O R :

E.E.P. LAIZA DANIEL MAGDALENA.



CIUDAD DE MÉXICO

2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

CONACYT: Por ser la motivación para escribir este trabajo y dejar huella en el camino de la ciencia. Gracias por ser mi sustento para continuar en este proyecto tan importante.

Posgrado UNAM: Por la oportunidad que me dieron para escalar un peldaño más en mi camino profesional, me siento muy afortunada de pertenecer a esta maravillosa casa de estudios.

CIMIGEN: Por ser mí casa y mi lugar de aprendizaje durante mi formación académica, gracias a mis profesores y compañeros, me llevo un poco de cada uno.

A mis sinodales: Por brindarme las herramientas para construir y aportar mejoras a este trabajo, gracias por sus sabios consejos.

A la coordinadora de la especialidad y asesora de este trabajo: Magdalena Laiza Daniel: Por ser la inspiración que necesitaba para creer en la enfermería perinatal, gracias por sus exigencias, sus sabios consejos y por compartir sus grandes conocimientos, ha sido un gran ejemplo para mí.

Dedicatoria

A mis padres, mis abuelos, hermanos y amigos: Por ser mi sustento, mi inspiración y por acompañarme siempre en el camino de la vida...

A las mujeres que han sido mi inspiración para hacer esta especialidad, en especial:

- A las mujeres Mixtecas de la Montaña de Guerrero que me ayudaron a despertar mi interés y amor a la obstetricia.
- A mis abuelas: Eustolia y Martina por compartirme sus historias en el proceso la maternidad, ustedes han sido una gran inspiración para elegir mi camino profesional, las admiro y las quiero con toda mi alma.
- A mi madre; Por darme la vida y acompañarme siempre, te debo mucho.
- A la Sra. Mariana y a su angelito, que partieron injustamente antes de tiempo, ustedes me inspiran a querer cuidar la vida de las mujeres y sus bebés.
- A las mujeres que me han permitido ser su compañera en el proceso de la maternidad en especial a: Betty Hernández (amiga y mamá de Jaimito), Ximena (Colombiana querida y mamá de Itza), a Josa (Tabasqueña querida y mamá de Karol) y a muchas otras mujeres que me han permitido aprender de ellas.
- A las Parteras Profesionales; Angie y Rocío ustedes me han inspirado y enseñado mucho, están en mi corazón.

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	1
II.	OBJETIVOS	3
2.1	Objetivo general.....	3
2.2	Objetivos específicos.....	3
III.	FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	4
IV.	MARCO TEÓRICO.....	7
4.1	Conceptualización de la enfermería.....	7
4.2	Paradigmas.....	8
4.3	Teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem.....	11
4.4	Proceso de atención de enfermería (valoración, diagnósticos, planeación, ejecución y evaluación).....	19
4.5	Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para la atención obstétrica.....	22
4.6	El parto y sus etapas.....	28
V.	METODOLOGÍA.....	29
VI.	CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	30
VII.	DESCRIPCIÓN DEL CASO.....	33
7.1	Ficha de identificación.....	33
7.2	Características de su familia.....	33
7.3	Características del ambiente.....	34
7.4	Motivo de ingreso.....	34
7.5	Resumen clínico.....	34
7.6	Evolución del trabajo de parto.....	34
7.7	Evolución en área de recuperación.....	35
VIII.	APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	37
8.1	Valoración de los 8 requisitos de autocuidado.....	37
8.2	Requisitos de autocuidado según las etapas de desarrollo.....	42
8.3	Requisitos de autocuidado ante una desviación a la salud.....	43
8.4	Esquema metodológico.....	46

8.5 Jerarquización de problemas durante el trabajo de parto.....	47
8.6 Diagnósticos de enfermería.....	47
IX. PLANEACIÓN DE CUIDADOS	48
X. PLAN DE ALTA.....	59
XI. CONCLUSIONES.....	65
XII. BIBLIOGRAFÍA.....	66
XIII. ANEXOS	69

I. INTRODUCCIÓN.

El siguiente estudio de caso presenta las intervenciones a una adolescente en el proceso del trabajo de parto, que ingresa a un hospital de segundo nivel de atención y que muestra dificultades para sobrellevar el proceso, con fundamentos teóricos y metodológicos se proporcionan cuidados desde la perspectiva de enfermería perinatal.

El caso fue seleccionado por varias particularidades; Alicia es una mujer joven, migrante (originaria del estado de Oaxaca), hablante de lengua Mazateca, que no cuenta con registro de una vigilancia prenatal adecuada y que además desconoce del proceso del trabajo de parto.

Las intervenciones que se realizaron en esta adolescente fueron principalmente durante el proceso del trabajo, que a su ingreso mostraba dificultades para adaptarse.

Para estructurar el siguiente trabajo se buscó información vigente sobre la atención obstétrica según normativa oficial y las recomendaciones según la Organización Mundial de la Salud. El presente estudio de caso, se desarrolló en una unidad médica del sector público que no solo no cuenta con infraestructura, sino que además hay un enorme desconocimiento y poca disposición del personal que atienden los servicios de obstetricia.

Con fundamentos teóricos de Dorothea Orem y su teoría de Autocuidado se evaluaron cada uno de los requisitos de autocuidado universales a través de un instrumento de valoración perinatal, que permitieron la planificación y ejecución de cuidados especialidades.

El presente estudio de caso tiene como objetivo documentar los cuidados de enfermería perinatal y su impacto en la resolución de problemas a la salud, además de mostrar una realidad en el sistema de salud que requiere atención importante.

La resolución obstétrica fue diferente a la esperada, a pesar de eso la mujer expreso su gratitud y satisfacción en la atención recibida eso nos lleva al

siguiente análisis, los servicios de salud están trabajando para evitar complicaciones maternas y neonatales, a veces olvidando que la atención tiene que perseverar logrando no solo evitar las muertes, sino ofrecer una atención segura, con calidez humana y con un impacto positivo.

II. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general.

Desarrollar un estudio de caso aplicado a una adolescente en trabajo de parto en fase activa, con dificultades para adaptarse al proceso bajo el enfoque de la teoría de Autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem.

2.2 Objetivos específicos.

- Identificar los requisitos universales de autocuidado con déficit y proporcionar alternativas de solución.
- Proporcionar cuidados de enfermería perinatal con enfoque humanístico, intercultural y seguros basados en la mejor evidencia científica.
- Documentar los cuidados de enfermería perinatal, en un hospital de segundo nivel de atención y resaltar su impacto en la salud de la mujer.

III. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

Para la fundamentación teórica de este estudio de caso se recurrió a la lectura y análisis de escritos relacionados con la temática, para la búsqueda se usaron como descriptores las siguientes palabras; embarazo en la adolescencia, trabajo de parto, acompañamiento, interculturalidad en el embarazo y en el sistema de salud.

El primer escrito analizado fue un escrito de Guzmán Rosas, “La interculturalidad en salud: espacio de convergencia entre dos sistemas de conocimiento” quien a través de un estudio de corte cuantitativo con un alcance de tipo exploratorio y descriptivo, analizó la pertinencia de la interculturalidad en una zona de población indígena, realizó 35 cuestionarios a médicos en una zona indígena que en la mayoría del personal consideraron pertinente la implementación de una política sanitaria que integre el conocimiento tradicional indígena a la práctica médica alópata, la autora hace énfasis en que la interculturalidad no alude solamente a las poblaciones indígenas y que está incluye la capacidad de transitar de manera equilibrada entre diferentes sistemas de conocimiento sobre la salud y la enfermedad.¹

Se analizó un estudio de corte cualitativo que tuvo el objetivo de identificar las emociones que se generan en la mujer durante el embarazo, parto y puerperio en relación con la asistencia hospitalaria, a través de entrevistas a mujeres en la etapa del puerperio y embarazo, en los resultados establecieron un proceso analítico que dio explicaciones a las emociones que expresa la mujer en la atención perinatal. Una de las categorías que incluyeron fue el miedo considerando que el miedo tiene un origen multifactorial, con la relación clínica de los profesionales y el impacto de la cultura institucional en la atención del proceso como ejes principales. Los factores que van a dar lugar a esta emoción están estrechamente vinculados a la falta de cumplimiento de expectativas de la mujer y al desajuste en las transacciones entre la mujer y los agentes de salud. Otro factor vinculado al miedo, que adquiere relevancia en los testimonios, es el dolor de las contracciones. Estas provocan que la experiencia sea vivida de manera traumática ante el miedo a que sean muy dolorosas”.²

Además del miedo incluyeron la ansiedad e incertidumbre como otra categoría, que se conforman cuando existe un desconocimiento real de lo que puede ocurrir a lo largo del proceso perinatal, estas emociones suceden principalmente en salas de labor, expulsión y hospitalización de puerperio debido a la escasa educación sanitaria relacionada con el asesoramiento de la lactancia y los cuidados del recién nacido.²

Una de las conclusiones a las que llegan los autores de esta investigación fue deducir que, aunque aparecen emociones positivas relativas a la tranquilidad y confianza, y negativas basadas en el miedo, la incertidumbre, la vergüenza, la soledad, la ira y el desamparo, son estas últimas las que adquieren mayor relevancia en la atención hospitalaria. Los datos arrojaron que la mujer tiene que realizar múltiples procesos de adaptación y acomodación en su interacción con el entorno donde tendrá lugar la atención obstétrica ².

El siguiente documento fue un artículo de revisión publicado en el año 2018 que tuvo el objetivo de precisar la influencia del desempeño de los profesionales de enfermería en la atención humanizada al parto, en donde los autores realizaron una revisión bibliográfica sistemática para desarrollar un análisis crítico reflexivo del contenido de documentos. El estudio llegó a la conclusión que la atención humanizada al parto reside en disminuir prácticas rutinarias durante el trabajo de parto, que el personal de enfermería debe fomentar actividades que generen confianza y disminuyan el estrés de la mujer, a través de la actitud, valores y principios, que una interacción entre los conocimientos y sentimientos por cada mujer, ayudara a establecer atención de calidad y en el logro de la humanización.³

El siguiente documento analizado resalta la importancia del acompañamiento continuo durante el trabajo de parto. Llegaron a la conclusión que el apoyo continuo por personal de salud entrenado o por individuos no entrenados que incluye a la familia, proporciona un efecto beneficioso en los establecimientos de salud y entre una variedad de grupos étnicos y socioeconómicos, sin causar daño.

El acompañamiento durante el trabajo de parto tiene un impacto positivo al reducir los niveles de ansiedad y la producción de catecolaminas que dan lugar

a efectos desfavorables sobre el progreso del trabajo de parto y el resultado fetal. El acompañamiento continuo ha sido visto como una alternativa a la analgesia epidural.⁴

IV. MARCO TEÓRICO

4.1 Conceptualización de la enfermería.

La enfermería es una disciplina fundamental en el equipo de salud, su creciente aportación en los procesos de mantenimiento o recuperación de la salud del individuo, familia o comunidad en las diferentes etapas de la vida, ha demostrado la importancia del papel que desempeña. La formación académica del personal de enfermería evoluciona a la par del avance tecnológico de los servicios de salud del país y al orden internacional, con el objetivo de ofrecer servicios de salud de calidad, acorde a los diferentes roles que ejerce en su contribución a la solución de los problemas que afectan a la población.⁵

La enfermería históricamente ha evolucionado y ha contribuido en diferentes partes del mundo, sin perder su esencia, se desarrolla y contribuye al cuidado del ser humano en diferentes etapas del ciclo de vida de un ser humano.

Enfermería es a la vez una disciplina y una profesión; como profesión toma parte en los esfuerzos para mejorar el futuro de la calidad de vida al tratar de resolver los problemas que se interponen o influyen en su logro. Enfermería se interesa en las actividades que desarrollan y canalizan sus practicantes para lograr la promoción y el mejoramiento de la salud y el bienestar de los seres humanos. Como disciplina es un terreno del conocimiento, un cuerpo del conocimiento, un cuerpo de conocimientos que evoluciona de manera independiente y tiene una forma individual de interpretar los fenómenos de su competencia; el cuidado y salud.⁶

La enfermería ha sido definida como ciencia y arte humanístico dedicada al mantenimiento y promoción del bienestar de la salud de las personas, ha desarrollado una visión integral de la persona, familia y comunidad y una serie de conocimientos, principios, fundamentos, habilidades y actitudes que le han permitido promover, prevenir, fomentar, educar e investigar acerca del cuidado de la salud a través de intervenciones dependientes, independientes o interdependientes.⁶

4.2 Paradigmas.

Con el fin de definir la esencia enfermería muchas metateóricas han querido delimitarla, la mayoría de las teóricas incluyen los conceptos de cuidado, persona, salud y entorno, como en los escritos de Florence Nightingale (1969). Las teorías han sido divididas de acuerdo al enfoque que cada una le da.

- **Paradigma de la categorización:**

Este paradigma orienta el pensamiento hacia la búsqueda de un factor causal responsable de la enfermedad. Ha inspirado particularmente dos orientaciones en la profesión enfermera, una orientación centrada en la salud pública que se interesa tanto a la persona como en la enfermedad y, más tarde, una orientación centrada en la enfermedad y estrechamente unida a la práctica médica.

La primera está caracterizada por la necesidad de aplicar los principios de higiene pública, mejorar la salubridad y controlar las enfermedades infecciosas, la utilización de conocimientos estadísticos comparativos, así como por una enseñanza formal y rigurosa, eje de una formación práctica en los medios clínicos y comunitarios. Surge desde el siglo XIII al XIX, Florence Nightingale realizó grandes aportaciones en esta área. Nightingale considera a la persona según sus componentes físicos, intelectual, emocional y espiritual, así como su por su capacidad y su responsabilidad para cambiar la situación existente, del entorno como un factor para recuperar la salud y prevenir las enfermedades, la salud no es solamente lo opuesto a la enfermedad, es la voluntad de utilizar bien cada capacidad que tenemos, y el cuidado como el arte y una ciencia, por lo que requiere una formación formal.⁶

La segunda se sitúa a finales del siglo XIX en un contexto marcado por la mejora de los métodos antisépticos, de asepsia y de las técnicas quirúrgicas, la salud es considerada como la ausencia de la enfermedad, el origen de la enfermedad se reduce a una causa única, y únicamente se busca un diagnóstico preciso y proponer un tratamiento específico para un agente causal específico.

El cuidado está enfocado hacia los problemas y déficit de la persona, las acciones de la enfermera tienen como objetivo eliminar los problemas, cubrir el

déficit y ayudar a los incapacitados. La persona es considerada como un todo formado por la suma de sus partes, cada parte es reconocible e independiente, separa la dimensión biológica de la psicológica, la salud considerada como un equilibrio deseable, en entorno es un elemento separado de la persona, es físico, social y cultural.⁶

- **Paradigma de la integración.**

Este paradigma busca la orientación enfermera hacia la persona, tras sucesos históricos fuertes se empieza a darle importancia al individuo como centro de las sociedades, en la enfermería estos cambios sociales dan lugar a su diferenciación en relación con la disciplina médica.

El cuidado va dirigido a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones. La persona es ser bio-psico-socio-cultural-espiritual y puede influenciar los factores preponderantes de su salud, según el contexto en donde se encuentre. La salud y la enfermedad son dos entidades distintas, que coexisten y están en interacción dinámica. La salud óptima es posible cuando hay ausencia de enfermedad y presencia de varios elementos que constituyen la salud. El entorno está constituido por los diversos contextos en el que la persona vive, las interacciones entre el entorno y la persona se hacen bajo la forma de estímulos positivos o negativos y de reacciones de adaptación.⁶

- **Paradigma de transformación.**

Este paradigma es la base de una apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo, tuvo lugar en la mitad de la década de los años 70, marcada por hechos como; la apertura de las fronteras en los aspectos culturales, políticos y económicos entre otras cuestiones como el avance de las telecomunicaciones, la influencia de la cultura occidental en la cultura oriental.

La organización mundial de salud en 1978 con el Plan Alma Ata, reconoce las relaciones entre la promoción, protección de la salud de los pueblos y el progreso equitativo sobre el plan económico y social. Propone la puesta en marcha de una política en salud basada en una filosofía en que los hombres tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y la realización de las medidas de protección sanitaria que le son destinadas.⁶

La persona es considerada como un ser único cuyas múltiples dimensiones forman una unidad. La salud está concebida como una experiencia que engloba la unidad del ser humano-entorno. La salud no es un bien que se posee, un estado estable o una ausencia de enfermedad. El cuidado va dirigido al bienestar, tal como la persona lo define, la enfermera, habiendo acumulado diversos conocimientos, se adelanta a la manera de ver a esa persona, lo acompaña en sus experiencias de salud siguiendo su ritmo, intervenir significa estar con la persona. El entorno está compuesto por el conjunto del universo del que la persona forma parte, al igual que la persona, el entorno está en constante cambio, mutuo y simultáneo.⁶

4.3 Teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem.

La búsqueda de Dorothea Orem sobre la naturaleza de enfermería empezó formalmente a finales de la década de los años 50 y se centró en tres cuestiones.

1. ¿Qué hacen y que deberían hacer las enfermeras como profesionales de enfermería?
2. ¿Por qué hacen las enfermeras lo que hacen?
3. ¿Cuáles son los resultados de las intervenciones de enfermería?

El deseo de abordar estos problemas surgió de la experiencia práctica, Orem dedicó mucha energía a comprender el significado de la enfermería y gracias a sus trabajos proporcionar un marco desde el cual se puede contemplar la práctica, la educación y la gestión de la enfermería.

El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar (Orem 1991) Se considera que un individuo cuida de sí mismo si realiza efectivamente las siguientes actividades:

- Apoyo de los procesos vitales y del funcionamiento normal.
- Mantenimiento del crecimiento, maduración y desarrollo normales.
- Prevención y control de los procesos de enfermedad o lesiones.
- Prevención de la incapacidad o su compensación.
- Promoción del bienestar.

El autocuidado es un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud, y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir acciones apropiadas.

Las actividades necesarias para mantener la salud y el desarrollo se aprenden, y están condicionadas por muchos factores incluyendo la edad, maduración y cultura.

Para lograr comprender el modelo de Orem es importante considerar algunas de las presunciones que ella hace sobre la naturaleza de los seres humanos:

1. Los seres humanos tienen el potencial de desarrollar habilidades intelectuales y prácticas y de mantener la motivación esencial para el autocuidado y para el cuidado de los miembros dependientes de la familia.
2. Las formas de satisfacer los requisitos de autocuidado tienen elementos culturales, y varían con los individuos y con los grupos sociales mayores. La definición del momento en el que se requiere la ayuda de otros y las acciones específicas usadas para satisfacer sus necesidades, variarán de acuerdo con el grupo social y cultural al que pertenece el individuo.
3. La realización del autocuidado requiere la acción intencionada y calculada, que está condicionada por el conocimiento y el repertorio de 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.
4. Los individuos investigarán y desarrollarán formas de satisfacer las demandas de autocuidado conocidas.

- **Requisitos de autocuidado.**

Orem ha identificado y descrito ocho actividades que son esenciales para el logro del autocuidado, independientemente del estado de salud, edad, nivel de desarrollo, o entorno ambiental de un individuo. Estas actividades llamadas **requisitos de autocuidado universal**, el término se usa para indicar una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo.

Los ocho requisitos de autocuidado universal incluyen:

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. Provisiones de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.
5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
6. Mantenimiento del equilibrio entre la sociedad y la interacción social.

7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano, y el bienestar humano.
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 requisitos de autocuidado universal abarcan los elementos físicos y psicológicos, sociales y espirituales esenciales de la vida, cada uno de ellos es importante para el funcionamiento humano.

Además de los requisitos de autocuidado universal, esenciales para todas las personas en todas las etapas de desarrollo, Orem identifica un segundo tipo de requisitos, hallados en especiales circunstancias, asociados con el desarrollo humano. Estos **requisitos de autocuidado de desarrollo** se clasifican principalmente en dos.

- **Etapas específicas de desarrollo.**

Este grupo de requisitos de autocuidado se asocian con etapas específicas de desarrollo, en tales etapas debe presentarse 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.
3. Lactancia.
4. Etapas de desarrollo de la infancia, adolescencia y adulto joven.
5. Etapas de desarrollo de la edad adulta.
6. Embarazo, ya sea en la adolescencia o en la edad adulta.

Orem sostiene que en cada una de estas etapas de desarrollo deben considerarse los requisitos de autocuidado universal, pero también puede haber demandas específicas de salud causa de nivel prevalente de desarrollo del individuo.

Condiciones que afectan el desarrollo humano.

El segundo grupo de requisitos de autocuidado del desarrollo implica la provisión de cuidados asociados con condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano. Este requisito del desarrollo tiene dos subtipos el primero referente a la provisión de cuidados para prevenir los efectos negativos de estas condiciones adversas, el segundo subtipo se refiere a la provisión de cuidados para mitigar o superar los efectos negativos existentes de una condición o acontecimiento vital particular. La consideración clave es la **provisión de cuidados** para reducir los efectos adversos de estas condiciones sobre el desarrollo humano. Las condiciones relevantes incluyen:

- Derivación educacional.
- Problemas de adaptación social.
- Pérdida de familiares, amigos o colaboradores.
- Pérdida de posesiones o del trabajo.
- Cambio súbito en las condiciones de vida.
- Cambio de posición social o económica.
- Mala salud, malas condiciones de vida o incapacidad.
- Enfermedad terminal o muerte esperada.
- Peligros ambientales.

Los requisitos de autocuidado en la desviación de la salud forman parte del modelo de Dorothea Orem, estos existen cuando el individuo está enfermo, sufre alguna lesión, tiene incapacidades o está recibiendo cuidados médicos. Bajo estas circunstancias la persona tiene demandas adicionales a la salud:

1. Buscar y asegurar la ayuda médica apropiada en caso de exposición a condiciones ambientales o agentes físicos o biológicos específicos asociados con acontecimientos y estados patológicos humanos.
2. Ser conscientes de los efectos y resultados de las condiciones y estados patológicos, incluyendo sus efectos sobre el desarrollo, y atender a ellos.
3. Realizar eficazmente las medidas diagnósticas, terapéuticas, y de rehabilitación médicamente prescrita, dirigida a la prevención de tipos específicos de patología, a la propia patología, a la regulación del funcionamiento humano integrado, a la corrección de deformidades o anomalías, o a la compensación de incapacidades.

4. Ser consciente de los efectos molestos y negativos de las medidas terapéuticas realizadas o prescritas por el médico, incluyendo su influencia sobre el desarrollo, y atender a dichos efectos o regularlos.
5. Modificación del autoconcepto (y autoimagen) aceptándose uno mismo como un ser con estado particular de salud y que necesita formas específicas de cuidados de salud.
6. Aprender a vivir con los efectos de condiciones y estados patológicos y los efectos de las medidas diagnósticas y terapéuticas, en un estilo de vida que promueva el desarrollo personal continuado.

La principal premisa de estos requisitos del autocuidado en la desviación de la salud es que los cambios en el estado de salud requieren que el individuo busque consejo y ayuda de otras personas competentes para ofrecérselos cuando él es incapaz de satisfacer sus propias necesidades en el cuidado de su salud.

Orem destaca la importancia de los cuidados preventivos de salud como un componente esencial de su modelo, la satisfacción efectiva de las exigencias de autocuidado universal apropiadas para un individuo se considera como prevención primaria, la prevención secundaria consiste en evitar, mediante la detección temprana y la pronta intervención, los efectos adversos o complicaciones de la enfermedad o la incapacidad prolongada, mientras que la prevención terciaria ocurre cuando hay una rehabilitación después de la desfiguración o incapacidad.

Los individuos son capaces de hacerse cargo de su propio autocuidado pueden:

1. Apoyar los procesos vitales físicos, psicológicos y sociales esenciales.
2. Mantener la estructura y funcionamiento humano.
3. Desarrollar plenamente su potencial humano.
4. Prevenir las lesiones o enfermedades.
5. Curar o regular la enfermedad (con la ayuda apropiada).
6. Curar y regular los efectos de la enfermedad (con la ayuda apropiada).

- **Déficit de autocuidado.**

Los seres humanos tienen gran capacidad de adaptarse a los cambios que se producen en sí mismos o en su entorno, sin embargo, puede darse situaciones en que la demanda supere su capacidad para responder a ella, para lo cual la persona requerirá ayuda a fin de satisfacer sus necesidades de autocuidado.

Hay tres escenarios que demuestran cómo la capacidad de un individuo puede verse influido por el aumento de las demandas que se le hacen. El déficit de autocuidado es una forma de describir la relación entre las capacidades de los individuos para actuar y las demandas que se les hacen para el autocuidado, o para el cuidado de los niños o adultos que dependen de ellos. El déficit debe contemplarse como la relación entre las aptitudes de un individuo y las demandas que se le hacen.

La demanda de autocuidado terapéutico es el conjunto de acciones de autocuidado necesarias para satisfacer los requisitos de autocuidado conocidos.

Orem usa la palabra agente para referirse a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica, cuando los individuos realizan su propio cuidado se les considera agentes de autocuidado y a la capacidad de los individuos para participar en su propio autocuidado recibe el nombre de agencia de autocuidado.

Las personas que conocen cómo satisfacer sus propias necesidades de salud tienen una agencia de autocuidado desarrollada capaz de satisfacer sus necesidades de autocuidado, en otros casos la agencia está aún desarrollándose, como en los niños cuando se les está enseñando, y en tercer lugar los individuos que tienen una agencia de autocuidado desarrollada que, sin embargo, no funciona.

El acto de cuidar de uno mismo requiere el inicio de una compleja serie de conductas, que exigen un enfoque de autocuidado personal e intencionado, este proceso inicia con la toma de conciencia del propio estado de salud, que exige un pensamiento racional para aprovechar la experiencia personal,

normas culturales y conductas aprendidas a fin de tomar decisiones sobre la salud.

Para cuidar de sí mismo, un individuo debe poseer los siguientes requisitos;

1. Capacidad de mantener la atención y ejercer el requisito de vigilancia con respeto a sí mismo como agente de autocuidado y con respeto a las condiciones y factores internos y externos significativos para su autocuidado.
2. Uso controlado de la energía física disponible para iniciar y continuar las acciones de autocuidado.
3. Aptitud de controlar la posición del cuerpo y de sus partes en la ejecución de los movimientos requerido para iniciar y continuar las acciones de autocuidado.
4. Capacidad de razonar dentro del marco de referencia del autocuidado.
5. Motivación.
6. Capacidad de tomar decisiones sobre el cuidado de uno mismo y de llevar a la práctica estas decisiones.
7. Capacidad de adquirir conocimiento técnico de fuentes autorizadas, retenerlo y llevarlo a la práctica.
8. Un repertorio de capacidades cognitivas, preceptuales, de manipulación, de comunicación e interpersonales, adaptadas a la realización de las operaciones de autocuidado.
9. Capacidad de ordenar acciones y sistemas de acción de autocuidado en relación con las acciones previas y posteriores para el logro final de los objetivos reguladores del autocuidado.
10. Aptitud de realizar de modo coherente las operaciones de autocuidado integrándolas con los aspectos relevantes de la vida personal, familiar y comunitaria.

Las enfermeras pueden realizar muchas funciones para ayudar a los pacientes. Orem ha clasificado estas acciones en cinco categorías:

- Actuar por otros o hacer algo por otros.
- Guiar o dirigir a otros.
- Brindar apoyo, ya sea físico o psicológico.

- Proporcionar un entorno adecuado para brindar los cuidados y para que se desarrollen las capacidades personales.
- Enseñar.

La enfermera actúa en beneficio de una persona que es incapaz de realizar tareas específicas para el cuidado de su salud, guía y dirige con información que puedan ayudarle a la persona sana o enferma a satisfacer sus necesidades de autocuidado, además de proporcionar apoyo fisiológico y psicológico.⁶

4.4. Proceso de atención de enfermería (valoración, diagnósticos, planeación, ejecución y evaluación).

El nacimiento del proceso de atención de enfermería es el resultado de los esfuerzos de la reflexión que distintas teóricas realizaron a partir de la década de 1950.

El proceso de atención de enfermería es la herramienta metodológica, que permite otorgar cuidados a las personas sanas o enfermas a través de una atención sistematizada e integral, cuyo objetivo principal es atender las respuestas humanas individuales o grupales, reales o potenciales; está compuesto de cinco etapas interrelacionadas: valoración, diagnóstico de enfermería, planeación, ejecución y evaluación.⁶

- **Valoración**

La valoración incluye la recogida 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 etapa se recopilan datos sobre la persona que permiten registrar respuestas físicas, las ideas, valores y sentimientos a través de los cuales se identifican las necesidades de la persona y se determinan las prioridades del plan de cuidados. En esta primera etapa las creencias, los conocimientos y las capacidades del profesional son los principales factores influyentes en el modo en el que se desarrolla la intervención clínica.

La exploración física permite definir aún más la respuesta del cliente ante el proceso patológico, establecer una base de datos para comprobar a la hora de evaluar la eficacia de las intervenciones de enfermería, justificar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista u otra relación.

- **Diagnóstico**

El diagnóstico de enfermería permite la conclusión sobre los datos obtenidos en la valoración se clasifican en:

Diagnóstico real se compone de tres elementos que son; el problema, el factor relacionado o la causa del mismo, y los datos objetivos y subjetivos que indican su presencia, (etiqueta diagnóstica +factor relacionado +manifestación).

Diagnóstico de riesgo: describe respuestas humanas a situaciones de salud/ procesos vitales que pueden desarrollarse a un futuro próximo en una persona, una familia o una comunidad vulnerables, se compone por el problema y el factor de riesgo casual, (etiqueta diagnóstica + factor relacionado).

Diagnóstico de salud es un juicio real que se emite en una situación de salud pero que podría alcanzar un nivel mayor. Se estructuran anteponiendo “potencial de aumento de” o “potencial de mejora de”.

- **Planificación**

La planificación, la tercera etapa del proceso de atención de enfermería incluye el desarrollo de las estrategias para reforzar las respuestas saludables de la persona o para impedir, reducir o corregir el proceso patológico. La planificación inicia estableciendo las prioridades para ver qué problemas será tratado en primer lugar, posteriormente el desarrollo de los objetivos o resultados se deriva de la respuesta humana identificada en el diagnóstico enfermero y funge como criterios para la evaluación del grado en la que la respuesta humana ha sido modificada o corregida y así valorar la calidad de los cuidados de enfermería, posteriormente se formulan las intervenciones de enfermería que deben estar basadas en principios científicos ser coherentes e individualizados y por último la documentación cuyo propósito es procurar cuidados eficaces y continuos.

Las intervenciones de enfermería se clasifican en dependientes, interdependientes e independientes, el primer tipo de intervenciones es aquella en la que el profesional de enfermería ejecuta el tratamiento facultativo, las segunda son llevadas a cabo junto con otros profesionales del equipo de salud y las últimas aquellas que pueden realizar las enfermeras de manera autónoma sin una orden médica.

- **Ejecución**

La ejecución se divide en tres etapas: la preparación, la intervención y la documentación tanto de las acciones como de los resultados.

- **Evaluación**

Finalmente, la 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 de enfermería.

4.5. Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para la atención obstétrica.

En el país también se están atendiendo las recomendaciones de la OMS durante el parto, para una experiencia de parto positiva, que centra a la mujer como la protagonista de su parto, el siguiente cuadro señala algunas de estas recomendaciones: ⁷

Opción de atención	Recomendación
<u>Atención durante todo el trabajo de parto y el nacimiento.</u>	
Atención respetuosa de la maternidad	1. Se recomienda la atención respetuosa de la maternidad, la cual remite a la atención organizada y proporcionada a todas las mujeres de manera que mantenga su dignidad, privacidad y confidencialidad, asegure la integridad física y el trato adecuado y permita tomar una decisión informada y recibir apoyo continuo durante el trabajo de parto y el parto.
Comunicación efectiva	2. Se recomienda la comunicación efectiva entre los prestadores de atención y las mujeres en trabajo de parto mediante el uso de métodos simples y culturalmente aceptables.
Acompañamiento durante el trabajo de parto y el parto.	3. Se recomienda el acompañamiento de la mujer durante el trabajo de parto y el parto por la persona de su elección.
Continuidad de la atención.	4. Los modelos de continuidad asistencial impulsada por parteras – consistentes en que una partera conocida o un pequeño grupo de parteras conocidas brinda apoyo a una mujer a lo largo del continuo de servicios de atención prenatal, postnatal y durante el parto – se recomiendan para las embarazadas de entornos en los que existen programas de partería eficaces.
Definiciones de las fases	5. Se recomienda para la práctica el uso de las

latente y activa del período de dilatación.	siguientes definiciones de las fases latente y activa del período de dilatación. — La fase latente del período de dilatación es un período que se caracteriza por contracciones uterinas dolorosas y cambios variables del cuello uterino, incluso con un cierto grado de borramiento y progresión más lenta de la dilatación hasta 5 cm para los primeros trabajos de parto y los subsecuentes — El período de dilatación activa es un período que se caracteriza por contracciones uterinas dolorosas y regulares con un grado importante de borramiento y dilatación más rápida del cuello uterino a partir de los 5 cm hasta la dilatación total para los primeros trabajos de parto y los subsecuentes
Duración del período de dilatación.	6. Se debe informar a las mujeres que no se ha establecido una duración estándar de la fase latente del período de dilatación y que puede variar ampliamente de una mujer a otra. Sin embargo, la duración de la fase activa del período de dilatación activa (a partir de los 5 cm hasta la dilatación total del cuello uterino) generalmente no excede las 12 horas en los primeros partos y, normalmente, no excede las 10 horas en los partos subsecuentes.
Tacto vaginal.	7. Se recomienda realizar un tacto vaginal a intervalos de cuatro horas para valoración de rutina e identificación de la prolongación del trabajo de parto activo.
Auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal durante el trabajo de parto.	8. Se recomienda la auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal ya sea mediante un dispositivo de ecografía Doppler o un estetoscopio de Pinard para embarazadas sanas

	en trabajo de parto.
Técnicas de relajación para el tratamiento del dolor.	9. Se recomiendan técnicas de relajación, incluso la relajación muscular progresiva, respiración, música, meditación atención plena (mindfulness) y otras técnicas, para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer.
Técnicas manuales para el tratamiento del dolor.	10. Se recomiendan técnicas manuales, como masajes o aplicación de compresas tibias, para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer.
Líquido y alimentos por vía oral.	11. Para las mujeres con bajo riesgo, se recomienda la ingesta de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto.
Movilidad y posición de la madre.	12. Se recomienda alentar la movilidad y adoptar una posición erguida durante el trabajo de parto en mujeres de bajo riesgo.
Limpieza vagina	13. No se recomienda la irrigación vaginal de rutina con clorhexidina durante el trabajo de parto para prevenir infecciones
Amniotomía temprana y oxitocina.	14. No se recomienda el uso temprano de la amniotomía con conducción temprana con oxitocina para la prevención del retraso del trabajo de parto
Periodo expulsivo	
Definición y duración del período expulsivo.	15. Se recomienda para la práctica clínica el uso de la siguiente definición y duración del período expulsivo. <ul style="list-style-type: none"> • El período expulsivo es el período comprendido entre la dilatación total del cuello uterino y el nacimiento del bebé durante el cual la mujer

	<p>tiene un deseo involuntario de pujar como resultado de las contracciones uterinas expulsivas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se debe informar a las mujeres que la duración del período expulsivo varía de una mujer a otra. En los primeros partos, el nacimiento se completa normalmente en 3 horas, en tanto en los partos subsecuentes, el nacimiento se completa por lo general en 2 horas.
Posición para dar a luz (para mujeres sin anestesia peridural).	16. Para las mujeres sin anestesia peridural, se recomienda alentar la adopción de una posición para dar a luz que sea de su elección, inclusive las posiciones erguidas.
Método para pujar.	17. Se debe alentar y asistir a las mujeres en el período expulsivo para que sigan su propia necesidad de pujar.
Técnicas para prevenir el traumatismo perineal.	18. En el caso de mujeres en el período expulsivo, se recomiendan técnicas para reducir el traumatismo perineal y facilitar el nacimiento espontáneo (inclusive los masajes perineales, compresas tibias y conducta de protección activa del perineo), en función de las preferencias de la mujer y las opciones disponibles.
Política para la episiotomía.	19. No se recomienda el uso ampliado o de rutina de la episiotomía en mujeres que presentan un parto vaginal espontáneo.
<u>Alumbramiento.</u>	
Uterotónicos profilácticos.	<p>20. Se recomienda para todos los nacimientos el uso de uterotónicos para prevenir la hemorragia posparto (HPP) durante el alumbramiento.</p> <p>21. La oxitocina (10 UI, IM/IV) es el medicamento uterotónico recomendado para prevenir la</p>

	<p>hemorragia posparto (HPP).</p> <p>22. Para los entornos en los que la oxitocina no está disponible, se recomienda el uso de otros uterotónicos inyectables (si corresponde, ergometrina/metilergometrina o la politerapia fija de oxitocina y ergometrina) o misoprostol por vía oral (600 µg).</p>
Pinzamiento tardío del cordón umbilical.	<p>23. Se recomienda el pinzamiento tardío del cordón umbilical (no menos de 1 minuto después del nacimiento) para mejores resultados de salud y nutrición para la madre y el bebé</p>
Tracción controlada del cordón (TCC).	<p>24. Para los entornos en los que existen asistentes obstétricos especializados disponibles, se recomienda la tracción controlada del cordón (TCC) para los partos vaginales si el prestador de atención de salud y la parturienta consideran que una pequeña reducción en la pérdida de sangre y una pequeña reducción en la duración del alumbramiento son importantes.</p>
Masaje uterino.	<p>25. No se recomienda el masaje uterino sostenido como una intervención para prevenir la hemorragia posparto (HPP) en mujeres a las que se les ha administrado oxitocina como medida profiláctica.</p>
Atención del recién nacido.	
Contacto piel con piel	<p>26. Se debe mantener a los recién nacidos sin complicaciones en contacto piel con piel (CPP) con sus madres durante la primera hora después del nacimiento para prevenir la hipotermia y promover la lactancia.</p>
Lactancia.	<p>27. Todos los recién nacidos, incluso los bebés con bajo peso al nacer (BPN) que pueden amamantarse, se deben colocar al pecho tan</p>

	pronto como sea posible después del nacimiento tras corroborar la estabilidad clínica, y en tanto la madre y el bebé estén listos.
Baño y otros cuidados posnatales inmediatos del recién nacido.	28. El baño se debe retrasar hasta 24 horas después del nacimiento. Si esto no es posible por motivos culturales, el baño se debe retrasar al menos seis horas. Se recomienda vestir al recién nacido con prendas adecuadas a la temperatura ambiente. Esto significa de una a dos capas de prendas más que los adultos, además del uso de sombreros o gorros. La madre y el bebé no deben estar separados y deben permanecer en la misma habitación las 24 horas del día.
<u>Atención a la mujer tras el nacimiento.</u>	
Evaluación del tono muscular del útero.	29. Se recomienda para todas las mujeres la evaluación posparto abdominal del tono muscular del útero para identificar de forma temprana la atonía uterina.
Profilaxis antibiótica de rutina para la episiotomía.	30. No se recomienda la profilaxis antibiótica de rutina para mujeres con episiotomía.
Evaluación materna de rutina después del parto.	31. Durante el puerperio, a todas las mujeres se les debe hacer un examen de rutina de hemorragia vaginal, contracción uterina, altura del fondo uterino, temperatura y frecuencia cardíaca (pulso) durante las primeras 24 horas a partir de la primera hora posterior al parto. La presión arterial debe tomarse poco después del nacimiento. Si la presión es normal, deberá tomarse nuevamente en el plazo de seis horas. La orina se debe documentar en el lapso de seis horas.
Tabla 1. Recomendaciones de la OMS para una experiencia positiva del nacimiento.	

4.6. El parto y sus etapas.

El parto es el conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del feto de 22 semanas o más por vía vaginal, incluyendo la placenta y sus anexos. Se divide en tres periodos:

- Dilatación y borramiento (primer periodo).
- Expulsión (segundo periodo).
- Alumbramiento o tercer periodo.

Primer periodo del trabajo de parto: comienza con el inicio de las contracciones uterinas y la presencia de cambios cervicales, se dividen en fase latente y fase activa.

Fase latente: Es el periodo en el que se presentan contracciones irregulares y cambios en el cérvix que incluyen borramiento y dilatación hasta de 4 cm y que, en promedio dura 18 horas en pacientes multíparas 12 horas.

Fase activa: Contracciones regulares y dilatación progresiva a partir de los 4 cm. En pacientes nulíparas se observa un periodo de duración de 8 a 18 horas y en multíparas de 5 a 12 horas.

Segundo periodo del trabajo de parto (expulsión): comienza con dilatación completa y concluye con la expulsión del feto, tiene una duración promedio de 60 minutos, máximo dos horas con analgesia y de 60 minutos en multíparas sin analgesia obstétrica y de 2 horas si tiene analgesia.

Tercer periodo del trabajo de parto (alumbramiento): Periodo comprendido desde el pinzamiento y corte del cordón umbilical del recién nacido hasta la expulsión de la placenta y membranas; tiene una duración promedio de 30 minutos. ⁸

V. METODOLOGÍA

Se selecciona para estudio de caso en la Unidad Toco quirúrgica del Hospital Materno Infantil Miguel Hidalgo y Costilla ubicada en el Municipio de Los Reyes la Paz en el Estado de México, el 25 de noviembre del 2018 a las 21:30 horas que ingresa adolescente en fase activa de trabajo de parto, se solicita autorización para poder documentar estudio de caso, por medio del consentimiento informado.

El estudio de caso se inicia con la primera etapa del proceso de atención de enfermería;

Valoración: se realiza la obtención de datos sobre el estado de salud, con una entrevista directa, la aplicación de un instrumento de valoración perinatal, basado en la teoría de “déficit de autocuidado” de Orem, para detectar los requisitos de autocuidado universal con alteraciones y una fuente indirecta que consistió en la revisión del expediente clínico, estudios de laboratorio y gabinete y reportes médicos.

Se realiza una revisión bibliográfica para el sustento de las intervenciones que se realizaron a la mujer durante el proceso del trabajo de parto.

Diagnósticos: se priorizan requisitos en la mujer y se formulan los diagnósticos en formato PES, encontrando los factores que alteran el estado de salud de la mujer y poder modificar algunos de estos elementos.

Planeación: Se elaboran los objetivos y se desarrollan estrategias para el cumplimiento de los mismos, acorde a los requisitos que se priorizaron y los factores relacionados.

Ejecución: Se realizan las acciones planificadas para la resolución de los problemas detectados en la mujer.

Evaluación: Se detectan los logros alcanzados, se evalúan el estado de la mujer y se comparan resultados con los objetivos planeados.

VI. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

El artículo 4to de la constitución política de la constitución de los Estados Unidos México en su párrafo dos proclama que: “Toda persona tiene derecho a la **protección de la salud**. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.”⁹

Además de reconocer la libertad de la mujer al decidir sobre su salud sexual y reproductiva declarando que: “Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos”⁹

La **bioética** es la rama de la ética que aspira a proveer los principios orientadores de la conducta humana en el campo biomédico. Etimológicamente proviene del griego *biosy ethos*: "ética de la vida", la ética aplicada a la vida humana y no humana.

En el actuar de todo profesional dedicado al área de la salud debe estar guiado en los principios de la bioética: beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía:

Algunos principios morales prácticos:

- Hacer siempre el bien evitando el mal.
- La acción humana se define por la intención y la operación de la acción.
- Ni los medios justifica el fin ni el fin a los medios.
- No hagas a los demás lo que no desearías que te hagan a ti.
- El bien común es prioritario frente al individual.
- La solidaridad es primordial.
- Principio de subsidiariedad.
- Participación social.
- Autoridad o de unidad de dirección.¹⁰

En nuestro país se han diseñado y fortalecido políticas públicas para atender las demandas sociales en la atención a la salud en especial a la salud materna

e infantil, reconociendo a la mujer como el elemento principal para el funcionamiento de las familias, además de garantizar la salud de la mujer se busca lograr una atención de calidad que satisfaga sus necesidades y expectativas en su salud sexual y reproductiva.

Para atender los acuerdos internacionales el 6 de enero de 1995 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, la cual entró en vigor al día siguiente de su publicación.¹¹

La ciencia médica, a nivel nacional e internacional, ha desarrollado importantes avances en materia de investigación científica que permiten establecer mejores prácticas médicas, servicios para la atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, así como la atención de la persona recién nacida.

Lograr una cobertura universal y reducir la mortalidad materna el 25 de mayo de 2009, de conformidad con el artículo 27, fracción III, de la Ley General de Salud y los artículos 71 al 75, del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, se firmó el Convenio General de Colaboración entre la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, a fin de proveer servicios de salud a través de sus unidades médicas a todas las mujeres embarazadas que presenten una emergencia obstétrica.¹¹

El 17 de febrero de 2016, en cumplimiento a lo previsto en el artículo 47, fracción III, el citado Comité Consultivo Nacional de Normalización, aprobó las respuestas a comentarios recibidos, así como las modificaciones al proyecto que derivaron de las mismas, las cuales, con fecha previa, fueron publicadas en el Diario Oficial de la Federación recibidas por el mencionado Comité, y Que en atención a las anteriores consideraciones, contando con la aprobación del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, he tenido a bien expedir y ordenar la publicación de la

Norma oficial mexicana nom-007-ssa2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.¹¹

VII. DESCRIPCIÓN DEL CASO.

7.1 Ficha de identificación.

Nombre: Alicia F. R.

Edad: 18 años.

Fecha de nacimiento: 12/12/1999

Origen: Oaxaca

Etnia: Mazateca.

Estado civil: Unión libre.

Ocupación: Labores del hogar.

Religión: Católica.

Escolaridad: Secundaria completa.

Grupo y Rh: O positivo.

Alergias: Ninguna.

Fecha de ingreso: 25/11/2018

Hora de ingreso: 21:30

7.2 Características de su familia.

Pertenece a una familia nuclear, actualmente vive con su pareja, la comunicación es buena, convive con familia de su pareja cada tercer día, o los fines de semana, para comer y platicar, el resto de su familia se encuentra en el estado de Oaxaca a la cual no ha visitado en los últimos 5 meses.

Sustento familiar: Pareja Ingresos: 1000-1500 semanales.

Ocupación: Obrero.

7.3 Características del ambiente.

Vive en proceso de urbanización, vive en habitación rentada, construida de tabique, techo de lámina, piso de cemento, cuenta con servicio de luz, agua, drenaje, cocina con leña y gas, su colonia no cuenta con pavimentación, tiene un mercado cerca, medio de transporte público escaso, zoonosis negativa.

7.4 Motivo de ingreso.

Inicio del trabajo de parto, inicia para vigilancia y atención de parto.

7.5 Resumen clínico.

Se trata de mujer de 18 años la cual ingresa por el área de urgencias con diagnóstico de; Primigesta con embarazo de término, en trabajo de parto en fase activa, posteriormente pasa a la unidad tocoquirúrgica. Se encuentra consciente, orientada, inquietud ante la presencia de las contracciones uterinas, no recuerda fecha de última regla, por lo que se calcula edad gestacional por ultrasonido obstétrico del segundo trimestre, que al traspolarlo reporta un embarazo de 38.6 semanas de gestación, niega datos de encefalopatía hipertensiva, se valora dinámica uterina encontrando contracciones de una intensidad de +++, duración de 45-65 segundos, con presencia de cuatro contracciones en 10 minutos, tono normal, altura de fondo de 30 cm, conteniendo feto único vivo en situación longitudinal, posición dorso a la derecha, presentación cefálica, con una frecuencia cardíaca fetal de 152 latidos por minuto, refiere movimientos fetales presentes, al tacto se encuentra cérvix con modificaciones, 90% de borramiento, 6 cm de dilatación, bolsas amnióticas íntegras, en segundo plano de Hodge, salida de tapón mucoso, miembros inferiores sin edema, reflejos osteotendinosos normales.

7.6 Evolución del trabajo de parto.

Tras cinco horas del ingreso, a las 02:30 horas se completa la dilatación, y tras deseo involuntario de pujo pasa a la sala de expulsión, con feto en tercer plano de Hodge, bolsas amnióticas rotas con líquido amniótico claro, frecuencia cardíaca fetal en 135 latidos por minuto, signos vitales maternos dentro de parámetros normales.

Tras tres horas en periodo de expulsión, por falta de progresión en el descenso, deciden intervención quirúrgica, la frecuencia cardíaca fetal se

mantiene en 130 latidos por minuto, el médico ginecoobstetra explica procedimiento y recaba consentimiento informado para la intervención quirúrgica, la mujer se niega a aceptar procedimiento, pero al final acepta.

Se realiza acompañamiento a la mujer durante la cirugía, el cual inicia y termina sin eventualidades, ocurriendo nacimiento a las 05:45 obteniendo recién nacido con circular de cordón en cuello, pasa con médico pediatra quien determina los siguientes datos: recién nacido de sexo femenino, peso: 2695, tala: 48 centímetros, apgar:8/9, Capurro: 38 semanas de gestación, perímetros cefálico: 34 cm, perímetro abdominal:31, perímetro del tórax: 31 cm, Silverman: 1/0, sin complicaciones se mantiene en cuna de calor radiante mientras se termina el evento quirúrgico.

Terminado el evento ambos pasan a sala de recuperación, para iniciar la lactancia materna.

7.7 Evolución en área de recuperación.

Alicia posterior a la cesárea pasa junto con su bebe al área de recuperación para mantenerla en vigilancia dos horas y posteriormente ser enviada al área de alojamiento conjunto.

Se realiza vigilancia de los signos vitales cada 15 minutos la primera hora y a la segunda hora cada treinta minutos, durante ese periodo se realiza cambio de toalla testigo con loquios hemáticos en cantidad moderada, se revisa involución uterina que se encuentra a la altura de la cicatriz umbilical, se aplica analgésico y antibiótico.

Se proporciona apoyo para el inicio de la lactancia, se favorece el confort de la mujer, para iniciar la lactancia, se coloca en posición semifowler a pesar del cansancio y el dolor la mujer se encuentra emocionada, y mira a su bebe con sorpresa y admiración.

A las tres horas del parto, Alicia egresa de la unidad tocoquirúrgica para ser trasladada al área de alojamiento conjunto, a su egreso se encuentra consciente, orientada, los loquios hemáticos se muestran disminuidos, el útero se encuentra contraído a la altura de la cicatriz umbilical.

Previo al egreso se proporciona información sobre: datos de alarma en el puerperio y lactancia, datos de alarma en el recién nacido, consejería y promoción de métodos anticonceptivos compatibles con la lactancia, según los criterios de elegibilidad, sugiriendo los temporales de larga duración.

VIII. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

8.1 Valoración de los 8 requisitos de autocuidado.

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.

Signos vitales durante el trabajo de parto: Presión arterial: 120/80 mm Hg, frecuencia cardíaca: 92 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 21 respiraciones por minuto, temperatura: 36.4 grados centígrados, llenado capilar en 2 segundos, campos pulmonares ventilados.

Signos vitales en el postparto: Presión arterial: 115/75 mm Hg, frecuencia cardíaca: 88 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 19 respiraciones por minuto, temperatura de 36.8 grados centígrados, llenado capilar en 3 segundos, campos pulmonares ventilados.

Higiene de fosas nasales: todos los días.

Tabaquismo: negativo.

Usa técnicas que mejoren su respiración: Si, durante el trabajo de parto realiza respiraciones profundas y de limpieza.

Realiza actividad física: No.

Vive alejada de fábricas: Si

Otras: Uso de leña para cocinar sus alimentos.

Frecuencia: de 3-5 cinco veces a la semana.

2. Mantenimiento de un aporte suficiente de líquidos.

Consumo de agua al día; Un litro. Características: Potable.

Otros líquidos que consume: refresco un vaso dos veces a la semana, café todos los días una taza por las mañanas ya que es tradición en su familia beber el café que producen.

Durante el trabajo de parto: Mucosas orales semihidratadas, no consume agua debido a políticas del hospital, sin embargo, se proporcionan 10 mililitro de agua para hidratar mucosas.

Ingiera una taza de chocolate con canela sugerido por su suegra para acelerar el trabajo de parto, aproximadamente 4 horas antes de su ingreso.

Soluciones parenterales: Solución glucosa 1000 ml en miembro superior izquierda, catéter #18, 500 ml en carga, 500 ml para mantener la vena permeable.

Piel hidratada, mucosas orales semihidratadas.

3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.

Número de comidas al día: de uno a dos comidas al día, una colación en ocasiones. Consume regularmente los siguientes alimentos:

Alimento	Número de veces consumidos a la semana.	Porciones
Leche	0	0
Carne	1	1 a 2
Huevo	0	0
Verduras	5	3 a 4
Frutas	2	2 a 3
Tortillas	7	8 a 10
Pan	3	1
Quesos	2	1
Embutidos	1	1
Sal	7	1
Azúcar	7	1
Leguminosas	7	1

Alimentos que le disgustan: Carne de pollo, cacahuates, aguacate.

Variedades dietéticas: Según su cultura, vegetales y yerbas del campo, bajo contenido proteico.

Suplementos alimenticios (vitaminas y minerales): ácido fólico 400 mcg todos los días, sulfato ferroso 200 mg todos los días, a partir del sexto mes de embarazo.

Problemas relacionados con la digestión/ ingestión: Padece estreñimiento.

Sentido que le da a la alimentación: Supervivencia y convivencia.

Hábitos alimenticios: regularmente come sola, en domicilio, destina de 30 a 60 minutos, alimentos poco variados.

Durante el trabajo de parto se encuentra en ayuna, consume último alimento aproximadamente 4 horas previo a su ingreso.

Peso: 50.8 kg, Talla: 1.48 metros, IMC: 23.1/ normal.

Revisión por sistemas: Boca: No presenta dolor, piezas dentales completas, gingivitis ausente, sin dificultades para masticar, halitosis ausente. Aparato digestivo sin alteraciones.

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

Eliminación intestinal: Ha presentado problemas en la eliminación intestinal: estreñimiento desde etapas tempranas del embarazo, eliminación irregular y no realiza ninguna acción para modificar su condición.

Eliminación vesical: Frecuencia: 5-8 veces al día, depende de la ingesta de líquidos durante el día, presenta infección de vías urinarias en una ocasión en el embarazo recibe tratamiento con antibiótico. No ingiere nada para mejorar y prevenir infecciones de vías urinarias.

Durante el trabajo de parto en una ocasión presenta deseos de micción, se proporciona en una ocasión la posibilidad de levantarse para ir al baño, cuando se encuentra con 8 cm de dilatación se le proporciona un cómodo, sin embargo, le es imposible lograr la micción.

5. Mantenimiento entre la actividad y el reposo.

Realiza labores del hogar, al inicio del embarazo presenta fatiga, que se soluciona con el avance de este, todos los días realiza una siesta de una hora, duerme de 6 a 8 horas diarias logrando un sueño reparador.

Lleva dos días aproximadamente de contracciones uterinas irregulares que le impiden descansar, por lo que a su ingreso refiere y muestra cansancio.

Durante el trabajo de parto Alicia desea la deambulaci3n, refiere que su madre y suegra le han dicho que es la mejor postura para lograr avanzar en el trabajo de parto, se sugieren cambios posturales permitidos en el 1rea hospitalaria, se coloca en cuatro puntos, sentada y durante la etapa de transici3n en dec3bito lateral izquierdo y derecho que es la solicitada por la mujer, adem1s de realizar masaje como medida para el alivio del dolor, durante el proceso de parto se muestra inquieta y descansa mientras no presenta contracciones.

Revisi3n por sistema: Sistema musculoesquel3tico sin alteraciones, tono muscular: normal, deformaciones: ninguna, par1lisis: no, cefalea: no, v3rtigo: no, alteraciones de la memoria: no.

6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacci3n social.

Comunicaci3n verbal directa, poco clara debido a que pertenece a etnia Mazateca. Refiere temor y pregunta sobre su estado de salud.

En su casa vive con su pareja y pasa la mayor parte del tiempo sola, la relaci3n con su pareja es estable y buena, hay buena comunicaci3n, 3l cuida de ella, convive algunas tardes con sus suegros y familia de su pareja, la relaci3n es buena, pero prefiere pasar m1s tiempo en casa.

Revisi3n por sistemas: No hay signos de hipoacusia, visi3n sin alteraciones.

7. Prevenci3n de peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar.

Desconoce medidas de seguridad en el hogar y calle, sus revisiones de salud no son peri3dicas, no ha realizado papanicolaou, ni revisi3n dental en el 3ltimo a1o, ni durante el embarazo, niega toxicoman1as, consume caf3: todos los d1as, refrescos de cola: una vez a la semana, alimentos chatarras: en ocasiones.

Sus pasatiempos son: escuchar la radio y ver televisi3n.

Espiritualidad: es cat3lica y acude a templo en ocasiones durante el trabajo de parto le pide a dios que le ayude, siente temor ante el proceso y pide ayuda y acompa1amiento.

Medidas de seguridad durante el embarazo; acude a cuatro consultas de vigilancia prenatal en centro de salud cercano a su domicilio, iniciando su vigilancia prenatal al cuarto mes de embarazo, ingiere vitaminas y minerales en los últimos 4 meses, conoce algunos signos y síntomas de alarma durante el embarazo.

Durante el trabajo de parto; desconoce señales del inicio del trabajo de parto, acude tempranamente al hospital para valoración y permanece por más de 6 horas fuera del hospital hasta su ingreso.

8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal (normalidad).

Realiza baño y cambio de ropa todos los días, lavado de dientes dos veces al día, lavado de manos frecuentemente, después de ir al baño al preparar y consumir sus alimentos.

Piel hidratada, presencia de cloasma en nariz y maxilares, uñas de aspecto general normal, cabello en cantidad abundante, adecuadamente implantado, presencia de la línea del alba, mamas con pezón formado, con lactopoyesis presente.

Genitales acordes al sexo con salida de tapón mucoso.

8.2 Requisitos de autocuidado según las etapas de desarrollo.

Antecedentes ginecoobstétricos	
Menarca	13 años
Ritmo	28 x 6
Fecha de última regla	No recuerda
Fecha probable de parto	02/12/2018 por ultrasonido.
Gesta	1
Para	0
Cesárea	0
Aborto	0
Óbito	0
Ectópico	0
Dismenorrea	No
Inicio de vida sexual	17
Papanicolau	No se ha realizado
Infecciones de transmisión sexual	Ninguna
Cirugías	Ninguna
Sangrado	No
Métodos anticonceptivos	No ha usado
Dispareunia	No

Descripción del embarazo actual.

Fecha	SDG	T/A	FU	SIT	Presentación	Posición	FCF	Edema.	Manejo.
25/11/18	38.6	110/72	28 cm	Longitudinal	Cefálico	Dorso derecho.	152	No	Vigilancia
25/11/18	38.6	100/60	28 cm	Longitudinal	Cefálico	Dorso derecho	148	No	Vigilancia
26/11/18	39.0	100/70	28 cm	Longitudinal	Cefálico,	Dorso derecho	138	No	Vigilancia

Primigesta con embarazo de término, con fondo uterino de 28 centímetros se realiza cálculo de peso aproximado de 2635 ±200gramos según regla de Johnson y Toshach, se encuentra feto único vivo en situación longitudinal, posición dorso a la derecha, presentación cefálica, frecuencia cardiaca fetal durante el trabajo de parto entre 130-155 latidos por minuto, movimientos fetales presentes. Al tacto se encuentra cérvix central con 90% de borramiento y 6 centímetros de dilatación, membranas amnióticas integra, en segundo plano de Hodge.

8.3 Requisitos de autocuidado ante una desviación a la salud.

Percepción de la desviación de la salud.

Alicia acude al Hospital Materno Infantil Miguel Hidalgo y Costilla ubicada en el Municipio de Ecatepec tras el inicio del trabajo de parto, reconoce el inicio del trabajo de parto y nota su evolución desde hace dos días.

Refiere temor y desconoce completamente sobre el trabajo de parto.

Mecanismos de adaptación.

Alicia acude a cuatro consultas de vigilancia prenatal iniciando en el segundo trimestre, desconoce signos y síntomas de alarma y datos del inicio del trabajo de parto. Del trabajo de parto su madre y suegra le cuentan sobre el dolor y la animan.

Efectos de la desviación sobre el estilo de vida.

Psicológicos: Alicia no tiene una preparación emocional para asumir el trabajo de parto, el trabajo de parto genera ansiedad y miedo.

Fisiológicos: Alicia se encuentra agotada, su respiración es inadecuada durante el trabajo de parto.

Antecedentes heredofamiliares.

Padre y madre sanos, niega oncológicos, niega cardiopatías, niega malformaciones congénitas, antecedentes de preeclampsia y eclampsia, refiere hermano con alcoholismo.

Análisis de los estudios de laboratorio.

1. Biometría hemática.

Eritrocitos	4.5	4.2-5.4 $10^6/\text{mL}$
Hemoglobina	12.1	11-16 g/dl
Hematocrito	41	33-47%
Concentración media de hemoglobina	32	30-34%
Volumen globular medio	89	83-100 mmc/h
Leucocitos Totales	9200	5000-10000 $10^3/\text{mL}$
Plaquetas	240,000	150 000-400 000 mm^3/mL

2. Química Sanguínea.

Glucosa	89.4 mg/dl	74-106 mg/dl
Urea	14.8	8-20 mg/dl
Nitrógeno ureico	6.9	7-21 mg/100 ml
Creatinina	0.60	0.5-1.2
Ácido úrico	4.0	
Colesterol	287.0	<200 mg/100 ml
Triglicéridos	385.1	

3. Examen general de orina.

Color	Amarillo.
Turbidez/aspecto	Claro.
PH	7.0
Cuerpos cetónicos.	Negativos
Nitritos	Negativo.
Proteínas	Negativo
Bilirrubinas	Negativo.

Urobilinógeno	Negativo
Leucocitos	0-1
Bacterias	Escasas
Células epiteliales	Escasas
Cristales.	Negativo
Levaduras	Negativo
Células renales	Negativo
Color	Amarillo.
Turbidez/aspecto	Claro.
PH	7.0
Cuerpos cetónicos.	Negativos

4. Grupo y Rh: "O" Positivo

5. VDRL: Negativo.

6. VIH: Negativo.

7. Curva de tolerancia a la glucosa. No se realiza durante el embarazo (semana 24-28).

8. Ultrasonido obstétrico.

Fecha: 16/07/2018 Reporte ultrasonográfico.

Reporta útero ocupado por producto único vivo con movimientos activos durante el estudio, morfológicamente normal aparentemente, en presentación pélvica, con una frecuencia cardiaca fetal de 162 latidos por minuto, placenta normoinserta grado I de maduración, fúndica corporal posterior, líquido amniótico normal con un índice de 19 cm por phelan, con una edad gestacional de 20.1 semanas, peso aproximado del producto: 1050 gramos, sexo: femenino.

No presenta estudio ultrasonográfico reciente.

8.4 Esquema metodológico.

Requisito de Autocuidado según Etapa de Desarrollo

- Adolescente

Requisitos de autocuidado universal.

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

Agencia De Autocuidado
En Vías De Desarrollo.

Sistema De Enfermería.

- Parcialmente compensatorio.
- Soporte y educación.

Unidad de Observación

Alicia F. R, adolescente, gesta I, embarazo de 38.6 semanas de gestación en trabajo de parto en fase activa, con dificultades para adaptarse al proceso del trabajo de parto.

Requisitos de Autocuidado en la desviación de la Salud.

Acude tras el inicio del trabajo de parto.
El trabajo de parto modifica su autoconcepto.

Factores Básicos Condicionantes.

- Edad: 18 años.
- Escolaridad: Secundaria completa.
- Estado del desarrollo: Adolescencia.
- Estado de salud: Embarazo de término, trabajo de parto.
- Factor ambiental: Unidad Tocoquirúrgica.
- Sistema de salud: Hospital materno infantil.
- Sistema familiar: Nuclear.
- Factor sociocultural: Rural.
- Factor socioeconómico: Bajo.

EXPOSICIÓN DE RIESGOS

Maternos:
Hemorragia postparto.
Distocia del trabajo de parto.
Fetales:
Pérdida del bienestar fetal.
Asfixia perinatal.

8.5 Jerarquización de problemas durante el trabajo de parto.

Número	Requisito	Déficit
1	Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.	Con déficit durante el trabajo de parto.
2	Mantenimiento entre la actividad y el reposo.	Con déficit durante el trabajo de parto.
3	Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.	Con déficit, durante el embarazo y trabajo de parto.
4	Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar.	Con déficit, durante el embarazo y trabajo de parto.

8.6 Diagnósticos de enfermería.

1. Desconocimiento del trabajo de parto R/C poca tolerancia a la actividad uterina M/P respiraciones inadecuadas facies de dolor y agotamiento físico.
2. Riesgo de caídas R/C agotamiento físico, actividad uterina intensa e instalaciones hospitalarias inadecuadas.
3. Riesgo de alteración de la diada materna- fetal R/C la ingesta de sustancias estimulantes de la musculatura lisa y aumento de la actividad uterina percibida por la mujer.
4. Alteración del estado emocional R/C ingreso a unidad hospitalaria y proceso de transición a la maternidad no planeado.

IX. PLANEACIÓN DE CUIDADOS

Requisito afectado: Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.	
Valoración.	
<p>Alicia comprende muy poco lo que le sucede, refiere cansancio debido a la presencia de contracciones desde hace dos días de evolución, lo cual le impide poder dormir, a pesar de tal situación desea poder caminar, para acelerar el proceso, presenta molestias que se agudizan más en la región lumbar.</p> <p>Durante las contracciones siente desesperación, realiza respiraciones pausadas y luego respiraciones muy rápidas, además de sostenerse fuertemente en la camilla, pide ayuda y al final de la contracción pregunta cuánto tiempo falta.</p> <p>A la exploración física se encuentra consciente, tegumentos semihidratados, signos vitales: tensión arterial 120/80 mm Hg, frecuencia cardiaca: 92 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 26 respiraciones por minuto, temperatura: 36.4 grados centígrados, llenado capilar en 2 segundos, campos pulmonares ventilados, cansancio notorio en sus facies, miembros inferiores sin edema.</p>	
Diagnóstico de enfermería.	
Desconocimiento del trabajo de parto R/C poca tolerancia a la actividad uterina M/P respiraciones inadecuadas facies de dolor y agotamiento físico.	
Sistema de enfermería.	
Parcialmente compensatorio.	
Objetivo de Alicia	Objetivo del agente de cuidado terapéutico.
<ul style="list-style-type: none"> • Lograr un parto sin complicaciones. • Tener suficientes energías para tolerar el trabajo de parto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lograr un parto seguro. • Favorecer el confort. • Proporcionar acompañamiento durante el trabajo de parto. • Lograr que la mujer tenga una experiencia positiva del trabajo de parto.

Ejecución.	Fundamentación.
<p>1. Se explica el proceso del trabajo de parto: La razón del “dolor”.</p> <p>Al ingreso, mientras no hay contracción uterina, con ayuda de una imagen digital se explica como el embarazo modifica y prepara el cuerpo de una mujer para el proceso del parto, se explica de forma simple la fisiología de la contracción.</p>	<p>1. Durante el proceso del parto el dolor que muchas mujeres experimentan tiene una razón fisiológica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menos oxígeno que llega al músculo uterino (el dolor es más intenso si el intervalo entre contracciones es corto y por ello no permite que el músculo uterino se oxigene adecuadamente. • Estiramiento del cérvix (dilatación y borramiento). • Presión del bebé sobre los nervios de la vagina, el cérvix y de su alrededor. • Tensión y estiramiento de los ligamentos que sujetan el útero y las articulaciones pélvicas durante las contracciones y el descenso del bebé. • Presión sobre la uretra, la vejiga y el recto. • Estiramiento de los músculos del suelo pélvico y de los tejidos vaginales. • Miedo y ansiedad, que provoca la liberación de demasiadas hormonas del estrés (epinefrina, norepinefrina, adrenalina, etc.)

<p>2. Se proporciona presión en sacro y crestas iliacas para el manejo del dolor.</p> <p>Mientras Alicia permanecía de pie, en decúbito lateral izquierdo y en cuatro puntos se realiza presión de crestas iliacas, manteniendo la presión durante la contracción y continuando con masaje, al sugerir la presión, la mujer lo duda. Conforme avanza el trabajo de parto ella solicita que se presione el sacro y las crestas y además de masaje.</p>	<p>2. Algunas mujeres experimentan malestar añadido durante el parto causado por el dolor agudo de espalda durante las contracciones, algunas técnicas y medidas de confort para aliviar el dolor de espalda son: Masaje de la región lumbar, contrapresión (sujetando la parte frontal de la cadera de la madre con una mano, presione firmemente sobre un punto de la región lumbar o las nalgas), doble presión de caderas (con la mujer inclinada hacia adelante, desde atrás presione ambos lados de las nalgas con las palmas de las manos, aplique una presión constante hacia el centro presionando las caderas como si quisiera juntarlas.</p>
<p>3. Se enseñan técnicas de respiración.</p> <p>Durante cada contracción, tomando de la mano a Alicia se enseña cómo debe respirar, se sugiere que al inicio de la contracción tome una respiración profunda y se exhale lentamente, le es difícil al principio, pero al</p>	<p>3. Existen dos patrones básicos de la respiración: lenta y superficial.</p> <p>Como utilizar la respiración lenta: Tan pronto como empiece la contracción inspirar profundamente y suspirar al espirar ayuda a liberar la tensión al espirar, relajando todos los músculos del cuerpo de pies a cabeza.</p>

<p>realizar las respiraciones juntas se adapta y puede tolerar mejor las contracciones.</p>	<p>La respiración superficial sirve cuando las contracciones son más dolorosas o cuando instintivamente este acelerado el ritmo respiratorio, para realizar este tipo de respiración inspire y espire rápida y superficialmente. La respiración debe ser superficial y ligera. Las inspiraciones deben ser silenciosas; las espiraciones claramente audibles, bien como respiración corta, bien como ligero sonido vocal. Las inhalaciones silenciosas sirven para asegurar de que no respire demasiado ni hiperventile.¹²</p>
---	---

Evaluación.

Alicia empieza a adaptarse mejor al proceso del trabajo de parto, en cada contracción respira, deja de sostenerse fuertemente, en cada contracción solicita masaje y presión.

Le conforta permanecer de pie y acepta realizar cambios posturales incluso en su cama, a partir de los 9 cm de dilatación prefiere mantenerse en decúbito lateral izquierdo y descansa mientras no presenta contracciones y en cada contracción solicita acompañamiento.

Requisito afectado: Mantenimiento entre la actividad y el reposo.

Valoración.

Alicia comprende muy poco lo que le sucede, refiere cansancio debido a la presencia de contracciones desde hace dos días de evolución, lo cual le impide poder dormir, a pesar de tal situación desea poder caminar, para acelerar el proceso.

Durante el trabajo de parto, en la etapa de transición duerme mientras no tiene contracciones, el resto del trabajo de parto desea otras posiciones.

La unidad tocoquirúrgica cuenta con aproximadamente diez camillas separadas una de otra de no más de medio metro, la camilla en donde se encuentra Alicia, es funcional, cuenta con barandales, el respaldo puede ajustarse a la altura que la mujer desea, además de poder ajustar la altura para que la mujer pueda bajar de la camilla, el espacio para poder caminar y poder permanecer es reducido.

Durante las contracciones Alicia se sostiene fuertemente del barandal de la cama.

Diagnóstico de enfermería.

Riesgo de caídas R/C agotamiento físico, actividad uterina intensa e instalaciones hospitalarias inadecuadas.

Sistema de enfermería.

Parcialmente compensatorio.

Objetivo de la persona.	Objetivo de enfermería
Poder mantener energía suficiente para soportar el trabajo de parto.	Reducir el riesgo de caídas. Favorecer la intimidad y privacidad de la mujer.
Ejecución.	Fundamentación.
1. Se acomoda la unidad tocoquirúrgica de modo que se mantuviera un espacio considerado entre una camilla y otra, además se colocan las cortinas para favorecer la	1. En los seres humanos, la oxitocina se produce durante el parto, la lactancia, situaciones de paz y confort, la meditación, las relaciones sexuales y en general en todas las

<p>privacidad de la mujer y se reduce la cantidad de luz en la unidad tocoquirúrgica.</p> <p>2. Se proporciona alternativas de cambios posturales en la cama durante el trabajo de parto. Durante el trabajo de parto, Alicia realizó cambios posturales en su camilla, se colocó en posición semifowler, en decúbito lateral izquierdo, en cuatro puntos y de pie. No fue posible caminar por largo tiempo, sin embargo, se logró caminar en dos ocasiones para</p>	<p>situaciones que producen bienestar. Por ello se ha llamado “la hormona del amor”. Se dice que la oxitocina es una “hormona tímida” porque se inhibe en todas las situaciones que producen adrenalina. Los seres humanos en cualquier situación que produzca adrenalina, van a inhibir a la oxitocina y por ende el trabajo de parto. Esto sucede en las mujeres con el frío, la luz, el sentirse observadas (el sentido del pudor), los tactos, los regaños y cualquier situación que produzca temor e inseguridad, así como el pensar mucho (actividad neocortical).¹³</p> <p>2. Poder moverse durante el parto es otra medida de gran confort, cambiar de posición con frecuencia (cada media hora) sirve para aliviar el dolor y puede acelerar el ritmo del parto al añadir la ventaja de la gravedad y permitiendo que haya cambios en la forma de la pelvis. Puede ser de pie, sentada, de rodillas, tumbada, a gatas o caminar.</p>
--	--

<p>acudir al baño y por más de una hora se mantuvo de pie.</p> <p>3. Durante la etapa de transición se proporciona apoyo para regresar a la cama y se permite el sueño, no se interrumpe y se aplica masaje ante la solicitud de la mujer.</p>	<p>Balancearse o cualquier otro movimiento rítmico también puede resultar un alivio.</p> <p>3. El descanso y sueño podrá ayudar a recuperar energía para el segundo periodo del trabajo de parto.</p>
--	---

Evaluación.

Alicia empieza a adaptarse mejor al proceso del trabajo de parto, con ayuda de la respiración y con los cambios posturales.

Las condiciones hospitalarias, no ofrecen el espacio para que la mujer se sienta cómoda, ni ofrece la seguridad para que pueda realizar cambios posturales, en todo momento fue asistida para poder adoptar la posición sugerida y aceptada.

Alicia es acompañada en todo momento, durante su ingreso la unidad quirúrgica se encuentra casi vacía y eso hace posible que pudiera ser acompañada en todo momento, la mayor parte del tiempo se mantuvo de pie, acepta las otras posiciones sugeridas.

Requisito afectado: Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar.	
Diagnóstico de enfermería.	
Riesgo de alteración de la diada materna- fetal R/C la ingesta de sustancias estimulantes de la musculatura lisa y aumento de la actividad uterina percibida por la mujer.	
Sistema de enfermería	
Parcialmente compensatorio.	
Valoración.	
Alicia refiere la ingesta de una taza de chocolate con canela, hace aproximadamente dos horas, sugerido por su suegra para acelerar el trabajo de parto.	
Ella nota que las contracciones han incrementado en número e intensidad a raíz de la ingesta.	
Al evaluar la dinámica uterina se encuentra; una dinámica regular, con la presencia de 4 contracciones en 10 minutos con una duración de 60 a 90 segundos cada una, una intensidad de +++, el tono normal.	
Objetivo de la persona.	Objetivo de enfermería
Lograr un parto sin complicaciones.	Detectar oportunamente la desviación de la normalidad de la dinámica uterina y del trabajo de parto.
Ejecución	Fundamentación.
1. Valoración de la dinámica uterina (intensidad, frecuencia, tono y duración). Se palpa fondo uterino para registrar actividad uterina durante 20 minutos y se le pide a Alicia que notifique el momento del inicio y el momento del término de la contracción.	1. La revisión continua de la contractilidad uterina permite una intervención temprana ante desviación.

<p>2. Registro en partograma del proceso del trabajo de parto, se valora la dinámica uterina cada 30 minutos además de la frecuencia cardíaca fetal.</p> <p>3. Valoración de la dilatación y el borramiento. Se realiza tacto cada dos horas.</p>	<p>2. La partograma ha sido anunciado como uno de los más importantes avances en la atención obstétrica moderna, la vigilancia de la contractilidad uterina y el latido cardíaco fetal, debe llevarse a cabo entre 30 a 60 minutos máximo. 10,11</p> <p>3. Dado que no se encuentra evidencia que apoye o rechace el uso de la exploración vaginal de rutina durante el trabajo de parto, se puede considerar la realización de tacto vaginal cada cuatro horas, durante la fase activa del primer periodo del trabajo de parto. La duración del trabajo de parto es un evento extremadamente variable, por lo que no se sugiere realizar el diagnóstico de detención del trabajo de parto con base a la evaluación estricta del patrón de dilatación/tiempo.</p>
---	---

Evaluación.

El trabajo de parto evoluciona sin alteraciones, la dinámica uterina se mantiene en 4 contracciones en 10 minutos, con una duración de 90 segundos, intensidad de +++, la frecuencia cardíaca dentro de parámetros normales.

Requisito afectado: Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.	
Diagnóstico de enfermería.	
Alteración del estado emocional R/C ingreso a unidad hospitalaria y proceso de transición a la maternidad no planeado.	
Sistema de enfermería.	
Parcialmente compensatorio.	
Valoración.	
Alicia es una mujer que emigro del Estado de Oaxaca para establecerse en la zona metropolitana junto con su pareja, nunca había estado en un hospital y había planeado regresar a su comunidad para tener a su bebé con una partera, debido a dificultades económicas no le fue posible poder viajar y decide quedarse en la ciudad para el nacimiento de su bebé, ella refiere necesitar a su madre desde el inicio del trabajo de parto. Tiene dudas sobre como transcurrirá el trabajo de parto y teme no poder cuidar de su bebé.	
Objetivo de la persona.	Objetivo de enfermería
Acompañamiento durante el trabajo de parto. Poder adaptarse al proceso de la maternidad. Proporcionar los mejores cuidados a su recién nacido.	Poder proporcionar acompañamiento de calidad, que reduzca los niveles de tensión. Generar confianza a la mujer de crianza responsable y amorosa. Proporcionar información para el cuidado del recién nacido.
Ejecución	Fundamentación.
1. Se escucha con atención plena.	1. Una comunicación de calidad entre las pacientes y los profesionales responsables de su cuidado influye de manera positiva sobre la percepción del parto, tanto en las mujeres como en sus familias. Disipar

<p>2. Se anima a la mujer para confiar en su capacidad para cuidar a su bebé.</p>	<p>miedos y dudas, infundir seguridad, proporcionar una información amplia y detallada, atender el bienestar físico y emocional, estar disponible, mostrar comprensión, apoyo y respeto, procurar intimidad y permanecer en un segundo plano, se han revelado como prácticas sumamente apreciadas por las mujeres. Además, contribuye de manera decisiva, a la satisfacción de la experiencia del parto. ¹²</p> <p>2. Se requiere comunicación efectiva entre los proveedores del cuidado de la salud y las mujeres en trabajo de parto, usando términos simples y culturalmente aceptables.</p>
<p>Evaluación.</p> <p>Alicia desea acompañamiento en todo momento, suplica que no la deje sola. Platica sobre lo que le dijo su mamá del parto y ella menciona algunos cuidados que le ofrecerá a su bebé.</p> <p>Se fortalecen los conocimientos que Alicia ya posee para el cuidado de su recién nacido, durante el periodo del puerperio inmediato, principalmente en la lactancia materna, la importancia de la aplicación de las vacunas y la realización del tamiz metabólico y del tamiz auditivo para la detección de enfermedades.</p>	

X. PLAN DE ALTA

Agente de autocuidado: Alicia F.R

Edad: 18 años.

Área: Unidad Toco quirúrgica/ área de recuperación.

Diagnóstico: Puerperio quirúrgico inmediato.

Recomendaciones para la madre.

La mayoría de las cesáreas no se programan, es decir se llevan a cabo tras el surgimiento de dificultades durante el parto; al ser una cirugía de alta complejidad le piden que firme el consentimiento informado en el que se afirma que usted comprende las razones, los riesgos y beneficios y por lo tanto autoriza al personal médico que la practique. Durante la cesárea el médico realiza dos incisiones: una a través de la pared abdominal (piel, grasa, y tejido conectivo), y la otra a través del útero. Los músculos abdominales normalmente no se cortan únicamente se separan, las incisiones pueden ser verticales o transversales. Un embarazo antes de los 18 meses de haberle practicado la cesárea puede ser de alto riesgo para usted y su bebe.

- **Medicación para controlar el dolor postcesárea.**

Necesitará usar analgesia para controlar el dolor por lo menos una semana o los días que necesite los analgésicos el paracetamol a una dosis de 500 mg a 1000 mg es efectivo para aliviar el dolor.

Se recomienda un antibiótico de espectro limitado como una cefalosporina de primera generación para la profilaxis en la operación cesárea, por lo tanto, tendrá que tomar su antibiótico para reducir riesgo de infección.

Nota: Solo una pequeña concentración de la medicación le llegará al bebé a través de la leche materna: por lo tanto, los efectos en él beben o serán muy reducidos, lo ideal es que consuma los medicamentos sugeridos para reducir el riesgo de infección y para que la analgesia le permita moverse con mayor facilidad y cuidar de su bebe.

- **Recomendaciones para mantenerte más cómoda durante los primeros días.**

Darse la vuelta en la cama.

Para pasar de una posición acostada de espalda a una posición acostada de lado: flexione las rodillas y caderas, (primero una pierna y luego la otra) de modo que los pies queden planos sobre la cama. Presione los pies contra la cama y eleve las caderas de modo que el cuerpo quede recto de los hombros a las rodillas (como un puente). Desplace las caderas a un lado mientras hace rodar la parte superior del cuerpo hacia el mismo lado. Esto la dejará acostada de lado. Este modo de darse la vuelta en la cama ejerce menos presión sobre la incisión.

Ponerse de pie y caminar.

Se pondrá de pie por primera vez antes de las veinticuatro horas de la cirugía, es necesario que tenga apoyo para hacerlo, empezando por sentarse en la cama y luego levantarse, seguramente se sentirá débil, mareada, apoyada de la cama puede realizar algunas rotaciones de tobillos y flexiones de piernas para mejorar la circulación antes de levantarse, tome su tiempo y dese unos instantes para acostumbrarse a cada cambio de posición al pasar de estar acostada a estar de pie.

Mantenga una posición tan recta como pueda, esto no dañará la incisión aunque note pequeños tirones y dolor. Una vez acostumbrada a estar de pie, camine un poco, cada vez que se levante de la cama lo hará con más facilidad. Intente caminar un poco cada vez más.

Gases abdominales.

Los gases en ocasiones son un problema después de una cesárea u otro tipo de cirugía abdominal. Si los tiene puede experimentar dolores abdominales agudos hasta que son expulsados, en las primeras horas no le darán alimentos hasta que los intestinos se activen, el movimiento físico dentro y fuera de la cama, la respiración profunda o balancearse de una silla puede ayudar a evitar o aliviar la acumulación de gases.

Micción.

Es posible que tenga dificultades para orinar, el catéter vesical que le han colocado se recomienda el retiro a las 12 horas después del procedimiento quirúrgico. Con un poco de tiempo, volverá a orinar por sí misma.

- **Lactancia.**

Se debe permitir que los lactantes permanezcan junto a sus madres en la misma habitación, las 24 horas del día. Colocar a los bebés en **contacto piel a piel** con sus madres inmediatamente después de nacer por lo menos 60 minutos, ayuda a establecer la lactancia, además de proporcionar al bebe el calor necesario para regular su temperatura.

Encontrar una posición cómoda para amamantar puede ser problemático, para proteger la herida del peso y los movimientos del bebé, pruebe las siguientes posiciones: acuéstese de lado o coloque una almohada sobre la incisión antes de poner al bebe en su regazo. Las posiciones que más pueden acomodarle son las siguientes:

- ✓ Sujeción de fútbol: la mano más cercana al pecho que se da coge la nuca del bebé. Su cuerpo está al lado de la madre, debajo de su brazo. El bebé está colocado boca arriba o ligeramente ladeado. Con la otra mano la madre se sujeta el pecho y da forma al pezón. Para mejorar el agarre, se puede mover la cabeza y el cuerpo del bebe hacia el pecho de la madre, debe evitar flexionar la barbilla del bebe hacia su pecho, ya que esta posición hace difícil tragar e incluso respirar.
- ✓ Tumbada de lado. Se acuesta de lado con el brazo inferior alrededor del bebé, que está tumbado de lado y encarado al pecho inferior de la madre. Ésta también puede acostarse de lado con el brazo inferior debajo de la cabeza. Se puede probar ambas posiciones para comprobar cuál resulta más cómoda. Se coloca una almohada entre las rodillas de la madre y detrás del bebé para más comodidad. En esta posición, también es posible inclinar el cuerpo hacia adelante y darle el pecho superior al bebé.

- **Nutrición.**

Durante el embarazo el cuerpo se ha preparado para la lactancia almacenando energía en forma de 2.3 kg extra de grasa que no se pierde inmediatamente después del nacimiento, esta grasa proporciona una parte de las calorías adicionales necesarias para la producción de la leche durante los primeros meses. Si la dieta es pobre, con el tiempo, las reservas nutricionales se agotarán, para mantenerlas, debe comer de forma variada alimentos saludables del mismo modo que lo hacían durante el embarazo. Después del primer mes, debe consumir suficientes calorías para mantener el peso.

- **Signos y síntomas de alarma.**

Los signos de alarma durante el puerperio son:

- ✓ Fiebre.
- ✓ Sensación de palpitaciones.
- ✓ Sangrado abundante.
- ✓ Loquios fétidos.
- ✓ Ardor al orinar,
- ✓ Enrojecimiento, calor, dolor y separación de los bordes de la herida quirúrgica.
- ✓ Signos de congestión mamaria o mastitis.
- ✓ Depresión.

Además, durante el puerperio aún se puede presentar la preeclampsia por lo tanto si hay:

- ✓ Dolor de cabeza intenso.
- ✓ Acúfenos o zumbido de oídos.
- ✓ Fosfenos o ver lucecitas.
- ✓ Dolor en barra o en el hipogastrio.
- ✓ Edema en miembros pélvicos, manos o cara.

Estos son signos de alarma para también acudir a urgencias.

- **Depresión postparto.**

La prevalencia de depresión postparto durante los primeros tres meses ocurre entre 40% y 70% de los casos, si la madre no recibe tratamiento. Esto se ve reflejado en que 50% de los casos de depresión no se diagnostica, ni se proporciona tratamiento oportuno. Puede que después de la cesárea, existan lagunas en su recuerdo, especialmente si el parto fue agotador o si la cesárea tuvo que practicarse de manera repentina. Más adelante, aunque se sienta aliviada y agradecida por tener al bebé, puede sentirse a la vez deprimida, desengañada de su comportamiento o el de su pareja. Es posible que sienta un vacío al recordar el parto, donde esperaba sentir satisfacción y alegría, lo más recomendable es hablar con sinceridad y abiertamente del parto y de sus sentimientos; esto le ayudará.

- **Método de planificación familiar.**

El personal debe orientar sobre un método anticonceptivo efectivo inmediatamente después del parto, debe recibir información completa para poder hacer la mejor elección de un método de planificación familiar de forma libre e informada. Los métodos anticonceptivos que pueden usarse durante la lactancia por ser temporales y de larga duración son: Implante subdérmico de levonogestrel o etonogestrel, DIU con cobre y DIU liberador de Levonogestrel.

Levonorgestrel: Anticonceptivo progestágeno utilizado como producto único por vía oral, implante subcutáneo, dispositivo intrauterino (DIU), o en la anticoncepción de emergencia. Se excreta en leche materna en cantidad clínicamente no significativa y no se han observado problemas en lactantes cuyas madres la tomaban. Los niveles en plasma de dichos lactantes fueron muy bajos. El levonorgestrel y los progestágenos en general se consideran los anticonceptivos de elección durante la lactancia ya que no alteran la cantidad ni composición de la leche ni provocan efectos secundarios ni afectan al crecimiento de los lactantes ni a la duración de la lactancia. Se ha publicado protección contra la pérdida de masa ósea materna con el uso de anticonceptivos de sólo progestágenos. Las primeras 6 semanas posparto los métodos anticonceptivos no hormonales son de primera elección.

Etonogestrel: Progestágeno, metabolito activo del desogestrel. Se utiliza como anticonceptivo en forma de implantes subcutáneos de 3 años de duración. Se elimina en leche en cantidad insignificante y no se han observado problemas en lactantes cuyas madres lo utilizaban. Aunque algunos consideran más seguro esperar 4 a 6 semanas, han aparecido estudios que aseguran que un implante precoz en los primeros días u horas tras el parto no afecta ni a la producción o composición de la leche ni al crecimiento de los lactantes. Sólo 1 de cada 100 mujeres que utilizan implantes de etonogestrel pueden tener una disminución importante de la producción láctea.

XI. CONCLUSIONES.

Este estudio de caso ha documentado las intervenciones especializadas del área de enfermería perinatal brindadas a una mujer durante el periodo del trabajo de parto y el proceso del postparto inmediato.

Documentar la información permite evidenciar la importancia de esta disciplina en los espacios para la atención obstétrica.

La persona seleccionada para este estudio de caso, representa una historia más de cómo se vive la maternidad en diferentes partes del país y también ha sido un ejemplo de cómo se maneja la atención de las mujeres en la mayoría de los hospitales públicos de nuestro país.

El estudio de caso enfatiza la importancia del acompañamiento de las mujeres, en uno de los momentos más fuertes de la vida, como lo es el periodo de transición a la maternidad, el trabajo de parto y el nacimiento o el parto como tal, el acompañamiento según la necesidad de cada mujer tiene un impacto positivo para poder sobrellevar estos procesos y lograr una mejor adaptación.

Este trabajo también ha provocado una profunda reflexión sobre las problemáticas que el sistema público de salud vive y la importancia de seguir fortaleciendo la formación de profesionales capaces de proporcionar atención de calidad y con alto grado de compromiso social y empatía.

Los especialistas en enfermería perinatal son capaces de otorgar cuidados especializados, integrales y de calidad para cuidar de la salud de las mujeres, sus bebés y sus familias en los diferentes niveles de atención a la salud.

XII. BIBLIOGRAFÍA

1. Guzmán Rosas SC. La interculturalidad en salud: espacio de convergencia entre dos sistemas de conocimiento. Rev. Gerencia y Políticas en Salud. 2016; 15(31): 10-29, Consulta [06/02/2019]. <https://bit.ly/2Gb0wss>
2. Arnau Sánchez J, Martínez Ros MT, Castaño-Molina MA, Nicolás-Vigueras MD, Martínez-Roche ME. Explorando las emociones de la mujer en la atención perinatal. Un estudio cualitativo. Aquichan. 2016; 16(3): 370-381. Consulta [07/02/2019] <https://bit.ly/2DZt6Lm>.
3. Borge Damas L, Sixto Pérez A, Sánchez Machado R. Influencia del desempeño de los profesionales de enfermería en la atención humanizada al parto. Rev. Cubana de enfermería, 2018; 34(2) Consulta [07/02/2019] <https://bit.ly/2WQ3ZBW>.
4. Frank Wolf M, Shnaider O, Limor Sharabi, Nahir Biderman S, Reut E, Bornstein J. Optimal continuous support accompanying labor, the midwives' and laboring women's point of view. Israel Journal of Health Policy Research. 2019; 8 (27): 1-6. Consulta: [16/03/2019] <https://bit.ly/2pcptMP>.
5. Secretaría de gobernación. Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013 Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. Secretaría de gobernación. 2013; 1-10 Consulta: [19/12/2018] <https://bit.ly/19XehWV>
6. Balán Gleaves C, Franco Orozco M. Teorías y modelos de enfermería, bases teóricas para el cuidado especializado modelos conceptuales: grandes teorías. Universidad Nacional Autónoma de México, 2009.

7. Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones de la OMS Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva, OPS. 2019; 1-210.Consulta: [15/12/2018] <https://bit.ly/2pHgPq9>
8. F. Gary Cunningham, Kenneth J. Leveno, Steven L. Bloom, John C. Hauth, Larry Gilstrap, Katharine D. Wenstrom. Trabajo de parto y parto. En: Obstetricia de Williams. 22.ª Edición. México. McGraw-Hill Interamericana; 2006. P 409-475.
9. Secretaría de Gobernación. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Secretaría de Gobernación. 2016. Consulta [13/02/2019] <https://bit.ly/2GCObgi>
10. Bonilla M Jacqueline, Bioética para enfermería: aspectos teóricos y prácticos, Quito, Editorial Edimec, 2015, pág. 320.
11. Secretaría de Gobernación. Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Secretaría de Gobernación. 2016. Consulta [16/12/2018] <https://bit.ly/1SCy9ht>
12. Simkin Penny, Whalley Janet, Keppler Ann. El embarazo, el parto y el recién nacido; guía completa. Ediciones Medici, Barcelona España, 2015. P 522.

13. Secretaría de Salud. Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro. Secretaría de Salud. 2016 P. 1-97. Consulta [16/02/2019]
<https://bit.ly/2I0BtsM>

14. CENETEC. Vigilancia y atención amigable en el trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. Guía de Práctica Clínica: Guía de Evidencias y Recomendaciones. México, CENETEC; 2019 [15/04/2019]
<https://bit.ly/2GtP4Hr>

15. Villalobos Humberto. Procesos bioculturales en México: embarazo/parto/puerperio, sexualidad y muerte, Servicios de salud con calidad intercultural en pueblos amerindios. Consulta [16/12/2018]
<https://bit.ly/2BZ3Epx>

16. Berrío P. Lina Rosa. Diversidad de atención durante el embarazo y el parto: reflexiones sobre los saberes locales de mujeres indígenas Revista Género y salud en cifra. 2015, 13 (3). Consulta [21/12/2018]
<https://bit.ly/2GLG9BN>

XIII. ANEXOS

- Instrumento de valoración de Enfermería Perinatal.



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

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

1.- DATOS GENERALES.

Nombre _____ Edad: _____ Estado Civil: _____
Ocupación: _____ Grupo Rh: _____ Religión: _____
Alergias: _____ Escolaridad: _____

2.- CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA.

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

3.- CARACTERÍSTICAS DEL AMBIENTE.

Vivienda: Propia Rentada Otra _____
Tipo de Ventilación _____ Tipo de Iluminación _____
Núm. cuartos _____ Cuantas ventanas: _____ Tipo de Construcción: pederedo
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: _____

I. REQUISITOS DE AUTO CUIDADO

I.1 MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE.

I.1.1. HABITOS DE SALUD:

Higiene de fosas nasales Cada cuando _____ Convive con fumadores: Si No Fuma Si No
Cuantos cigarros al día _____ Usa técnicas que mejoren su respiración (algún tipo de
relajación) _____ Requiere de algún apoyo respiratorio: Si No ¿Cuál?

I.1.2. 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): _____.

II. MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AGUA.

II.1. HABITOS DE SALUD:

Acostumbra a tomar agua: Si No Garrafón: Potable: Otros: _____

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

Líquidos que le gustan y/o desagradan: _____

II.2. REVISIÒN POR SISTEMAS:

Hidratación de Piel y Mucosas: _____

Líquidos Parenterales (Tipo) _____

III. MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS.

III.1. HABITOS DE SALUD:

Cuantas comidas realiza durante el día: _____ Días de 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: _____

Qué sentido le da a la comida: Convivencia Recompensa Supervivencia Paliativo

Aburrimiento _____

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

III.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 si No tiene caries: si No dientes flojos: si No Garganta: dolor disfagia Observaciones _____

Aparato digestivo: náusea vómito anorexia pirosis polifagia eructos dolor abdominal

Observaciones: _____

IV. 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: Si No ¿Cuáles?: _____

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

Vesical: (describir características y frecuencia) _____

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

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

Observaciones: _____

V. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y REPOSO.

V.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? Si No ¿cómo lo resuelve? _____

Duerme durante el día: Si No Cuanto tiempo: _____

V.2. REVISIÓN POR SISTEMAS

Sistema músculo esquelético. _____ tono muscular: _____

Gama de movimientos _____ Dolor Si No Fatiga Si No Rigidez Si No Tumefacción o

Deformaciones: Si No Sistema neurológico: Estado de conciencia _____

Entumecimiento Si No Hormigueos Si No Sensibilidad al: Calor Si No Frío Si No Tacto Si No MÓv.

Anormales Si No Parálisis Si No Vértigo Si No Cefalea Si No Alteraciones de la memoria Si No Reflejos Si No

Observaciones: _____

VI. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCION SOCIAL.

VI.1. HABITOS DE SALUD

Comunicación verbal: Directa Abierta Clara Evasiva Barreras idiomáticas tartamudeos

Comunicación no verbal Contacto visual Lenguaje corporal _____ Gestos tono

de voz _____ Mecanismos de defensa Si No Negación Inhibición

Agresividad Hostilidad Interacciones sociales: Pertenece a algún grupo social, deportivo o

cultural. Si No ¿Cuál? _____

VI.2. REVISIÓN POR SISTEMAS

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

Ojos: Dolor Si No Lagrimeo Si No Secreción Si No características: _____

Simetría _____ Pupilas _____ Edema Si No

Vista: alteraciones de la visión: _____ Lentes de corrección Si No fosfenos Si No

Nictalopia Si No Daltonismo Si No

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

VII.1. HABITOS DE SALUD

a) Prácticas de Seguridad Personal: ¿Conoce las medidas de prevención de accidentes? Si No trabajo Si No casa Si No calle Si No Observaciones: _____

¿Acostumbra a realizar revisiones de salud periódicas recomendados para cada edad y medidas terapéuticas? Si No Papanicolaou (fecha y resultado) _____ Mamografía

(fecha y resultado) _____ Revisión dental: (frecuencia, resultado) _____
 Revisión oftalmológica: _____ Revisión Médica: _____
 ¿Conoce las medidas de autocontrol para prevenir enfermedades? Si No ¿Cuáles? _____
 ¿De qué manera maneja las situaciones de tensión en su vida? (Enfado con los demás, autculpa, culpa a otros, Habla con las personas Ansiedad Reza Lectura Escucha música Baja autoestima Sumisión Deportes Otro _____
 ¿Cuál es el concepto que tiene de sí misma? _____
 ¿Ha sufrido algún cambio físico que haya alterado su autoconcepto (¿imagen personal? Si No ¿Cuál? _____ Consumé... Drogas Si No Alcohol Si No Tabaco Si No Café Si No Té Si No Bebidas de cola Si No Alimentos chatarra Si No medicamentos Si No ¿Cuáles? _____
 b) ¿Qué importancia le da a la Espiritualidad como parte integral de su salud? M P N _ N/S _____
 *Mucha M Poca P Ninguna N No sabe N/S

VIII. PROMOCION DEL FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO HUMANOS DENTRO DE LOS GRUPOS SOCIALES DE ACUERDO CON EL POTENCIAL HUMANO, LAS LIMITACIONES HUMANAS CONOCIDAS Y EL DESEO DE SER NORMAL.

VIII.1. HABITOS DE SALUD

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

VIII.2. REVISIÓN POR APARATOS Y SISTEMAS

Piel: Erupción Si No cicatriz Si No Turgente Si No Protuberancias Si No Masas Si No Cambio de color Si No Cambio de olor Si No Tatuajes Si No Perforaciones Si No Pelo: Distribución _____ Cantidad _____ Parásitos _____ Uñas: Aspecto general _____ Mamas: Simetría _____ Tipo de Pezón _____ Secreciones _____ Ganglios _____ Masas _____ dolor _____ Genitales: Aspecto General _____

IX. REQUISITOS DE AUTO CUIDADO SEGÚN LAS ETAPAS DE DESARROLLO

menarca	ritmo	dismenorrea	gesta	P	C	A	O	E

IX.1. DESCRIPCIÓN GINECOLOGICA

IVSA	No. Parejas Sexuales	Circuncidados	Infecciones ginecológicas (Tratamiento)	Papanicolau (Último) resultado.	Cirugías ginecológicas.	Sangrados anormales	Incontinencia urinaria	Tumores
Dispareunia	Orgasmos	Sangrado al coito	Ultimo método anticonceptivo			Tiempo de uso	FUM	FPP

IX. 2. DESCRIPCIÓN DE EMBARAZOS PREVIOS

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

IX. 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 si No ¿Cuál?

Número de consultas de control prenatal: _____.

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

X.1. DESVIACIÓN ACTUAL

X.1.1. 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 _____

X.1.2. 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) _____

X.1.3. Efectos de la desviación sobre el estilo de vida

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

X.2. HISTORIA PREVIA DE DESVIACIONES DE LA SALUD

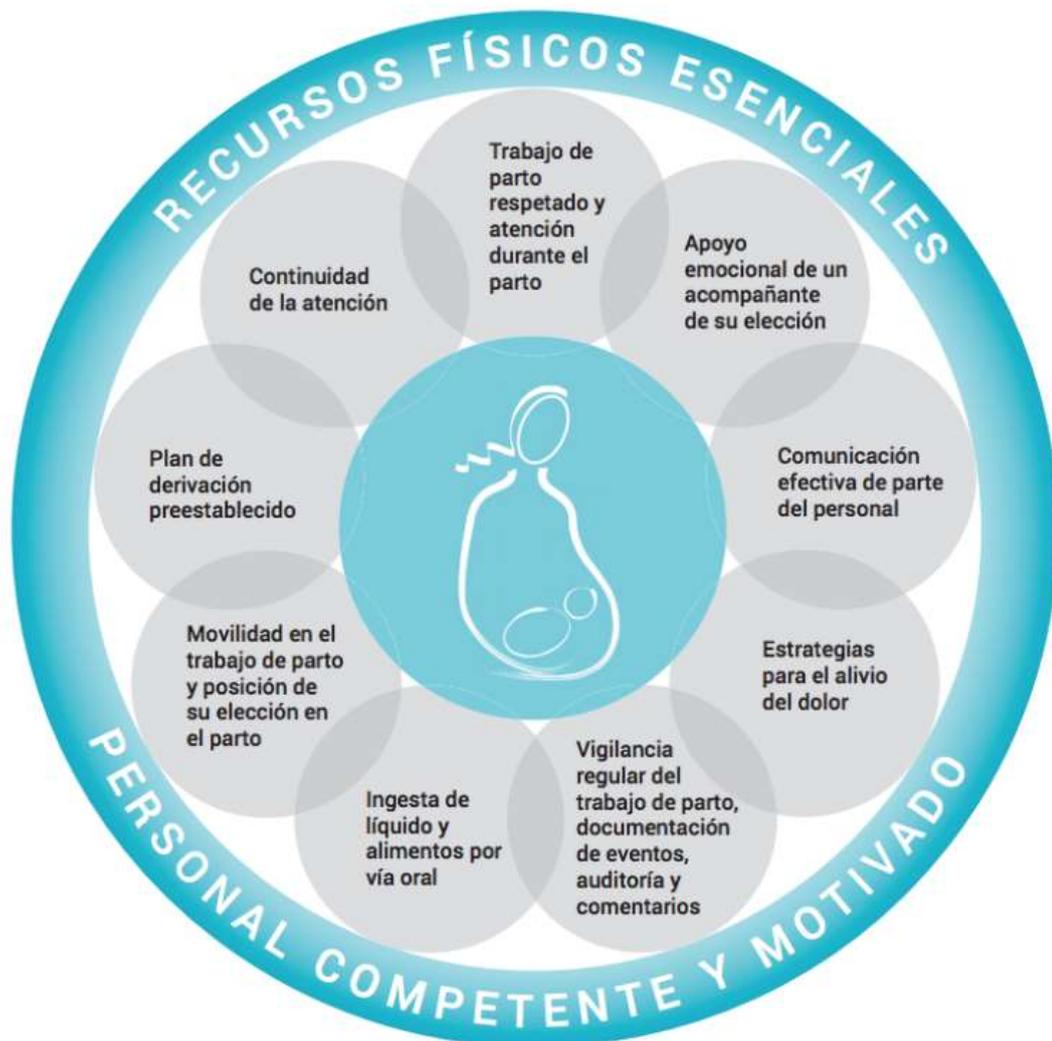
Enfermedades en la edad adulta: _____
 Enfermedades de la infancia: _____
 Hospitalizaciones: _____
 Medicamentos prescritos o por iniciativa _____
 Inmunizaciones previas: _____

X.3. ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES: _____

X.4 ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETES:

Elaborado por: la coordinadora y las alumnas de la 1ra. Generación de Enfermeras Perinatales 1997, Actualizado por
 La coordinadoras EEP. Guadalupe Hernández, EEP. Patricia Márquez Torres, tutoras clínicas:
 EEP. Micaela López, EEP Lucia Illescas y alumnos de la Generación 2012, 2014.

- Representación esquemática del modelo de cuidados durante el parto de la OMS



Consideraciones para la aplicación del modelo de atención durante el parto de la OMS.

Consideraciones de políticas de la salud:

- Se necesita un compromiso gubernamental firme con el aumento de la cobertura de la atención de maternidad para todas las embarazadas que dan a luz en centros de atención de salud, independientemente de los factores sociales, económicos, étnicos, raciales o de otro tipo. Debe

asegurarse un apoyo nacional para el conjunto completo de las recomendaciones, y no solamente para componentes específicos.

- Para establecer el programa de políticas, asegurar un afianzamiento amplio y garantizar los avances en la formulación de políticas y la toma de decisiones, debe incluirse a representantes de los centros de capacitación y las sociedades profesionales en procesos de participación en todas las fases.
- Para facilitar las negociaciones y la planificación, será preciso recoger y difundir información específica de cada situación respecto a las repercusiones previstas en el nuevo modelo de atención durante el parto en las usuarias, los prestadores de la atención y los costos.
- Para poder garantizar adecuadamente el acceso de todas las mujeres a una atención médica de calidad de la madre, en el contexto de una cobertura universal de salud, será preciso modificar las estrategias utilizadas para recaudar financiamiento público de la atención de salud. En los países de ingresos bajos, los donantes podrían desempeñar un papel importante para ampliar la aplicación del modelo.

Consideraciones a nivel de organización o sistema de salud:

- Es necesaria una planificación a largo plazo para la generación de recursos y la asignación presupuestaria, con objeto de abordar la escasez de parteras capacitadas, mejorar la infraestructura de los centros y vías de derivación, y fortalecer y mantener unos servicios de maternidad de buena calidad.
- En la introducción del modelo deberán participar los centros de capacitación y las asociaciones de profesionales, con objeto de que los programas de formación previos a la incorporación al servicio o ya dentro del servicio puedan actualizarse de la manera más rápida y fluida posible.
- Será necesario desarrollar herramientas estandarizadas para el seguimiento del trabajo de parto, como una modificación del partograma, con objeto de asegurar que todos los prestadores de atención de salud a) comprendan los conceptos fundamentales relativos a lo que

constituyen un trabajo de parto y una progresión de dicho trabajo de parto normal o anormal, y el apoyo apropiado que requieren, y b) apliquen las herramientas estandarizadas.

- Las listas de medicamentos esenciales nacionales deberán actualizarse (por ejemplo, para incluir medicamentos de los que debe disponerse para el alivio del dolor durante el trabajo de parto).
- Será necesario elaborar o modificar las directrices nacionales o los protocolos elaborados en los centros basándose en el modelo de atención durante el parto de la OMS. En lo que respecta a los centros de atención de salud que no dispongan de medios para practicar cesáreas, será necesario elaborar una guía específica del contexto o la situación (por ejemplo, teniendo en cuenta el tiempo de traslado a un centro de nivel superior), con objeto de garantizar una derivación y traslado a un centro de atención durante el parto de nivel superior, de manera oportuna y apropiada, en el caso de que se produzcan complicaciones.
- Es preciso establecer una supervisión, comunicación y vías de transporte de buena calidad entre los centros de atención primaria y los de nivel superior, con objeto de garantizar que las vías de derivación son eficientes.
- Será necesario diseñar estrategias para mejorar la gestión de la cadena de suministro en función de las necesidades locales, por ejemplo, con la elaboración de protocolos para la obtención y el mantenimiento de las existencias de suministros.
- Deberá considerarse la prestación de la atención en centros de maternidad alternativos (por ejemplo, unidades de partos dirigidas por parteras in situ) para facilitar la aplicación del modelo de atención durante el parto de la OMS y reducir la exposición de las embarazadas sanas a intervenciones innecesarias de gran prevalencia en los centros de salud de nivel más alto.
- Podrían ser necesarias estrategias de cambio de comportamiento dirigidas a los prestadores de atención de salud y a otros interesados directos en los entornos en donde haya prácticas de atención durante el parto no basadas en la evidencia que estén arraigadas.

- Las estrategias de aplicación eficaces deben documentarse y ponerse en común, como ejemplos de la mejor práctica que puedan ser utilizados por otros ejecutores del modelo.

Consideraciones a nivel de usuarias:

Deben emprenderse actividades de sensibilización a nivel de la comunidad para difundir información acerca de:

- La atención respetuosa de la maternidad (ARM) como un derecho humano fundamental de las embarazadas y los bebés en los centros de salud.
- Las prácticas aplicadas en centros de salud que conducen a una mejora de la experiencia de parto de las mujeres (por ejemplo, ARM, acompañamiento en el trabajo de parto y el parto, comunicación efectiva, elección de la posición de parto, elección del método de alivio del dolor).
- Las prácticas de parto innecesarias que no se recomiendan para las embarazadas sanas y que ya no se utilizan en los centros de salud (por ejemplo, el uso liberal de la episiotomía, la presión en el fondo uterino, la amniotomía de rutina).

- Consentimiento informado.

Carta de consentimiento informado.

Fecha: 25 / 11 / 18

Por medio de la presente yo: Alicia Figueroa Rivera, he sido informada y doy mi consentimiento para participar en la elaboración del siguiente trabajo, el cual es elaborado con fines académicos.

Alicia.F.R.

Alicia Figueroa Rivera

Nombre y firma del participante

He explicado a: Alicia Figueroa Rivera sobre el propósito de la investigación, he contestado a sus preguntas en la medida de lo posible. Conozco la normativa correspondiente para realizar el siguiente trabajo y me apego a ella.

Gabriela

Gabriela Guzmán Cruz

Nombre y firma del autor del trabajo