



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA**

Estudio de caso desarrollando una intervención educativa desde la perspectiva Teórica de D. Orem a una mujer con embarazo de 34.6 semanas con restricción de crecimiento intrauterino

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
Especialista en Enfermería Perinatal**

P R E S E N T A:
L.E.O. Elizabeth Sánchez Romero

Asesor

E.E.P. Nidia Rivas Flores



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.

Resumen

La presente investigación y elaboración del estudio de caso se realizó en el Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes" en el Departamento de Medicina Materno Fetal a una embarazada de 34.6 semanas de gestación por fecha última de menstruación confiable, arritmia sinusal bloqueo incompleto de rama derecha haz de hiz y restricción de crecimiento intrauterino Percentil 3. De acuerdo con la FASGO 2017 la Restricción de crecimiento intrauterino es la insuficiente expresión del potencial genético del crecimiento fetal lo cual representa un aumento significativo del riesgo de morbilidad perinatal. Este estudio de caso se sustenta en la Teoría General de Déficit de Autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem y sus tres subteorías, se desarrollaron cuidados especializados a través de la metodología del proceso enfermero y se determinó la relevancia de realizar una intervención educativa como estrategia para desarrollar capacidades y habilidades de autocuidado durante el embarazo, nacimiento y puerperio.

Palabras clave: estudio de caso, intervenciones de enfermería, intervención educativa, restricción de crecimiento intrauterino.

Abstract

The present investigation and preparation of the case study was carried out at the National Institute of Perinatology "Isidro Espinosa de los Reyes" in the Department of Maternal Fetal Medicine to a pregnant woman of 34.6 weeks of gestation by the last date of reliable menstruation, sinus arrhythmia incomplete block Right bundle hiz bundle and intrauterine growth restriction Percentile 3. According to FASGO 2017, the intrauterine growth restriction is the insufficient expression of the genetic potential of fetal growth which represents a significant increase in the risk of perinatal morbidity and mortality. This case study is based on the Dorothea Elizabeth Orem General Self-Deficiency Theory and its three sub-theories, specialized care was developed through the nursing process methodology and the relevance of carrying out an educational intervention as a strategy to develop capacities was determined. and self-care skills during pregnancy, birth and puerperium.

Key words: case study, interventions, nursing, educational intervention, intrauterine growth restriction.

Agradecimientos

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por brindar el apoyo que me hizo sentir segura para la continuación y culminación de este gran paso.

Universidad Nacional Autónoma de México por forjarme, siempre mi alma mater siendo azul y oro.

Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes” por inculcarme la ética y el humanismo en mi día a día como profesional.

E.E.P Nidia Rivas Flores por orientarme a ser un profesional con competencias, valores y motivación para seguir adelante, por sus consejos, su apoyo y la manera en la que enseña Enfermería Perinatal.

Reconocimientos

A mis padres por su invaluable apoyo, por guiarme hacia el camino de la rectitud siempre que es necesario, por invertir tiempo y dinero para mi futuro y el de mis hijos, gracias por estar a mi lado.

Emily gracias por tu apoyo, gracias por tus cartas y dibujos de motivación para seguir adelante, gracias por tus palabras y también por creer en mí.

Ricardo te agradezco tu peculiaridad, tu sinceridad y el cariño que me brindas, eres un niño muy inteligente y sé que tu familia te demuestra un gran ejemplo.

Los amo y mi corazón esta infinitamente agradecido.

A mis amigas de dramas, risas y llantos, gracias por apoyarme y acompañarme en este camino de la especialidad.

Índice	
Introducción	1
Objetivos	2
General	2
Específicos.....	2
Capítulo 1. Fundamentación	3
Capítulo 2. Marco Teórico	4
2.1 Marco conceptual	4
2.2 Marco empírico	5
2.3 Teoría o modelo de Enfermería aplicado al estudio de caso	7
2.4 Daños a la salud	17
Capítulo 3. Metodología	23
3.1 Estrategia de investigación. Estudio de caso	23
3.2 Selección del caso y fuentes de información	23
3.3 Cronograma de actividades	24
Capítulo 4. Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería	25
Capítulo 5. Conclusiones y recomendaciones	47
Referencias	49
Anexos	53

Nombre del cuadro	Número de cuadro	Referencia	Página
Modelo de la teoría de enfermería sobre el Déficit de autocuidado	1	Francisco del Rey C, Benavent MA, Ferrer E. El modelo teórico de Dorothea E. Orem. p. 313–325.	8
Teoría del Autocuidado	2	Francisco del Rey C, Benavent MA, Ferrer E. El modelo teórico de Dorothea E. Orem. p. 328–339.	10
Teoría del Déficit del Autocuidado	3	Francisco del Rey C, Benavent MA, Ferrer E. El modelo teórico de Dorothea E. Orem. p. 339–350.	12
Teoría del Sistema de Enfermería	4	Francisco del Rey C, Benavent MA, Ferrer E. El modelo teórico de Dorothea E. Orem. p. 350–355.	14
Proceso de Atención de Enfermería modelo Orem	5	Francisco del Rey C, Benavent MA, Ferrer E. El modelo teórico de Dorothea E. Orem. p. 356–383	16

Introducción

El presente estudio de caso se desarrolla como herramienta metodológica útil para el alumno de posgrado, favorece el análisis y reflexión en la gestión de las intervenciones especializadas, describe la relación que se genera entre la enfermera, el cuidado y la persona embarazada, el objetivo de esta relación es la promoción de la salud, el aumento del bienestar y la calidad de vida para favorecer su empoderamiento y participación en el proceso de la gestación, así como la disminución de riesgos para la salud del binomio.

La restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) es la insuficiente expresión del potencial genético de crecimiento fetal, también llamado crecimiento intrauterino restringido, el 50 % de las muertes de recién nacidos pretérminos son a causa de una restricción del crecimiento intrauterino y el 20 % de nacimientos a término, algunas de las morbilidades neonatales que presentan son asfixia, acidosis, convulsiones, apneas, hipotermia, policitemia, mayor ingreso a la unidad de cuidados intensivos y enterocolitis necrotizante. Este estudio de caso se sustenta en la Teoría General de Déficit de Autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem y sus tres subteorías. La teoría del déficit de autocuidado favorece el análisis y la interpretación del objeto de estudio de la enfermería, aportando una perspectiva disciplinar exclusiva, para comprender el proceso salud- embarazo-enfermedad, a través de elementos cruciales como son las 3 subteorías. Para la elaboración del estudio de caso se hizo una búsqueda en bases de datos, que sustentaron el desarrollo de este trabajo.

El proceso de atención de enfermería sigue siendo el método de elección para identificar los problemas y respuestas humanas que se generan durante la etapa del embarazo.

Durante la etapa del embarazo desarrollar la agencia de autocuidado a través de una intervención educativa es esencial para favorecer el desarrollo, bienestar y disminuir los factores de riesgo.

Objetivos

General

Describir el desarrollo del cuidado especializado de enfermería a través de la metodología del estudio de caso como herramienta para analizar los aspectos que se involucran en la relación persona-cuidado-enfermería, a través de una intervención educativa a una mujer en la etapa del embarazo con 34.6 SDG y diagnóstico médico de restricción del crecimiento intrauterino, utilizando la perspectiva teórica de Dorothea Elizabeth Orem.

Específicos

- Recabar e interpretar información mediante un instrumento de valoración a una mujer embarazada de 34.6 semanas.
- Calcular la demanda de autocuidado y el déficit de los requisitos de autocuidado universales, sus capacidades y limitaciones.
- Determinar el grado de desarrollo de la agencia de autocuidado y la operatividad.
- Calcular el déficit de autocuidado real o potencial mediante la demanda de autocuidado terapéutico.
- Determinar el sistema de enfermería para desarrollar una intervención educativa como método de ayuda.
- Desarrollar la agencia de autocuidado a través del método de ayuda enseñar a otro potenciando el desarrollo de conocimientos, habilidades y sistemas de autocuidado eficaces.
- Identificar oportunamente datos que siguieran la pérdida del bienestar materno y fetal.
- Evaluar mediante el control de casos si la demanda de autocuidado ha sido cubierta por la intervención educativa y las intervenciones especializadas de enfermería.

Capítulo 1. Fundamentación

En el año 2015, murieron aproximadamente 303 000 mujeres y niñas adolescentes por complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto; éste mismo año, se registraron 2,6 millones de muertes intrauterinas. El 60 % (1,46 millones) de las muertes fetales ocurrieron durante el período prenatal y se debieron principalmente a infecciones maternas no tratadas, hipertensión y crecimiento fetal deficiente¹.

La OMS define la educación para la salud como el conjunto de actividades educativas diseñadas para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar conocimientos, actitudes y habilidades que promuevan la salud², se utilizan múltiples tipos de intervenciones educativas para el desarrollo de estas; se persigue fundamentalmente la integración y participación del propio interesado en el proceso de su salud, fomentando en todo momento la toma de decisiones propias y la involucración en su propia salud, de tal manera que los profesionales sanitarios son los facilitadores de información.

La especialidad de enfermería perinatal desarrolla estrategias educativas mediante técnicas de participación para que la mujer desarrolle habilidades que se vean reflejadas en su autocuidado, estas estrategias además buscan incidir en el estilo de vida y a largo plazo contribuir a la disminución de la tasa de morbi-mortalidad perinatal, poniendo mayor énfasis en medidas de promoción a la salud y prevención de riesgos.

Para el presente estudio se realizó una búsqueda en diversas bases de datos como Redalyc, Pubmed, Enferteca, Elsevier, Google académico y la Biblioteca Digital de Universidad Autónoma de México en la cual se asignaron los descriptores Mesh y DeCs de palabras clave para la búsqueda de información, se obtuvieron 276 resultados de los cuales se fueron descartando por la falta de características que se apegaban al tema, incluyendo sólo 7 Bibliografías que por su pertinencia y relevancia sustentan el presente trabajo desarrollando estrategias de promoción a la salud durante el embarazo mediante diferentes intervenciones educativas.

Capítulo 2. Marco Teórico

2.1 Marco conceptual

Para el desarrollo del estudio de caso se utilizaron conectores booleanos para facilitar su búsqueda, las palabras claves fueron: Intervención educativa, intervenciones de enfermería, restricción de crecimiento intrauterino.

La intervención educativa es una herramienta que posibilita la transmisión de conocimientos donde existe un sujeto agente (educando-educador) existe el lenguaje propositivo (se realiza una acción para lograr algo), se actúa en orden a lograr un, acontecimiento futuro (la meta) y los acontecimientos se vinculan intencionalmente³.

La intervención educativa es la acción intencional para la realización de acciones que conducen al logro del desarrollo integral del educando.

Las intervenciones de educación para la salud individual o grupal habitualmente suelen llevarse a cabo desde los servicios y entidades sociales su objetivo fundamental es aprender contenidos de salud y en tan corto tiempo suele bastar con manejar adecuadamente las técnicas centradas en el aprendizaje de contenidos, desde un rol de ayuda⁴.

Existen múltiples clasificaciones de métodos o técnicas educativas dirigidas al aprendizaje de los contenidos: Bidireccionales (diálogo, grupo), Unidireccionales (folletos, cartas, radio, vídeo) Directos (diálogo y consejo educativo, clase o aula, charla, discusión en grupo) e Indirectos (Visuales: carteles, vallas, folletos, cartas circulares, prensa, internet)⁴.

La Restricción del Crecimiento Fetal Intrauterino (RCIU) constituye una de las principales complicaciones del embarazo, asociándose con un mayor riesgo de morbimortalidad perinatal, asimismo se asocia a efectos negativos a largo plazo que se extienden hasta la vida adulta⁵. El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos ha optado por definir RCIU como "Un feto con un peso estimado por debajo del décimo percentil para la edad gestacional", porque la mortalidad y la morbilidad perinatal aumentan cuando el peso al nacer es inferior a este percentil⁶.

2.2 Marco empírico

Para la selección de bibliografía que sustenta este estudio de caso se realizó un análisis de los documentos que por su relevancia y pertinencia aportan la evidencia científica para el desarrollo del estudio de caso a una mujer embarazada con restricción de crecimiento intrauterino desarrollando una intervención educativa dentro de los cuidados especializados de enfermería.

Cárdenas en el 2016 desarrollo su tesis sobre “Estrategias de intervención para una maternidad responsable en mujeres gestantes del centro de salud urbano de Cayambe, período julio – diciembre 2015”⁷ donde afirma en su investigación que las estrategias de intervención educativa contribuyen a mejorar estilos de vida de las mujeres gestantes, no solo a ellas sino también influye en sus familiares, reafirmando roles y mejorando la adaptación del nuevo estado fisiológico de la mujer.

Ramírez en su estudio de caso “Mujer Embarazada con 29.4 semanas de gestación con Déficit del autocuidado en los requisitos universales de la Teoría de Dorothea E. Orem”⁸ en el año 2016 concluye que las estrategias educativas del especialista perinatal son herramientas fundamentales para generar capacidades y habilidades del autocuidado durante el embarazo, parto y puerperio.

Toapanta desarrollo una tesis con el título de “Estrategias para disminuir la influencia de los factores de riesgo con el Retardo del crecimiento intrauterino, en mujeres gestantes atendidas en servicio de gineco- obstetricia en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro de la Ciudad de Guaranda”⁹ en el año 2015 donde su investigación permite reconocer los programas de educación continua como estrategias que favorecen a la población de riesgo , a fin de concientizar a los profesionales y las autoridades gubernamentales sobre la importancia que las mujeres con restricción de crecimiento intrauterino se encuentren informadas.

Dorynn en el año 2015 describe en su trabajo final de grado “La Educación para la Maternidad y Paternidad desde la Enfermería”¹⁰ donde establece estrategias que el personal de enfermería deberá desarrollar en la atención de la embarazada, trazando contenidos educativos en relación con los requerimientos de la población y ajustando el desarrollo de estos a los nuevos modelos de familia.

Maza Sánchez y Mejía López en su tesis “Intervención del profesional de Enfermería en la educación de madres adolescente en el control prenatal, para la prevención de nacimientos de niños prematuros, en la consulta externa de la maternidad Sotomayor 2014”¹¹ describe el papel del profesional de enfermería en asistir y apoyar en la educación de las madres adolescentes, pues esto aumenta la asistencia al control prenatal.

En el 2012 Medina Barragán¹² entre otros autores desarrollaron un estudio cuantitativo de tipo pre-experimental en donde implementaron una intervención educativa de enfermería para favorecer los conocimientos de autocuidado en el embarazo, en este estudio se resalta la efectividad de la intervención de enfermería utilizando el sistema de apoyo educativo como herramienta para fortalecer acciones de autocuidado en la gestante.

Así los autores desarrollan estrategias como programas de educación continua, acompañamiento, sesiones de educación maternal, charlas de afrontamiento positivo del embarazo, parto y puerperio, talleres de capacitación y desarrollo de habilidades con el objetivo de informar a la mujer embarazada a los cambios que está inmersa y la importancia de mantenerse informada durante el proceso gestacional, el nacimiento y el puerperio influyendo de manera positiva para lograr cambios de actitud y comportamientos que promuevan y conserven un óptimo estado de salud del binomio, generando un impacto sobre tasas de morbi-mortalidad en la salud materna y perinatal, reconociendo su propio estado de salud.

2.3 Teoría o modelo de Enfermería aplicado al estudio de caso

La Teoría de Enfermería sobre el Déficit de Autocuidado (Orem)

El modelo de Orem es una propuesta universal que se puede utilizar en todos los lugares y los medios, en el campo asistencial siempre que existan personas con problemas reales o potenciales de déficit del autocuidado, en la docencia enfermera tanto en la formación de pregrado como posgrado, se ha utilizado como marco en diferentes trabajos de investigación demostrando su validez a la aplicación en la práctica ; igualmente se utiliza como referente para la organización y gestión de los cuidados enfermeros.

La disciplina enfermera se caracteriza por la forma particular de representar los fenómenos nucleares que orientan las construcciones teóricas: cuidado, persona, salud y entorno; estos conceptos integran el metaparadigma y los define de la siguiente manera.

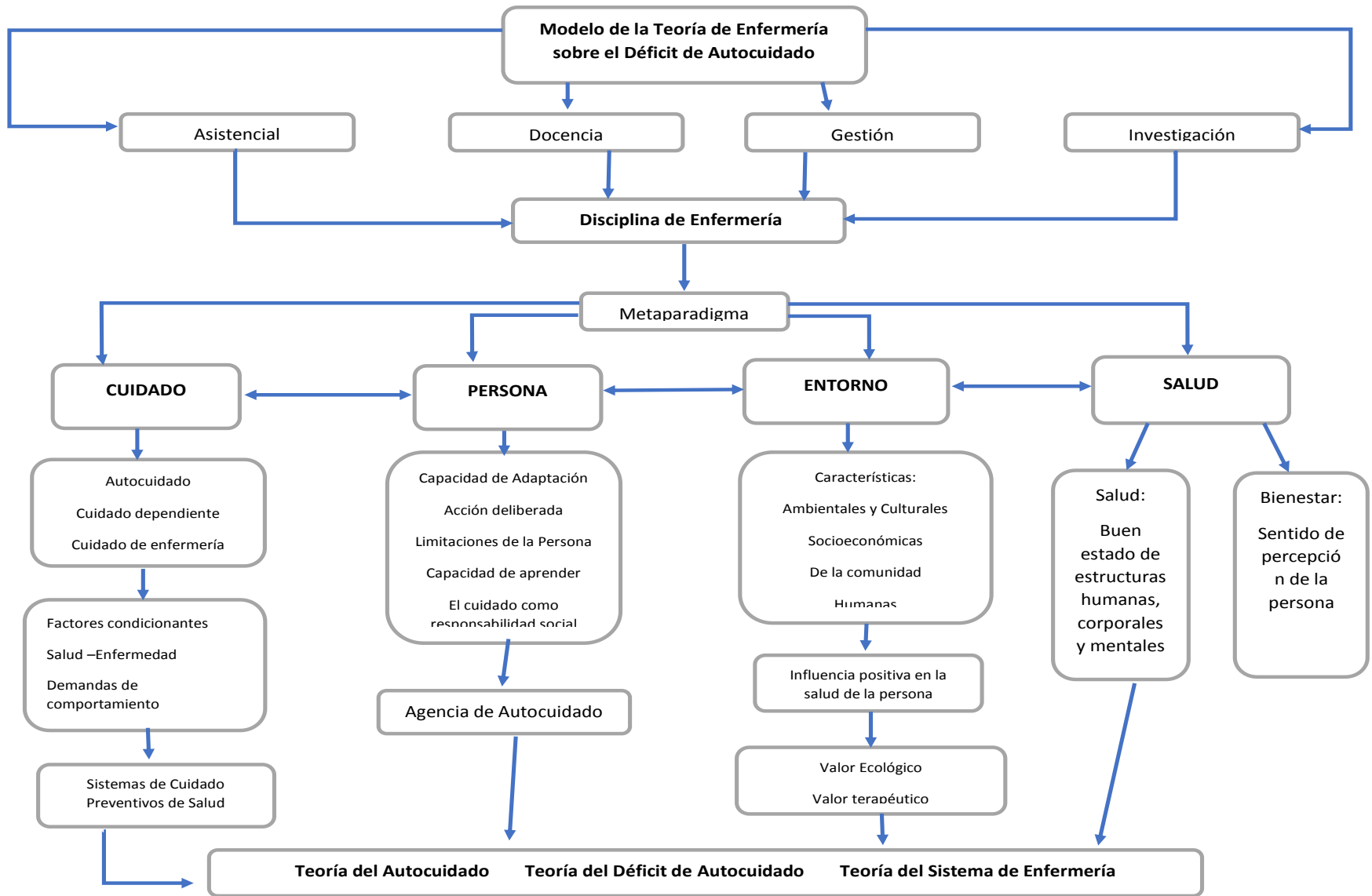
Cuidado: Acciones personales que se necesitan continuamente para regular el funcionamiento y el bienestar.

Persona: Intrínseca. Se concibe como un todo integrado que funciona biológica, simbólica y socialmente.

Entorno: Factores físicos, químicos, biológicos que influyen positiva o negativamente en la satisfacción de los requisitos de autocuidado.

Salud: Estado de constante cambio, incluyen aspectos de la persona como: forma de vida mental, vida biológica y vida social.¹³

Cada conceptualización integra elementos específicos, estos a su vez se integran para dar paso a la Teoría de Enfermería del Déficit del Autocuidado y sus tres subteorías. (ver el cuadro No. 1)



Cuadro No.1 Elaboró: LEO. Elizabeth Sánchez Romero
Referencia: Francisco del Rey C, Benavent MA, Ferrer E.
El modelo teórico de Dorothea E. Orem. p. 313–325.

Teoría de Autocuidado (*teoría básica*)

En esta teoría se explica por qué las personas necesitan llevar a cabo acciones intencionadas y organizadas, relacionadas con su salud, para asegurar la promoción y el mantenimiento de la vida, el desarrollo humano y la regulación de las situaciones que suponen un obstáculo para la supervivencia.

En esta teoría la persona y el entorno representan una unidad que se caracteriza por el intercambio y las influencias mutuas, conceptualiza el autocuidado. cuidado dependiente y cuidado de enfermería.

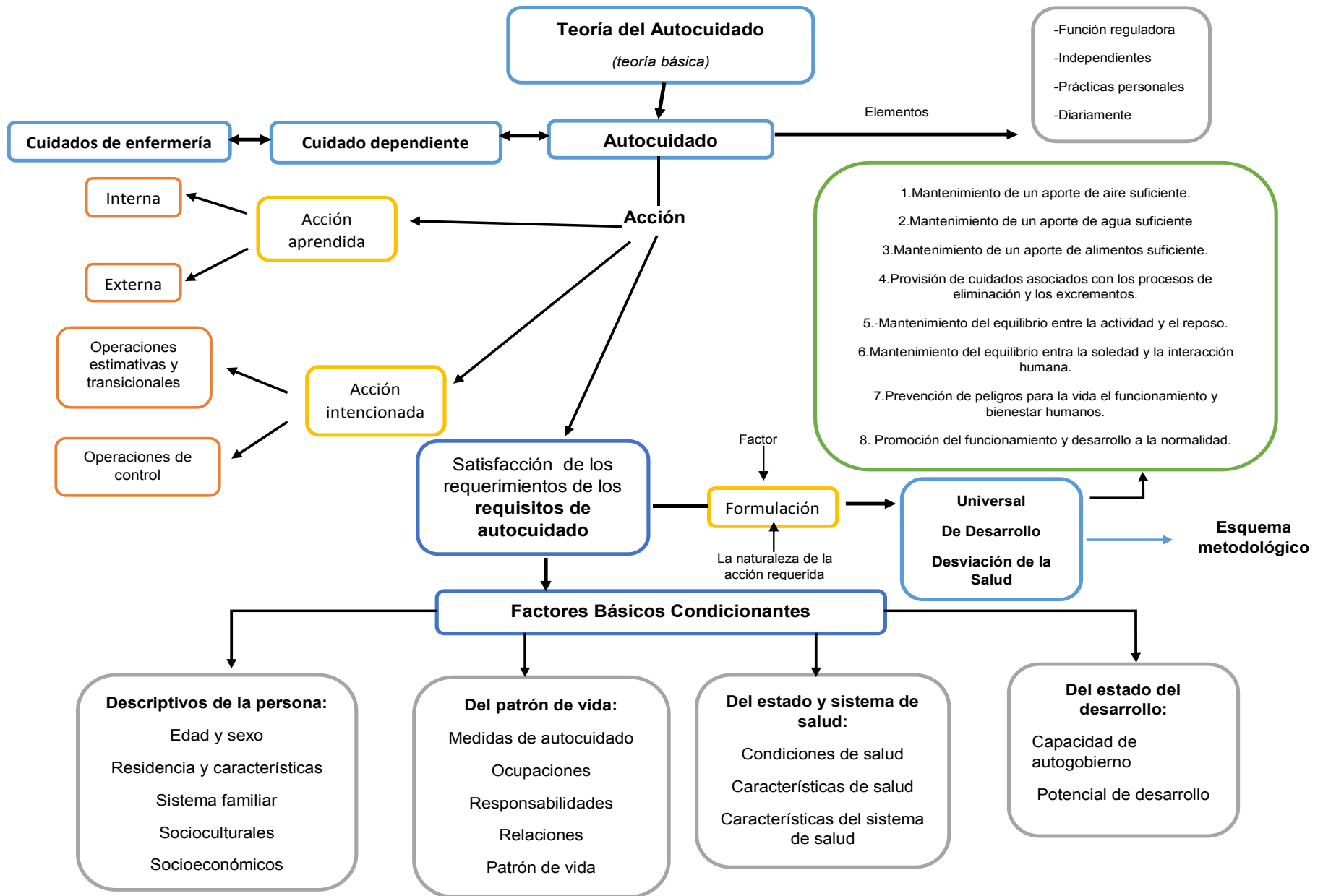
Autocuidado: Se refiere a la totalidad de actividades personales que tiene como finalidad mantener la vida, la salud y desarrollo de manera normal.

Cuidado dependiente: Práctica de actividades que personas responsables y maduras o en proceso de maduración inician y ejecutan en beneficio de personas socialmente dependientes.

Cuidados de enfermería: Son los cuidados profesionalizados ofrecidos por enfermeras. La interrelación que se establece y la forma en la que la persona responde a los requerimientos de autocuidado universal, del desarrollo y de desviación de la salud influyen en su salud, así como los factores básicos condicionantes, descriptivos de la persona, del patrón de vida, del estado y sistema de salud y del estado de desarrollo. (ver cuadro No. 2)

Requisitos de autocuidado: Se refieren a la reflexión formulada y expresada sobre acciones a realizar, son necesarias en la regulación de uno o más aspectos del funcionamiento y desarrollo humano.

Factores Básicos Condicionantes: Son condiciones internas y externas de la persona que afectan la cantidad y calidad de los cuidados que requiere una persona y, por otra parte, a las manifestaciones de los requerimientos y a la capacidad para el autocuidado.¹³



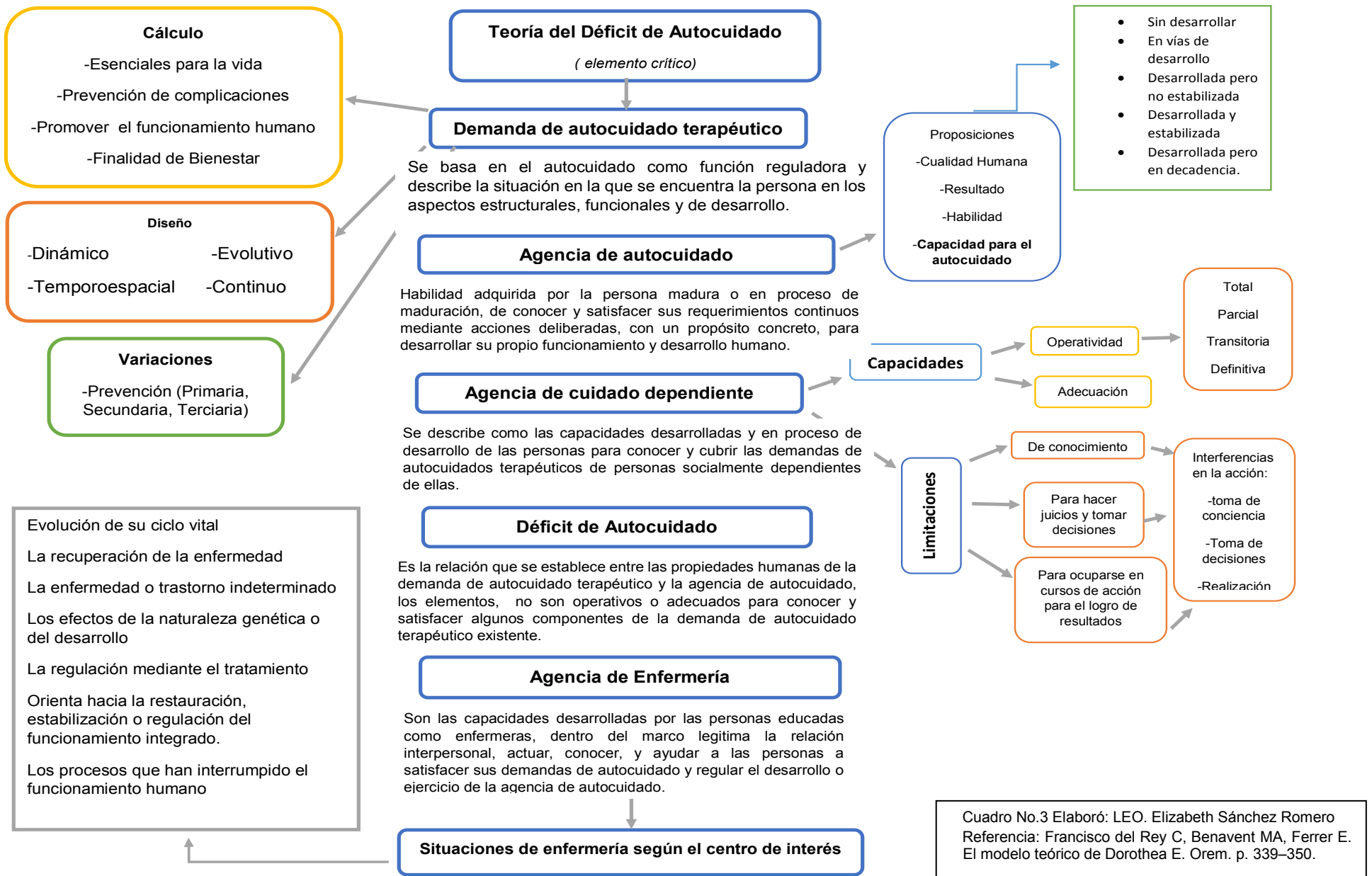
Teoría del Déficit de Autocuidado (*elemento crítico*)

Esta teoría establece que las personas están sujetas a limitaciones relacionadas derivadas de su salud que les incapacita para el autocuidado continuo cuando la demanda de acción para el autocuidado es mayor que la capacidad de la persona para actuar.

Capacidades de autocuidado: Son las habilidades desarrolladas por la agencia de autocuidado de las personas para realizar de manera efectiva, dentro del marco temporal, adecuado, la investigación, juicio y toma de decisiones.

Limitaciones de autocuidado: Conjunto de influencias humanas y ambientales restrictivas, dentro de los marcos temporales, para el desempeño personal de la investigación, juicio, toma de decisiones y producción de operaciones de autocuidado.

El desarrollo de esta teoría describe y concreta el objeto exacto del cuidado de enfermería, ofrece las explicaciones sobre elementos que hay que utilizar para identificar cuándo y por qué causas una persona, un grupo o comunidad, necesitan ser ayudados, identificando la demanda de autocuidado terapéutico, trabajando con la agencia de autocuidado a través de la agencia de enfermería.¹³ (ver cuadro No. 3)



Teoría del Sistema de Cuidado Enfermeros (*componente operativo*)

Esta teoría explica en que consiste el cuidado enfermero, describe como utilizar el conocimiento enfermero y el modo de llevar acabo los cuidados para ayudar a las personas que necesitan de atención de enfermería.

Los sistemas de enfermería describen lo que deben ser las acciones, se identifican tres tipos:

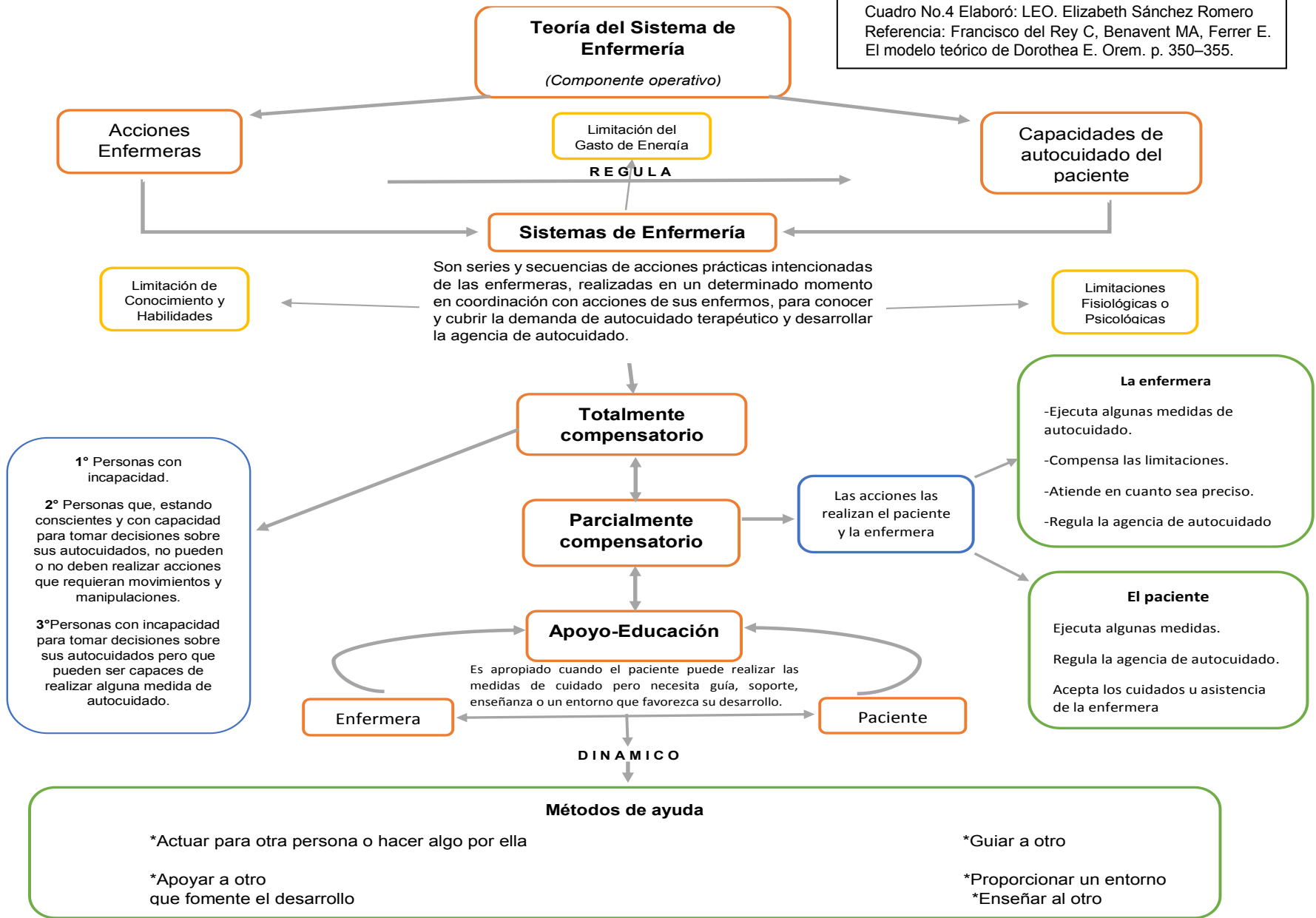
Sistemas de enfermería totalmente compensatorios: La enfermera actúa en lugar del enfermo tomando las decisiones más adecuadas para él y ejecutando del autocuidado.

Sistemas de enfermería parcialmente compensatorios: La enfermera sustituye las limitaciones del enfermo y éste acepta la ayuda de la enfermera ejecutando algunas acciones de autocuidado.

Sistemas de apoyo-educación: Sistema apropiado cuando el paciente puede realizar las medidas de cuidado que necesita guía, soporte, enseñanzas o un entorno que favorezca su desarrollo.

Cada sistema de enfermería describe las responsabilidades enfermeras, el papel de la enfermera y del paciente, las relaciones entre ambos y las acciones necesarias para desarrollar la agencia de autocuidado o agencia de cuidado dependiente y satisfacer la demanda de autocuidado terapéutico.¹³ (ver cuadro No. 4)

Cuadro No.4 Elaboró: LEO. Elizabeth Sánchez Romero
Referencia: Francisco del Rey C, Benavent MA, Ferrer E.
El modelo teórico de Dorothea E. Orem. p. 350-355.



Proceso de atención de Enfermería según el modelo de Orem

Orem denomina las etapas del proceso de cuidados de manera particular, y, en cada una de las fases cobran sentido los distintos elementos teóricos de su modelo.

Operaciones de diagnóstico: establece la naturaleza y causas de las demandas de autocuidado terapéutico y el estado de desarrollo, operatividad y adecuación de la agencia de autocuidado de la persona.

Operaciones de prescripción: emitir juicios sobre lo que puede o debe hacerse para satisfacer la demanda de autocuidado y para regular la agencia de autocuidado.

Diseño para las operaciones de regulación: en esta etapa se concretan y especifican las operaciones de prescripción descritas en la etapa anterior; las acciones de cuidados que son necesarias y quienes van a realizarlas.

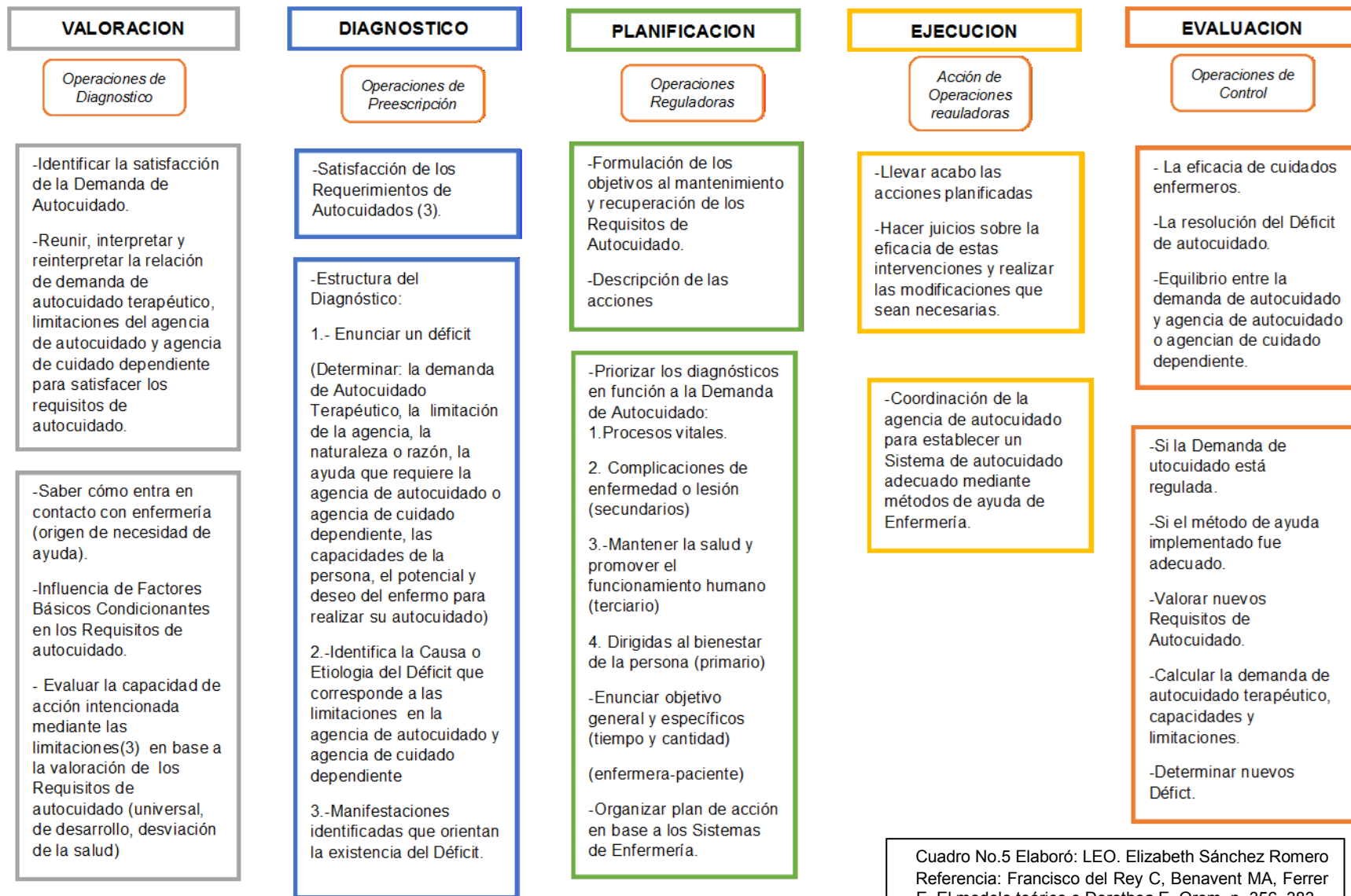
Planificación para las operaciones reguladoras: se trata de formular los objetivos dirigidos al mantenimiento y/o recuperación de la satisfacción de los requerimientos de autocuidado.

Cuidados de regulación: consiste en llevar acabo las acciones planificadas como operaciones de regulación de los requerimientos de autocuidado.

Operaciones de control: consiste en comprobar la eficacia de los cuidados enfermeros, la resolución del déficit de autocuidado y el establecimiento del equilibrio entre la demanda de autocuidado y la agencia del mismo.

Se trata de integrar los elementos descritos por Orem en su modelo, constituidos por cinco etapas del proceso de atención de enfermería como estructura metodológica.¹³ (ver cuadro No. 5)

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
CON LA APLICACIÓN DEL MODELO OREM**



Cuadro No.5 Elaboró: LEO. Elizabeth Sánchez Romero
Referencia: Francisco del Rey C, Benavent MA, Ferrer E. El modelo teórico e Dorothea E. Orem. p. 356-383.

2.4 Daños a la salud

Restricción de crecimiento intrauterino

Se define como Restricción de Crecimiento Fetal (RCF) o Restricción del Crecimiento Intrauterino (RCIU) la condición por la cual un feto no expresa su potencialidad genética de crecimiento. Este potencial de crecimiento varía fisiológicamente de acuerdo a las características maternas como peso, talla, origen étnico, paridad, condición nutricional, además se ve afectado por otro tipo de factores como consumo de cigarrillo, trastornos hipertensivos, diabetes, y otras patologías maternas, como también la prematuridad.¹⁴

Se consideran fetos con RCIU los que presentan los siguientes parámetros:

- Crecimiento del feto por debajo del percentil 10 para la edad gestacional, acompañado de signos de compromiso fetal (anormalidades de la circulación feto-placentaria identificadas por Doppler)
- Peso menor al percentil 3 para la edad gestacional. Los fetos pequeños para la edad gestacional son aquellos cuyo peso se encuentra entre los percentiles 3 10, con una valoración anatómica dentro de límites normales, pruebas de bienestar fetal satisfactorias y persistencia del crecimiento dentro de los mismos percentiles durante la gestación.¹⁵

¿Cómo identificar un verdadero RCIU?

- Peso Fetal Estimado (PFE) < P 3 o
- PFE entre P3 y P10 con
 - Doppler Umb alterado (>P95) o
 - Doppler ACM alterado (<P5) o
 - ICP (Índice Cerebro Placentario) alterado (<P5) 0
 - Doppler Uterinas IP aumentado (>P95).

Relevancia

Su detección reduce 5 veces la mortalidad y morbilidad perinatal.

Clasificación de la Restricción del Crecimiento Intrauterino

De acuerdo con el tiempo de aparición del cuadro, se divide la RCIU en precoz y tardía, usando como límite las 34 semanas. Esta clasificación actual va a permitir un seguimiento

CIR PRECOZ < 34 SEMANAS	CIR TARDÍO > 34 SEMANAS
Incidencia baja (<0,5%)	Incidencia elevada (>5%)
Grado insuficiencia placentaria alto	Grado insuficiencia placentaria bajo
Hipoxia franca: genera adaptación cardiovascular	Hipoxia sutil: no hay adaptación cardiovascular
Tolerancia fetal a la hipoxia alta, con deterioro progresivo antes de la muerte	Tolerancia fetal a la hipoxia baja, ausencia de secuencia clara habitualmente
Resultados perinatales malos o muy malos. Alta mortalidad y morbilidad neurológica franca	Resultados perinatales malos en menor proporción. Menor mortalidad y morbilidad neurológica más sutil
Detección fácil: signos y secuencia Doppler relativamente constantes	Detección difícil (<50%) signos más sutiles y secuencia inconstante
Manejo fácil: secuencia constante de deterioro cardiovascular que permite predecir la muerte	Manejo difícil: sin signos de deterioro cardiovascular, debe utilizarse el doppler para cambios cerebrales

y toma de decisiones ¹⁶

Imagen 1. Referencia 16. Clasificación actual de la Restricción de crecimiento intrauterino según la aparición de las semanas de gestación

Etiología

En general podemos dividir las causas de RCIU en factores maternos, fetales y placentarios.

Factores maternos

Trastornos hipertensivos: Se presentan hasta en un 30-40% de los embarazos complicados con RCIU. La preeclampsia y la hipertensión crónica complicada con preeclampsia se han asociado con un aumento hasta de 4 veces el riesgo de obtener fetos pequeños para la edad gestacional.

Trastornos autoinmunes: Principalmente aquellos en los que hay compromiso vascular como el síndrome de anticuerpos antifosfolípidos (24%) y el lupus eritematoso sistémico.

Trombofilias: La más estudiada ha sido el pomorfismo relacionado con el Factor V de Leiden.

Estilo de vida: El consumo de sustancias psicoactivas, el consumo de cigarrillo, alcohol y cocaína.

Trastornos del ánimo: Se ha estudiado la asociación entre depresión materna y RCIU concluyendo a favor del aumento del riesgo de RCIU, variando el efecto en función del grado de depresión, el estado socioeconómico, del diagnóstico y tratamiento de la depresión antes del embarazo.

Fármacos: Están incluidos los medicamentos antineoplásicos, anticonvulsivantes (fenitoína), beta bloqueadores (especialmente atenolol) y esteroides (corticoides).

Desnutrición: Dependiendo de la severidad de la deprivación de nutrientes en la madre y del trimestre en que se presente serán los resultados sobre el crecimiento fetal.

Factores fetales

Aneuploidías: Aproximadamente el 7% de los casos de RCIU se han asociado con aneuploidías. El 90% de los fetos con trisomía 18 cursan con restricción del crecimiento, comparado con el 30% de aquellos con trisomía 21. La aparición temprana de restricción del crecimiento, se ha relacionado con trisomía 18 y 13.

Malformaciones: Más del 22% de los recién nacidos con malformaciones congénitas cursan con RCIU. El riesgo aumenta desde el 20% cuando se presentan 2 defectos, hasta el 60% en quienes presentan 9 o más defectos.

Las malformaciones que más se encuentran relacionadas con RCIU son: cardíacas (tetralogía de Fallot, corazón izquierdo hipoplásico, estenosis pulmonar y defectos del septo ventricular), anencefalia y defectos de la pared abdominal.

Infección perinatal: Contribuyen con aproximadamente 5 a 10% de los casos cuando se trata de infecciones intrauterinas de origen viral (rubéola, citomegalovirus, VIH, varicela zoster) y de protozoarios (malaria, toxoplasmosis).

La infección e inflamación subclínica (coriamnionitis diagnosticada por histología) puede llevar al resultado de restricción del crecimiento en el feto, así como la infección extragenital y la periodontal.

Prematuridad: Gardosi y Bukowski y cols han encontrado la asociación entre parto prematuro y RCIU que aproximadamente el 30% de los fetos que nacían antes de las 35 semanas de gestación tenían peso por debajo del percentil 10 comparado con el 4,5% de aquellos fetos nacidos a las 37 semanas o más.

Gestaciones múltiples: Aproximadamente hasta la semana 32 de gestación las curvas de crecimiento fetal se mantienen similares en embarazo simples y múltiples, posteriormente los fetos de embarazos múltiples muestran tendencia a la restricción del crecimiento y depende de la corionicidad (20% en bicoriales, 30% en monocoriales).

Factores placentarios

Las principales entidades asociadas a RCIU son placenta previa, infartos placentarios, vasculitis, arteria umbilical única, placenta circunvalada, inserción velamentosa del cordón, tumores placentarios, angiogénesis aberrante.¹⁷

Diagnóstico

1. Datar la gestación: estrechar relación entre FUM y 1º ecografía. El cálculo de la edad gestacional con aplicaciones electrónicas se asocia a un menor margen de error que usando los gestogramas clásicos.

2- Cálculo de peso fetal con fórmula Hadlock (PA, DBP, LF, PC).

3- Cálculo del percentil de crecimiento: después de estimar el peso fetal y conociendo la edad gestacional se calcula el percentil de crecimiento.

Al comparar los valores obtenidos del peso fetal por ultrasonido con las curvas de Hadlock, se asignan los percentiles correspondientes a cada medición.

Para el diagnóstico se utiliza como punto de corte un PFE por debajo del P10, aunque resulta prudente un seguimiento en aquellos fetos cuyo PFE no llega a ser menor al P10 pero si su PA.¹⁶

Tratamiento

Ninguno actualmente. El objetivo es determinar el momento oportuno de nacimiento. En menores de 30 semanas por cada día ganado en útero aumenta el 1% la supervivencia.

Conducta

Como primer paso se debe diferenciar RCIU de PEG.

- PEG: Pequeño sin patología: PFE entre P3 y P10, doppler normal.

Seguimiento: Biometría y Doppler cada 2 semanas, finalización al término (38-40 semanas) y vía de nacimiento según condición obstétrica.

- RCIU: pequeño con patología placentaria: <P3 o entre P3-P10 con Doppler anormal (Ut o ACM o Umb o ICP).

Su conducta va a depender según el estadio, dependiendo del deterioro Doppler: según clasificación de Figueras (Estadios I-IV):

RCIU Estadio I

- Doppler Fetal Normal o
- Umbilical con IP aumentado o
- ICP < P5 o ACM vasodilatada

Si presenta:

Doppler fetal normal/Umbilical con IP aumentado/ICP <P5

- Doppler semanal
- Finalización: 37 semanas
- Tipo de parto: según condición obstétrica
- ACM vasodilatada
- Doppler cada 3-4 días
- Considerar finalización: 34 - 37 semanas
- Tipo de parto: Cesárea (50% Sufrimiento Fetal Agudo)

RCIU Estadio II AU fin de diástole ausente o IA o reverso

- Ingreso hospitalario
- Maduración Pulmonar
- Doppler cada 72 hs
- Finalización 34 semanas
- Vía: Cesárea

RCIU Estadio III

- Ingreso hospitalario
- Maduración Pulmonar
- Neuroprotección con Sulfato de Mg
- Doppler cada 24-48 hs
- Finalización a las 30 semanas
- Vía: Cesárea

RCIU Estadio IV

Flujo Diastólico Reverso en AU Ductus venoso IP > P95

Ductus venoso onda a reversa

- Finalización 26-28 semanas.

- En menores de 26-27 semanas, evaluar fecha de finalización, maduración pulmonar y neuroprotección según cada caso en particular junto a paciente y familia.¹⁶

Capítulo 3. Metodología

3.1 Estrategia de investigación. Estudio de caso

El estudio de caso es una herramienta valiosa de la investigación cuya fuente radica en una evaluación del estado de salud, la cual, se puede definir como “un proceso continuo y dinámico, caracterizado por diferentes momentos y niveles de profundización; incluye obtención de datos, análisis, identificación de problemas y potencialidades de la persona para poder realizar acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades y recuperación de la salud. La relación de cuidado es considerada como un proceso de atención integral que incluye los aspectos físicos, emocionales, comunicativos y espirituales que se sustentan en la individualidad de los cuidados ¹⁷

3.2 Selección del caso y fuentes de información

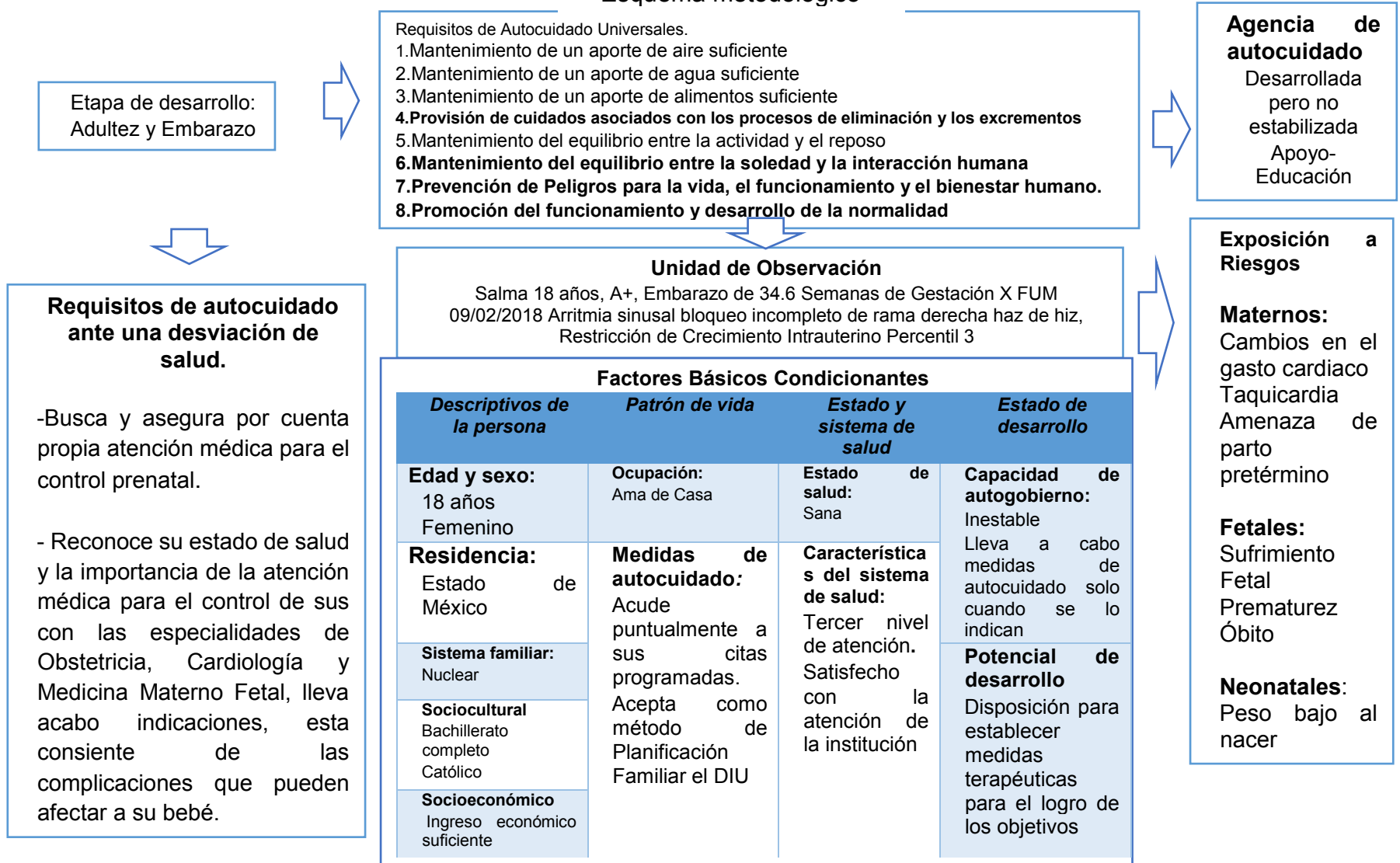
El estudio de caso se realizó a una mujer adulta embarazada en el Departamento de Medicina Materno Fetal del Instituto Nacional de Perinatología en donde se otorgó para fines académicos un consentimiento informado mencionando su anonimato se aplicó un instrumento de valoración perinatal, donde se cumplió con el decálogo del código de ética para enfermeras y enfermeros de México, se identificó la demanda de autocuidado, se jerarquizaron los requisitos universales de autocuidado; se llevó a cabo una búsqueda de información en diversas bases de datos para el desarrollo de las intervenciones, se utilizaron infografías en base al tratamiento regulador y se evaluó la demanda de autocuidado terapéutico mediante control de casos y se realizó dos valoraciones focalizadas evaluando la evolución y conclusión del embarazo, por último se realiza un plan de alta con el apoyo de la nomenclatura CUIDARME para integrar de forma holística los cuidados que permitan desarrollar una participación activa de la mujer en su autocuidado.

3.3 Cronograma de actividades

Selección de la paciente y firma de consentimiento informado	12 de Octubre del 2018
Aplicación del instrumento de valoración de Enfermería Perinatal según los requisitos de D.Orem	12 de Octubre del 2018
Análisis del instrumento de valoración y jerarquización de problemas	15 de Octubre del 2018
Búsqueda sistematizada de información	18 de Octubre del 2018
Elaboración de cuadros de diagnóstico e infografías. Revisión de estudio de caso por coordinadora de posgrado	22 de Octubre del 2018
Primera valoración focalizada	26 de Octubre del 2018
Elaboración de marco teórico	29- Octubre del 2018
Segunda valoración focalizada	8 de Noviembre del 2018
Segunda revisión de estudio de caso por la coordinadora de posgrado	20 de noviembre del 2018
Tercera valoración focalizada	4 de Diciembre del 2018
Entrega de plan de alta y entrega de trabajo final	14 de Diciembre del 2018

Capítulo 4. Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería

Esquema metodológico



Análisis de la valoración

Fecha: 12/10/2018	Servicio: Departamento de Medicina Materno Fetal	Elaboro: L.E.O Elizabeth Sánchez Romero
-------------------	--	---

1. Factores Básicos Condicionantes Descriptivos

Nombre: M.S.S.D	Edad: 18 años	Grupo y Rh: A+
Estado civil: Unión libre	Peso inicial: 49 kilos	Peso actual: 62 kilos
Diagnóstico médico: Embarazo de 34.6 semanas por FUM 09-02-2018, Arritmia sinusal bloqueo incompleto de rama derecha haz de hiz, Restricción de Crecimiento Intrauterino Percetil 3		

Factores ambientales

Vive en área urbana, rentada con paredes de cemento, techo de cemento y piso de loseta, cuenta con 8 a 10 focos y 5 ventanas, cuenta con agua potable, luz, drenaje, teléfono, alumbrado público, pavimentación de calles, recolección de basura, convive con un perro desde hace 4 años vacunado.

1.1 Factores del sistema familiar

Familia integrada y extensa, habitan 5 personas, el rol que desempeña dentro de la familia es de hermana mayor, la persona responsable de ella es su mamá, su relación de con su pareja es buena, refiere estar bien con él y tener buena comunicación.

1.2 Factores socioculturales y socioeconómicos

Nacida en la Ciudad de México, residente de la Ciudad de México, Bachillerato completo, se dedica al hogar, religión católica, soltera, ingreso socioeconómico insuficiente.

1.3 Factores del patrón de vida

Las actividades que realiza son: quehacer del hogar, asiste a talleres de manualidad dos veces a la semana, lee libros, refiere que su embarazo fue planeado y que es deseado

1.4 Factores del estado de salud y del sistema de salud

Ella es enviada a una institución de tercer nivel por el diagnóstico de arritmia sinusal bloqueo incompleto de rama derecha haz de hiz, durante sus consultas con el Departamento de Cardiología refiere su estado de salud actual sano, no toma ningún medicamento o presenta ningún síntoma que interfiera con la evolución del embarazo.

1.5 Factores básicos condicionantes del estado de desarrollo

Capacidad de autogobierno: La persona acude puntualmente a sus citas de control prenatal, así como los talleres que le asigna, reconoce la importancia de acudir a sus citas, refiere sentirse bien con el embarazo, nombra algunos síntomas de alarma del

embarazo y sabe que debe acudir inmediatamente al hospital en el momento en que se presente alguno, ella menciona que comenzó su control prenatal en centro de salud desde su tercer mes de embarazo y que llegó al Inper en el sexto mes por referirla para valoración de la cardiopatía, sin embargo en la actualidad reconoce y está satisfecha de la atención en la institución, se siente en confianza al llevar su control prenatal en dicha institución.

Factores negativos: Refiere que a pesar de conocer algunos cambios del embarazo, siente que le faltan muchos conocimientos por aprender, refiere que a veces no le entiende al médico y que le gustaría que le explicaran de una forma más sencilla.

Potencial de desarrollo: Su familia es su principal red de apoyo, la acompañan a todas las citas subsecuentes y están al pendiente de ella, a veces acude su mamá o papá, realiza preguntas acerca de las situaciones que tiene dudas, busca recibir información acerca del cuidado de su bebé y se muestra cooperadora.

2.Requisitos de autocuidado según la etapa de desarrollo

Etapa de Desarrollo: La etapa de desarrollo en la que se encuentra es joven más embarazo.

Agencia de autocuidado: Desarrollada pero no estabilizada

Antecedentes Ginecológicos	Antecedentes patológicos y no Patológicos	Embarazo actual
Menarca: 11 años Ciclo y Ritmo: 28 x7 días Inicio de vida sexual activa: 18 años Parejas sexuales: 1 Niega infecciones de transmisión sexual PAP: 1, resultado negativo No ha utilizado ningún método de planificación familiar	Niega alergias, cirugías, transfusiones	Primigesta FUM:09/02/2018 FPP: 16/11/2018 3 ultrasonidos para el 12 de Octubre.

3.Requisitos de autocuidado ante una desviación de salud

3.1 Desviación actual, Percepción de la desviación

Motivo de su consulta: cita subsecuente Medicina Materno Fetal

3.2 Mecanismos de adaptación

Nombra e identifica algunos datos de alarma y reconoce que al presentarse una situación de emergencia debe acudir al hospital de manera inmediata, está consciente de no realizar hábitos y actitudes que empeoren o pongan en riesgo su estado de salud.

Refiere que por ahora la situación que la estresa es el diagnóstico de su bebé, el cual le preocupa, pero ella menciona confiar en que todo saldrá bien.

3.3 Cumplimiento de los requisitos de autocuidado ante la desviación de la salud

-La persona busca y asegura ayuda médica y de enfermería oportuna, acude puntualmente a sus citas subsecuentes y en disposición para la atención.

Estudios de laboratorio y gabinete: 28-Agosto-2018

Bioquímica			
Urea	...	8 mg/dl	
BUN	.....	3.7 mg/dl	
Creatinina	.....	0.5mg/dl	
Bilirrubina Totales	.....	0.3 mg/dl	
Creatinina urinaria	.....	26.2 mg/dl	
Proteínas en orina en 24 horas	.....	285 mg/dl	
Curva de Tolerancia a la glucosa			
En ayuno	.....	76 mg/dl	
60 min	.....	101 mg/dl	
120 in	.....	102 mg/dl	
Hematología			
Hemoglobina	.....	13.1 g/dl	
Hematocrito	.....	40.6%	
Volumen globular medio	.....	92.4 fL	
Hemoglobina Globular media	.....	29.9 pg	
Concentración media de hemoglobina	.....	32.3 g/dl	
Leucocitos	.....	7.7. miles/mm3	
Plaquetas	.....	279 miles/mm3	
Urocultivo (-)		Cultivo Vaginal (-)	
Ultrasonografía			
<i>Extra Inper</i>	<i>EG por FUM</i>	<i>Fetometría semanas</i>	
15-Mayo-2018	13.4	12	12-October-2018 : Feto único vivo, presentación cefálica, situación longitudinal, dorso derecho, Fetometría promedio de 32 semanas, peso fetal estimado 1811 +/- 264 gramos, en Percentil 3 para edad y genero fetal, líquido amniótico cualitativamente normal, placenta izquierda posterior Grado I-II de Gannum. La Fetometría de hoy de 2 semanas con circunferencia abdominal de 3-4 semanas con diagnóstico de restricción de crecimiento intrauterino , hemodinamicamente normal, sin datos de distribución de flujo ni resistencia placentaria
06-Agosto-2018	25.3	24	
06-Septiembre-2018	29.6	29	
Cita en 1 semana para hemodinámica Cita en 2 semanas para hemodinámica y peso fetal 18-October-2018 Feto único vivo cefálico dorso anterior, líquido amniótico cualitativamente normal, placenta fundica Feto en percentil 3 para edad gestacional y genero con hemodinámica normal, sin datos de redistribución de flujo, ni resistencia placentaria, se realiza RTCG sin datos ominosos debido al diagnóstico fetal de RCIU no se beneficia paciente ni feto de llevar embarazo más allá de la semana 37 de gestación. Cita de seguimiento a crecimiento el 26.10.18			

4. Valoración de requisitos universales

4.1. Aspecto relacionado con la calidad y cantidad. Mantenimiento de un aporte suficiente de Aire.

La persona refiere dificultad respiratoria, y lo relaciona con el embarazo no utiliza ninguna técnica para mejorar la respiración.

4.1.1. Aspectos relacionados con la estructura y función

Tipo de respiración torácica, fosas nasales permeables, los campos pulmonares se encuentran sin presencia de ruidos agregados, visible red venosa de Haller, los movimientos del tórax son simétricos a la inspiración y espiración, llenado capilar 2 segundos.

Actualmente: sin dificultad respiratoria

4.2. Elementos relacionados con la calidad y cantidad. Mantenimiento de un Aporte suficiente de Agua.

Refiere tomar agua aproximadamente 3 litros en 24 horas, conoce la importancia de la cantidad de líquidos que debe de ingerir; ella considera que una de las complicaciones que originan el no tomar agua es la deshidratación, además menciona la importancia de tomar líquidos en relación con la lactancia materna

4.2.1 Aspectos relacionados con la estructura y función.

Mucosas orales hidratadas, palidez de tegumentos generalizada, no presenta edema.

Actualmente: Hidratada

4.3 Elementos relacionados con la calidad y cantidad. Mantenimiento de un Aporte suficiente de Alimentos.

Refiere realizar 3 comidas al día

Diario de comida realizada

	Horario	Alimentación
Desayuno	6:00	1 vaso de leche con chocolate y 1 rebanada de pan
Comida	16:00	1 Paquete de barritas
Cena	19:00	2 piezas de pollo frito, arroz y frijoles, 1 vaso de refresco 1 guayaba 3 tortillas
Colación	11:00 21:00	1 Torta (aguacate, queso, jamon, mayonesa) Agua natural de 600 ml 1 vaso de ponche

Le desagran los alimentos como piel de pollo, hígado, jitomate, cebolla y chayote, toma suplemento alimenticio 1 tableta diario, refiere problemas relacionados con la digestión

4.3.1 Elementos relacionados con la estructura y función.

Refiere tener apetito constantemente, tolera toda la comida y en ocasiones se siente muy llena, no presenta ninguna dificultad para la ingesta de alimentos.

Actualmente: Ultimo alimento 8:00 hrs.

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

Presenta evacuaciones espontáneas 1 vez al día de consistencia formada, refiere desde hace dos meses en ocasiones llega a consumir gerber de ciruela para lograr evacuar, refiere presencia de micciones espontaneas sin molestia 3 veces al día, de color amarillo claro.

4.4.1 Elementos relacionados con la estructura y función

Refiere gases rectales, actualmente refiere dificultad para evacuar y sensación de pesadez.

4.5 Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.

Actualmente no realiza ningún tipo de ejercicio físico menciona que, por el embarazo, si cuenta con tiempo libre camina diario 1 hora en ocasiones, también menciona que ha leído libros de ejercicios para el parto, actualmente duerme 8 horas, despertando con sensación de no descanso, no presenta ninguna dificultad para dormir, refiere tomar 1 siesta al día de 2 horas con sensación al despertar de descanso.

4.5.1 Elementos relacionados con la estructura y función.

Campos visuales amplios, se observa lordosis lumbar, marcha lenta y pesada, separando los pies para aumentar el equilibrio y basculando el cuerpo lateralmente, miembros pélvicos con edema +.

Actualmente: refiere sentirse cansada.

4.6 Mantenimiento del equilibrio entre la Soledad y la Interacción Humana.

La comunicación verbal que realiza es directa y clara. Niega pertenecer a algún grupo social, deportivo o cultural, la relación con su familia es agradable, no trabaja, actualmente si tiene pareja y la relación es buena.

Cuando la paciente vive una situación de tensión se autoenfada y lo expresa muy poco.

4.6.1 Elementos relacionados con la estructura y función

No presenta ninguna dificultad para expresar sus sentimientos y utiliza comunicación no verbal mediante contacto visual, lenguaje corporal y tono de voz suave.

Actualmente: refiere sentir miedo y temor por el diagnóstico de su bebé, pero confía en que todo saldrá bien.

4.7 Prevención de Peligros para la Vida, el Funcionamiento y el Bienestar Humano.

Durante el desarrollo de su embarazo las complicaciones que ha presentado son la restricción en el crecimiento de su bebé, si acostumbra a realizar revisiones periódicas recomendadas para su estado actual; llevando hasta el momento 4 consultas con Obstetricia, 2 en Cardiología y 2 en Medicina Materno Fetal y al inicio de embarazo llevaba su control en un centro de salud, acudió al Inper por presentar una alteración en electrocardiograma, acude por primera vez en la semana 26 del embarazo.

Si tiene conocimientos acerca de lactancia materna, asistió a un curso en Septiembre considera que la información que ha recibido es muy buena y que le ayudara para amamantar a su bebé. Curva de Signos vitales: Hora: 12:14 hrs Tensión arterial 93/60 Frecuencia cardiaca: 84 lpm Frecuencia respiratoria: 20 rpm Temperatura: 36.2 °C Frecuencia Cardiaca Fetal: 146 lpm

4.7.1 Elementos relacionados con la estructura y función

abdomen globoso altura uterina de 30 cm, situación: longitudinal posición: dorso derecho presentación: cefálica altura de la presentación: libre; piel del abdomen es de color uniforme, no tiene erupciones ni cicatrices.

Actualmente: Desconoce todos los síntomas de alarma obstétricos.

4.8 Promoción del funcionamiento dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo de ser normal. Realiza baño y cambio de ropa diario, aseo bucal 1 veces al día, lavado de manos en diferentes ocasiones al día, aproximadamente 20 veces; considera que es importante la limpieza porque evita contraer enfermedades, para ella no es importante la religión, solo acude a su centro religioso cuando hay eventos, pero si llega a utilizar rezos cuando tiene alguna dificultad, no ha sufrido algún cambio que haya alterado su imagen, se percibe físicamente normal con su embarazo, contenta.

4.8.1 Elementos relacionados con la estructura y función:
actualmente presenta caries, amalgamas y piezas dentales fracturadas.

Valoración del puerperio inmediato y mediano

Nombre: M.S.S.D
Diagnóstico médico: Primer día pos cesárea, DIU (Mirena), punción adventicia de dura madre.
Recién nacido: Femenino, 2420 grs., 46 cm, apgar 8/9, Capurro 37.6 semanas, Silverman 1

Salma pálida, hidratada, campos pulmonares ventilados sin presencia de murmullo vesicular, mamas semiturgentes, pezones formados presencia de lactopoyesis inicial, leve eritema en pezón derecho, abdomen blando peristalsis audible, involución de útero por debajo de cicatriz umbilical se palpa globo de seguridad de pinard, herida quirúrgica suprapúbica limpia con puntos afrontados, leve equimosis en el entorno, loquios hemáticos de regular cantidad, sin olor fétido, diuresis clara y espontánea, canaliza gases rectales, edema ++ miembros pélvicos, deambulación activa, se observa desempeñando su rol de madre con afecto, contacto piel a piel, realiza de forma independiente cuidados al recién nacido.

Exploración del recién nacido:

Vigilia activa, rosado, Silverman de 0, simetría respiratoria, cabeza normal, suturas cabalgadas, fontanelas anterior y posterior amplias, fascias simétricas, presente reflejo fotomotor y copleoparpebral, coanas permeables y nariz con milia, paladar blando y duro íntegro, oídos implantación normal, sin fosetas, ni apéndices, cuello y clavícula sin adenomegalias, clavícula íntegra y simétrica, tórax simétrico ruidos respiratorios sin murmullo vesicular, sin presencia de estertores, sibilancias, roncus atelectasias, movimientos respiratorios con amplitud normal, ritmo regular, llenado capilar de 2 segundos, focos cardíacos con intensidad y tono normal, ritmo regular, pulsos sincrónicos, amplitud normal, ritmo normal, abdomen simétrico, cordón umbilical normal, palpación de hígado, bazo, auscultación de peristalsis audible, genitales íntegros meato central, labios mayores cubren los labios menores, extremidades superiores e inferiores normales, cadera ortolani negativo, columna simétrica, piel en presencia de vérnix, miliaria, milium y mancha mongólica, reflejos primarios succión y búsqueda, prensión palmar, prensión plantar, babibinski, moro presentes y tono activo.

Valoración del Binomio en la Lactancia materna

Escala de Latch 7

Análisis y Jerarquización de requisitos afectados

Esenciales para el mantenimiento de los procesos vitales.	1. Mantenimiento de un aporte de aire suficiente
Las demandas que previenen las complicaciones de la enfermedad o lesión.	3.Mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente
	5.Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo
	7.Prevencción de Peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
Las que van dirigidas a mantener la salud y promover el funcionamiento humano.	2.Mantenimiento de un aporte de agua suficiente
	4.Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos
	6.Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana
Las que tienen como finalidad el bienestar en las circunstancias en las que se encuentra la persona.	8.Promoción a la normalidad del funcionamiento y desarrollo.

Prescripción del cuidado

Requisitos de autocuidado universal	Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.		
Operación de diagnóstico	Déficit de conocimientos r/c síntomas de alarma en el embarazo m/p verbalización		
Objetivo	Generar o desarrollar conocimiento explicando los síntomas de alarma en el embarazo		
Sistema de enfermería	Apoyo -educación	Método de ayuda	Enseñar a otro
Prescripción del cuidado	Tratamiento regulador		
Describir los síntomas de alarma en el embarazo	<p>Mediante la técnica educativa de participación informada se utilizó una Infografía (Anexo 3) para dar a conocer los síntomas de alarma en el embarazo.¹⁸</p> <p>Se explicaron los síntomas de una forma cefalocaudal para favorecer el proceso de aprendizaje.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dolor de cabeza Intenso que se acompañe de zumbido de oídos y ver destellos.¹⁹ -Presencia de vómitos, de 6-8 vómitos en un día. -Dolor intenso en la boca del estómago, que irradie hacia el lado derecho. -Ausencia de movimientos fetales (disminución o ausencia de movimientos del bebé por más de 3 horas y que persiste aun después de la ingesta de alimento y palpación abdominal). - Presencia de contracciones: molestia en el abdomen que irradia de columna a cintura, tipo cólico, contracciones (abdomen duro) 3 o 5 en 10 minutos con una duración de 30-40 segundos o 4 contracciones en 20 minutos o 6 contracciones en 60 minutos. - Salida de líquido por vagina: abundante (anotar la hora que se presentó) -Presencia de sangre por vagina de color café o rojo intenso en cantidad poca o abundante. -Presencia de flujo blanco, amarillo o verde con o sin olor fétido. -Hinchazón de manos, pies y cara.²⁰ <p>De acuerdo con su patología cardiaca se agregaron síntomas como:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Poca tolerancia al esfuerzo -Edema de extremidades inferiores -Palpitaciones y mareos o cuadros de sincopales -Dificultad para respirar^{21,22} 		
Control de casos	Salma se muestra atenta durante la explicación de la Infografía y al término del abordaje enuncia de memoria algunos de los síntomas de alarma en el embarazo		

Requisitos de autocuidado universal	Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos		
Operación de diagnóstico	Riesgo de estreñimiento R/C disminución de la frecuencia de las deposiciones y deficiente ingesta de fibra.		
Objetivo	Informar a la mujer hábitos dietéticos para mejorar los síntomas del estreñimiento para favorecer el autocuidado		
Sistema de enfermería	Apoyo- educación	Método de ayuda	Enseñar a otro
Prescripción del cuidado	Tratamiento regulador		
<p>Describir los síntomas del estreñimiento en el embarazo</p> <p>Enseñar hábitos dietéticos que favorezcan la eliminación.</p>	<p>Mediante la técnica educativa de participación informada se utilizó una Infografía(Anexo 4) para dar a conocer el manejo de lo síntomas de estreñimiento.</p> <p>Explicar que el estreñimiento es una reducción de la frecuencia de los movimientos peristálticos. Que los principales síntomas en el embarazo son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menos de 3 deposiciones por semana • Las heces son duras • Hay una sensación de que no se ha terminado de vaciar el intestino • Si las heces son muy duras, pueden causar sangrado en el recto.²³ <p>Mediante el apoyo de material didáctico de una Infografía explicar que alimentos puede consumir para mejorar los síntomas:</p> <p>-Aumentar la ingesta de fibra mínimo 20 -35 Gramos por día (linaza, trigo. Fibra natural)</p> <p><i>OJO: si se consume fibra abundante, pero no se ingiere agua, puede aumentar el estreñimiento.</i></p> <p>-Consumo de pan integral, Cereales all bran, - Yogurt natural, Yogurt con fibra.</p> <p>-Consumo de fruta abundante con cascará, recuerda previo lavado con agua y jabón: papaya, naranja ,piña, ciruela pasa, manzana con cascará, nopal.</p> <p>-Establecer un hábito intestinal (mañana, tarde o noche) y no retrasar la deposición si se presentan las ganas.²⁴</p> <p>-Fomentar el aumento en el consumo de agua mínimo 2 litros de agua natural al día.</p> <p>-En la Infografía se integraron los alimentos que debe evitar en caso de estreñimiento: EVITA alimentos astringentes como: Plátano, guayaba, zanahoria, arroz y fideos.²⁵</p> <p>Realizar ejercicio ayuda a aliviar el estreñimiento.²⁶</p>		
Control de casos	Salma se muestra atenta durante la explicación de la Infografía y resuelve dudas acerca de que alimentos si favorecen y cuáles no, además se compromete a ingerir más agua natural junto con el grupo de alimentos previamente explicados.		

Requisitos de autocuidado universal	Promoción del funcionamiento y desarrollo de la normalidad		
Operación de diagnóstico	Déficit del conocimiento r/c desconoce la vía de resolución del embarazo m/p verbalización		
Objetivo	Informar acerca del proceso de trabajo de parto y parto		
Sistema de enfermería	Apoyo - educación	Método de ayuda	Enseñar a otro
Prescripción del cuidado	Tratamiento regulador		
Transmisión de contenidos educativos	Mediante la técnica educativa de participación informada se utilizó una Infografía (Anexo 5) para dar a conocer el proceso del trabajo de parto y el parto. Explicar mediante el apoyo de material didáctico la identificación de trabajo de parto verdadero y sus etapas. ²⁷ Se informa los síntomas y las diferencias del trabajo de parto		
Enseñar el inicio del trabajo de parto y sus etapas	1) Síntomas de un trabajo de parto FALSO: Ritmo de las contracciones: serán irregulares, en tiempos indeterminados durante el día. -Las contracciones pueden detenerse cuando caminas, te sientas o se está acostada. Fuerza de las contracciones: Son leves y no aumentan de intensidad. Molestia: comienza en la parte delantera, como cólicos menstruales y desaparece.		
Reforzar datos de alarma	2) Síntomas de un trabajo de parto VERDADERO Ritmo de las contracciones: las contracciones son regulares en determinados intervalos de tiempo, cada contracción dura entre 30 y 60 segundos. -Las contracciones no se detiene. Fuerza de las contracciones: se hacen más fuertes con el paso del tiempo Dolor: comienza desde la espalda, ejerciendo presión y se desplaza hacia enfrente. -Explicar las fases del trabajo de parto, que son y la duración de cada fase. ²⁸		
Control de casos	Salma se muestra con agrado, refiere que desea que sea parto el nacimiento de su bebé, se mostró atenta a la descripción de la infografía.		

Requisitos de autocuidado universal	Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana		
Operación de diagnóstico	Déficit de conocimientos r/c diagnóstico médico RCIU m/p verbalización, incertidumbre, miedo.		
Objetivo	Brindar información de forma bidireccional para la enseñanza en el diagnóstico médico de restricción de crecimiento intrauterino.		
Sistema de enfermería	Apoyo-Educación	Método de ayuda	Enseñar a otro
Prescripción del cuidado	Tratamiento regulador		
Informar que es la restricción de crecimiento intrauterino	<p>Describir a la persona mediante el diálogo directo y bidireccional que es la restricción de crecimiento intrauterino , como se diagnosticó y que posibles complicaciones puede presentar durante el trabajo de parto y al nacimiento su bebé.²⁹ (Diálogo Una "restricción del crecimiento intrauterino" es cuando un bebé que todavía está dentro del vientre materno no consigue crecer al ritmo esperado durante el embarazo. En otras palabras, en cualquier punto del embarazo, el bebé no es del tamaño que debería tener considerando el momento del embarazo en que se encuentra su madre (este momento se conoce como "la edad gestacional" del bebé no nacido,) las semanas del embarazo, el sexo del bebé y sus mediciones del cuerpo.) La persona debe estar informada y resolver dudas del control y seguimiento del embarazo para disminuir los factores emocionales que puedan afectar su condición actual de salud.³⁰</p>		
Enseñar técnica de respiración para mejorar el afrontamiento	<p>Describir y desarrollar mediante el desarrollo de habilidades una demostración con entrenamiento, la técnica de respiración para mejorar y favorecer la relajación de la persona.³¹ El objetivo de la técnica es obtener un estado de conciencia, de atención y de relajación. La respiración es una función vital semi voluntaria; se pueden modificar el número de respiraciones por minuto y la duración de la inspiración (entrada de aire) y de la espiración (salida de aire), para conseguir una buena oxigenación y, a la vez, una buena relajación. Los ritmos de inspiración y de espiración se relacionan con estados de ansiedad o de calma-reposo. La sensación de calma reposo se fomenta prolongando la espiración (salida de aire), realizar dos veces en el día por la mañana y por la noche tres respiraciones de limpieza profundas o cada que se encuentre en alguna situación de estrés.</p>		
Control de casos	Salma puso atención a la información brindada y resolvió dudas, exterioriza que tiene mejor claridad del seguimiento y control de los ultrasonidos, menciona que le origino más confianza el acercamiento de enfermería ante el cuidado proporcionado y que se sintió mas tranquila con las respiraciones que realizó, disminuyo el miedo y la sensación de incertidumbre.		

Valoraciones focalizadas
1ra. Valoración focalizada

Fecha: 26-10-2018	Hora: 11:15 hrs.	Servicio: Medicina Materno Fetal	Elaboro: L.E.O. Elizabeth Sánchez Romero			
Nombre: Salma D. S.M.		Edad: 18 años	GRUPO Y RH: A+	F.U.M 09-02-2018	FPP 16-11-2018	SDG 37
AHF Negados	APP/APNP Diagnosticada de Arritmia sinusal bloqueo incompleto de rama derecha haz de hiz en el séptimo mes del embarazo, Niega alergias, cirugías, transfusiones	AGO Menarca : 11 años Ciclo y Ritmo: 28 x7 días Inicio de vida sexual activa : 18 años Parejas sexuales : 1 Niega infecciones de transmisión sexual PAP: 1, resultado negativo, No ha utilizado ningún método de planificación familiar.	Signos vitales	TA: 95/57 mmHg FC: 92lpm FR: 20 rpm T: 36.1 °C SatO2: 96 % FCF: 143 lpm		
Motivo de la consulta o ingreso: Cita para Ultrasonido valoración de marcadores Doppler de arterias uterinas, crecimiento y desarrollo fetal.			Diagnóstico médico Embarazo de 37 semanas por FUM 09-02-2018, Arritmia sinusal bloqueo incompleto de rama derecha haz de hiz, Restricción de Crecimiento Intrauterino Percentil 2			
Valoración de Requisito Universal de Autocuidado:			Promoción del funcionamiento y desarrollo de la normalidad			
Aspectos relacionados con la calidad y cantidad Asiste oportunamente a su cita de control para la valoración del ultrasonido, refiere sentirse un poco cansada pero preparada para la llegada del nacimiento de su bebé, se cuestiona acerca de conocimiento de la psicoprofilaxis de emergencia, lo cual menciona no conocer de está.			Aspectos relacionados con la estructura y función Alerta, pálida, hidratada, facies de cansancio, mamas de gestante, abdomen globoso por útero gestante, altura uterina de 29.5 cm, situación: longitudinal posición: dorso derecho presentación: cefálica altura de la presentación: libre, miembros pélvicos con leve edema, llenado capilar de 2 segundos.			

Operaciones de Diagnóstico	Objetivo
Déficit de conocimientos r/c uso de recursos de psicoprofilaxis de emergencia m/p verbalización	Desarrollar una técnica de información activa mediante el desarrollo de habilidades para conocer e implementar los recursos de psicoprofilaxis de emergencia.
Prescripción del cuidado	Tratamiento regulador
<p>Informar sobre los recursos de psicoprofilaxis de emergencia</p> <p>Enseñar las técnicas de respiración</p> <p>Reforzamiento de síntomas de alarma en el embarazo.</p> <p>Reforzamiento de los síntomas de trabajo de parto verdadero</p>	<p>Describir mediante la técnica educativa de participación informada los recursos de psicoprofilaxis de emergencia como técnicas de respiración, técnicas de relajación y técnicas de pujo con el apoyo de material didáctico visual de un tríptico (Anexo 6), en el cual se describen que son los recursos de emergencia, cuales son y como se implementan durante el trabajo de parto.³²</p> <p>Mediante el desarrollo de habilidades dirigidas, se apoyó de forma conjunta para la realización práctica de las diferentes técnicas de respiración, esto con el objetivo de favorecer el desarrollo de las habilidades para Salma, se apoyó en la resolución de dudas y se explicó cada uno de los términos del tríptico.³¹</p> <p>Mediante la técnica informativa de repetición se reforzaron los síntomas de alarma en el embarazo para su mejor comprensión y fijación de la información.³²</p> <p>Mediante la técnica informativa de repetición se reforzaron los síntomas del trabajo de parto verdadero para su mejor comprensión y fijación de la información.³³</p>
<p>Control de casos Salma recibe atenta la información, se muestra en disposición y colaboración para el desarrollo práctico de los ejercicios, realiza las técnicas de respiración de forma correcta, nombra algunos de los síntomas de alarma en el embarazo de memoria, reconoce las diferencias de un trabajo de parto falso y uno verdadero.</p>	

Requisitos de autocuidado universal	Prevención de Peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano		
Operación de diagnóstico	Riesgo de alteración del bienestar materno r/c desconoce el proceso de la prueba sin estresante		
Objetivo	Brindar información de forma bidireccional para la enseñanza de la monitorización fetal en la prueba sin estrés		
Sistema de enfermería	Apoyo - educación	Método de ayuda	Enseñar a otro
Prescripción del cuidado	Tratamiento regulador		
Explicar que es la monitorización cardíaca fetal.	<p>Describir a la persona mediante el diálogo directo y bidireccional que es la monitorización cardíaca fetal y para qué sirve.</p> <p>La persona debe estar informada y resolver dudas del control y seguimiento del embarazo para disminuir los factores emocionales que puedan afectar su condición actual de salud.</p>		
Toma e interpretación de registro tococardiografico	<p>Se realiza la prueba sin estrés: la persona en decúbito lateral izquierdo, en un ambiente tranquilo; además del transductor ultrasónico y del marcador de movimientos fetales para la mujer, es conveniente colocar sobre el abdomen materno el toco transductor, para poder cuantificar la presencia o no de contracciones uterinas, la prueba dura 20 minutos, si han transcurrido 20 minutos de registro y no se ha obtenido la reactividad fetal esperada, el feto podría estar en estado de sueño. Estimule al feto mediante manipulación de la pared abdominal materna durante 1 minuto y continúe la monitorización por 20 minutos adicionales si no ocurre antes la reactividad fetal deseada (sin incluir los primeros 4 minutos post-estimulación).³⁴</p> <p>Interpretación (Anexo 7)</p>		
Control de casos	Salma resolvió dudas acerca del estudio y se mantuvo tranquila, cooperadora durante el procedimiento.		

2da. Valoración focalizada El puerperio mediato y la lactancia materna

Fecha: 8-11-2018	Hora: 16:18 hrs.	Servicio: Alojamiento Conjunto 3er piso	Elaboro: L.E.O. Elizabeth Sánchez Romero			
Nombre: Salma D. S.M.		Edad: 18 años	GRUPO Y RH: A+	F.U.M	FPP	SDG
AHF Negados	APP/APNP Diagnosticada de Arritmia sinusal bloqueo incompleto de rama derecha haz de hiz en el séptimo mes del embarazo, Niega alergias, cirugías, transfusiones	AGO Menarca : 11 años Ciclo y Ritmo: 28 x7 días Inicio de vida sexual activa : 18 años Parejas sexuales : 1 Niega infecciones de transmisión sexual PAP: 1, resultado negativo, No ha utilizado ningún método de planificación familiar.	Signos vitales	TA: 113/60 mmHg FC: 85lpm FR: 20 rpm T: 36.6 °C SatO2: 96 %		
Motivo de la consulta o ingreso: Primer día puerperio quirúrgico.			Diagnóstico médico Primer día pos cesárea, dispositivo intrauterino (Mirena), punción adventicia de dura madre			
Valoración de Requisito Universal de Autocuidado:			Promoción del funcionamiento y desarrollo de la normalidad			
Aspectos relacionados con la calidad y cantidad Realiza baño de regadera, se muestra contenta con la presencia de su bebé, atiende a los cuidados del recién nacido, tiene una puntuación de LATCH 7, refiere sentirse un poco cansada y con sueño, expresa desconocer el seguimiento del DIU Mirena, así como los efectos secundarios.			Aspectos relacionados con la estructura y función Deambulacion activa y marcha normal, pálida, hidratada, mamas semiturgentes, lactopoyesis inicial positiva, abdomen blando, peristalsis audible, globo de seguridad de pinard por debajo de cicatriz umbilical, herida suprapúbica limpia con puntos afrontados equimosis en el entorno, loquios de regular cantidad serohemáticos no fétidos miembros pélvicos con edema ++, niega sintomatología de punción de duramadre al momento de la exploración.			

Operaciones de Diagnóstico	Objetivo
Dificultad para la lactancia materna r/c falta de habilidad para colocarse el bebé al seno m/p escala de LATCH 7	Desarrollar una técnica de información activa mediante el apoyo y guía para mejorar la colocación y agarre correcto al seno materno
Prescripción del cuidado	Tratamiento regulador
Enseñar como colocarse al seno al bebé	Mediante el desarrollo de habilidades dirigidas, se apoyó y guio de forma conjunto para la realización práctica de los pasos para la colocación al seno materno, esto con el objetivo de favorecer el desarrollo de las habilidades para mejorar apego a la lactancia materna. 1- Tu pezón toca los labios de tu bebé y apunta hacia su nariz. 2- Espera que el bebé abra espontáneamente la boca y coloca la parte de abajo de la areola en el labio inferior. 3- Introduce el resto del pezón dentro de la boca del bebé hasta lograr el agarre correcto. ³⁵
Enseñar los pasos para el agarre correcto al seno materno	Mediante el desarrollo de habilidades dirigidas, se apoyó y guio de forma conjunto para la realización práctica de los pasos para el agarre correcto al seno materno, esto con el objetivo de favorecer el desarrollo de las habilidades para mejorar apego a la lactancia materna. Paso 1 La nariz y la barbilla rozan el pecho de la mamá. Paso 2 Los labios del bebé quedan hacia fuera como boca de pescado. Paso 3 La boca bien abierta cubre casi toda la areola. ³⁶
Explicar complicaciones de un agarre incorrecto	Informar que cuando el agarre del bebé al seno no se lleva de una forma correcta, puede ocasionar dolor durante la succión al seno, aparecerán grietas que posiblemente sangren, y el bebé se quedara con hambre. ³⁷
Control de casos	Salma mejora el apego de lactancia materna, mejora la escala de LATCH a 9.

Requisitos de autocuidado universal	Prevención de Peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano		
Operación de diagnóstico	Déficit de conocimientos r/c desconoce el uso sobre dispositivo intrauterino (Mirena) m/p verbalización		
Objetivo	Brindar información de forma bidireccional para mejorar el control del método de planificación familiar		
Sistema de enfermería	Apoyo - educación	Método de ayuda	Enseñar a otro
Prescripción del cuidado	Tratamiento regulador		
Informar sobre el uso del dispositivo Mirena	<p>Describir a la persona mediante el diálogo directo y bidireccional que es un anticonceptivo intrauterino que administra pequeñas cantidades de hormona directamente dentro del útero, su duración es de 5 años, la efectividad de este dispositivo es del 99 %, es importante acudir a citas de control para la revisión, la primera cita para su revisión durante el primer año(a las seis semanas posteriores al parto, a los tres meses y a los seis meses) , después cada año hasta los 5 años.</p> <p>Explicar sobre los posibles efectos secundarios del uso del dispositivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de periodos menstruales • Puede producirse dolor pélvico o abdominal. • Quiste en el ovario y cambios del patrón de sangrado. <p>Entre el 5 y el 10% de las usuarias de Mirena pueden presentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor de cabeza o migraña • Estado de ánimo decaído • Acné • Sangrado menstrual intenso o prolongado <p>Explicar cómo funciona Mirena para evitar el embarazo: administra cantidades muy pequeñas de la hormona levonogestrel directamente dentro del útero, espesa el moco cervical para evitar que los espermatozoides entren en el útero y evitar que los espermatozoides alcancen o fecunden el óvulo.³⁸</p>		
Control de casos	Salma en compañía de su mamá se muestra atenta al recibir la información y refiere que llevara el control de sus citas para el seguimiento del método anticonceptivo.		

Plan de alta

Comunicación:	Se estableció mediante el diálogo directo y bidireccional una comunicación de participación activa en conjunto de su principal red de apoyo (su mamá) para favorecer el desarrollo del estado de bienestar en casa. ³⁹
Urgente	<p>Signos y síntomas de alarma:</p> <p>Madre:</p> <p>Presencia de loquios con mal olor, sangrados abundantes o hemorragia, Fiebre (el termómetro marque igual o mayor de 37.8° C), un empeoramiento o la experiencia de nuevos dolores perianales o uterinos, dolores agudos (cefaleas, torácico o abdominal), disuria (micción dolorosa, incompleta o dificultosa), problemas con los pechos (enrojecimiento, dolor, calor) dolor o hinchazón en las piernas, estado de ánimo que afecta a la relación con el bebé, los demás o que no permite una actividad normal, dolor de cabeza, zumbido de oídos, destellos de luz, mareos, cifras tensionales igual o mayores de 140/90 mmhg, dolor en epigastrio, dolor de cuello que no sede con el analgésico. zona de la herida quirúrgica con hiperemia o salida de líquido fétido.⁴⁰⁻⁴¹</p> <p>Bebé:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Coloración morada en labios o dedos del bebé. o Color amarillo, en palmas de las manos, ojos y que no disminuya al paso de una semana. o Fiebre (el termómetro marque igual o mayor de 37.6° C) o Que no haya evacuado por más de 30 horas, ni orinado en 8 horas. o Disminuya su reflejo de succión y las tomas de cada tetada. o Abultamiento en abdomen o en otra parte del cuerpo. o Que no responda a estímulos externos. o Vómitos.⁴²
Información	<p>Para el plan de alta se brindó información sobre sus cuidados en domicilios acorde a prácticas y creencias culturales en torno al puerperio, se definieron los cuidados para preservar la salud del binomio, reestructurar con información basada en evidencia los mitos y creencias sobre los cuidados del recién nacido, adaptación al nuevo rol materno y reforzar información sobre síntomas de alarma de madre y bebé.</p> <p>Cuidados en casa para la mamá</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Higiene y cuidado de la herida: el baño debe realizarse diario, tallando la herida con jabón neutro y abundante agua, dejar secar y valorar la presencia de zonas rojas o calientes o salida de pus con olor fétido.⁴³ 2. Cuidado del pecho e información sobre lactancia: informar sobre la producción del calostro y la leche madura, explicar los beneficios de la leche materna para ella y para su bebé, enseñar posiciones y posturas para mejorar el apoyo a la lactancia materna, orientación sobre lubricar los senos con leche materna y observar un agarre correcto para evitar la presencia de grietas y la aplicación de compresas de agua tibia en presencia de congestión mamaria.²³ 3. Consejo sobre los hábitos de sueño y descanso: recomendar periodos de descansos y sueño reparador con el apoyo de su red de apoyo.^{35,36,37} 4. Orientación sobre sexualidad y contracepción: Explicar que en las 6 u 8 semanas posterior a la cesárea, los órganos y funciones vuelven a su posición y función normal, reforzar el uso de preservativo para evitar enfermedades de transmisión sexual, explicar sobre el periodo intergenésico corto. <p>Cuidados para el recién nacido</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aconsejar poner al bebé a dormir boca arriba, advirtiendo que se evite poner al bebé boca abajo ya que aumenta considerablemente el riesgo de muerte súbita del lactante. 2. Orientar sobre los cuidados del cordón umbilical hasta su caída: instruyéndola que durante el baño el cordón umbilical se lava con agua y jabón y debe de secarse perfectamente para evitar la humedad, vigilar si hay presencia de sangrado o líquido de olor fétido o área de su alrededor roja. 3. Orientar sobre el baño: explicar que la temperatura del agua debe ser caliente, previamente tocándola para evitar quemaduras, antes de el baño, valorar la temperatura del bebé, esta debe ser mayor de 36.5 °C.⁴² 4. Orientar acerca de realiza el tamiz auditivo dentro de los 28 días de vida, el tamiz metabólico dentro de las primeras 72 horas 5. Explicar la importancia de completar su esquema de vacunación 6. Orientar sobre la importancia de colocar al recién nacido bajo los primeros rayos del sol con protección ocular y genital por 30 minutos durante los primeros 7 días después del nacimiento.⁴²
Dieta	Se recomendó que durante su dieta agregara fibra y aumentará el consumo de agua a 2 litros o 8 vasos de agua al día, para disminuir el estreñimiento, se promovió la ingesta de nutrientes como frutas, verduras, cereales, leguminosas y alimentos de origen animal, así como el consumo de pescados, nueces o almendras para favorecer la lactancia materna. ⁴⁴

Ambiente	Se resaltó la importancia de tener en casa un ambiente cálido y de confort para Salma y para su bebé, prevenir las corrientes de aire, el exceso de objetos que pudieran poner en riesgo su vida y la del bebé, mantener el ambiente limpio y libre de basura para evitar enfermedades respiratorias o enfermedades gastrointestinales, se instruyó sobre el lavado de manos.
Recreación y uso de tiempo libre.	Se recomendó a Salma iniciar actividad física de manera gradual y según tolerancia para fortalecer los músculos abdominales después de las 12 semanas posteriores a la cesárea. ⁴⁰
Medicamentos y tratamientos farmacológicos. y no	Se instruyó a no tomar ella o el bebé ningún medicamento que no sea prescrito por el médico o pediatra ya que existen varios medicamentos que pueden dañar a su bebé mediante la lactancia materna, además de que el bebé está muy pequeño para brindarle cualquier medicamento que no sea prescrito. Se reforzó información sobre técnicas de relajación y respiración para ayudar a disminuir los dolores durante el puerperio.
Espiritualidad	Se recomienda a Salma expresar sus sentimientos de forma frecuente, pues es un periodo de adaptación social y cambio de rol y es importante tener cerca su red de apoyo para favorecer este proceso y disfrutar su maternidad. ⁴⁰

Elaboró: LEO. Elizabeth Sánchez Romero

Control de casos del Plan de alta:

Salma en compañía de su mamá y la de su recién nacida, se muestra atenta al recibir la información, expresan de forma verbal sus dudas, las resuelven y Salma pone en práctica las recomendaciones de lactancia materna (posición, postura, agarre correcto), en conjunto nombran de memoria algunos datos de alarma del puerperio y su recién nacida.

Capítulo 5. Conclusiones y recomendaciones

El estudio de caso es una guía que permite a los profesionales determinar líneas de acción, mediante una metodología que favorece el desarrollo del pensamiento crítico y reflexivo es así como favorece la integración de conocimiento teóricos, actitudinales, prácticos y tecnológicos, enfrentado al estudiante al análisis e interpretación y estudio del fenómeno que emerge de la relación enfermera-persona.

La intervención educativa es una estrategia que se ha comprobado que beneficia a las usuarias porque fortalece sus capacidades y genera habilidades para cuidarse durante el embarazo, el proceso del nacimiento y el puerperio.

Las intervenciones de enfermería especializadas contribuyen a que la mujer con embarazo de alto riesgo disminuya niveles de estrés, ansiedad y temor, y a través del acompañamiento genere actitudes, hábitos y habilidades que favorezcan el desarrollo y bienestar humano.

El recurso humano especializado contribuye a la seguridad y calidad de la atención en las instituciones de salud, la finalidad es contribuir a la disminución de muertes maternas.

En la restricción de crecimiento intrauterino los factores maternos y fetales pueden intervenir generando alteraciones durante el crecimiento y el desarrollo del embarazo, afectando el resultado perinatal y los futuros embarazos, la detección oportuna de la restricción de crecimiento previene 5 veces más de mortalidad y morbilidad perinatal.

Recomendaciones

Se recomienda la creación e implementación de programas educativos orientados a la prevención de comorbilidades durante el embarazo, parto y puerperio. Haciendo un mayor énfasis en el desarrollo de estrategias que promuevan la consulta pregestacional, identificación de factores de riesgo, seguimiento prenatal, proceso de nacimiento, puerperio y cuidados al recién nacido sin importar el nivel de atención.

Se deberá realizar un tamizaje prenatal oportuno por personal capacitado para identificar factores de riesgo, determinar el desarrollo adecuado de la gestación e incidir en la prevención de morbi-mortalidad perinatal.

Es necesario desarrollar programas educativos dirigidos a mujeres embarazadas con alto riesgo para garantizar condiciones dignas de atención centradas en la prevención de la mortalidad materno-neonatal.

Generar redes de apoyo interinstitucional entre los centros de primer, segundo y tercer nivel de atención para disminuir las complicaciones y muertes maternas.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre la atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Ginebra. 2018; 1-12 Disponible en: <https://bit.ly/2IQ4ZTG>
2. Organización Mundial de la Salud. Educación para la salud con enfoque integral. Ginebra. 2017; 1-3. Disponible en: <https://bit.ly/2Df3skV>
3. Touriñán JM. Intervención Educativa, Intervención Pedagógica y Educación: La Mirada Pedagógica. Revista portuguesa de pedagogía. 2011; 283-307. Disponible en: <https://bit.ly/36oDAjm>
4. Pérez MJ, Echauri M, Ancizu E, Chocarro J. Manual de Educación para la Salud. España. 2016 Disponible en: <https://bit.ly/2pAQASI>
5. Pimiento LM, Beltrán M. Restricción de crecimiento intrauterino: una aproximación al diagnóstico, seguimiento y manejo. Rev Chil Obstet Ginecol. 2015; 80(6): 493-502. Disponible en: <https://bit.ly/2wnOs09>
6. Pérez JA, Márquez D, Muñoz H, Solís A, Otaño L, Ayala VJ. Restricción de crecimiento intrauterino. FLASGO. 2013; 1-19. Disponible en: <https://bit.ly/2MqZucG>
7. Cárdenas LX. Estrategias de intervención para una maternidad responsable en mujeres gestantes del centro de salud urbano de Cayambe, período Julio-Diciembre 2015. Universidad Regional Autónoma de los Andes. 2016. Disponible en: <https://bit.ly/3235P4A>
8. Ramírez D. Mujer embarazada con 29.4 semanas de gestación con Déficit del autocuidado en los requisitos universales de la Teoría de Dorothea E. Orem. Universidad Nacional Autónoma de México. 2016. Disponible en: <https://bidi.unam.mx/>
9. Anguisaca SM. Estrategias para disminuir la influencia de los factores de riesgo con el retardo del crecimiento intrauterino, en mujeres gestantes atendidas en servicio de gineco-obstetricia en el hospital Alfredo Noboa Montenegro de la Ciudad de Guaranda. Universidad Regional Autónoma de los Andes. 2015. Disponible en: <https://bit.ly/3235P4A>
10. Abascal D. La Educación para la Maternidad y Paternidad desde la Enfermería. Universidad de Cantabria. 2015. Disponible en: <https://bit.ly/30WkVHJ>

11. Maza G, Mejía E. Intervención profesional de enfermería en la educación de madres adolescentes en el control prenatal, para la prevención de nacimientos de niños prematuros, en la consulta externa de la maternidad de Sotomayor 2014.Universidad Estatal de Guayaquil.2015. Disponible en: <https://bit.ly/3255crq>
12. Medina RA, Medina MJ, Espericueta M, Pérez R, Salas DL, Vázquez IJ, et al. Intervención educativa de enfermería en el nivel de conocimientos de autocuidado en embarazadas. Medigraphic.2012;2(7):15-23. Disponible en: <https://bit.ly/2OCQ1ln>
13. Francisco del Rey C, Benavent MA, Ferrer E. El modelo teórico de Dorothea E. Orem. p. 313–383.
- 14.Pimiento LM, Beltrán M. Restricción de crecimiento intrauterino: una aproximación al diagnóstico, seguimiento y manejo. Rev Chil Obstet Ginecol.2015;80(6): 493-502. Disponible en: <https://bit.ly/2wnOs09>
15. Pérez JA, Márquez D, Muñoz H, Solís A, Otaño L, Ayala VJ. Restricción de crecimiento intrauterino.FLASGO.2013; 1-19. Disponible en: <https://bit.ly/2MqZucG>
16. FASGO. Adaptación Consenso RCIU (RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO). Colegio de médicos de la 1ra. Circunscripción-Provincia de Santa Fe.2019;3(5):30-4. Disponible en: <https://bit.ly/31SmCHz>
17. Orkaizagirre A, Amezcua M, Huércanos I, Arroyo A. El estudio de casos, un instrumento de aprendizaje en la Relación de Cuidado. Index Enferm.2014;23(4) Disponible en: <https://bit.ly/2yMPbXm>
18. Marco Normativo de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos. 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. México. 2016; 1-67. Disponible en: <https://bit.ly/2IARe8Q>
19. CENETC. Guía de Práctica Clínica Intervenciones de enfermería para la atención de la Emergencia Obstétrica en los tres niveles de atención. México. 2017;1-90. Disponible en: <https://bit.ly/2soc8PZ>
20. CENETC. Guía de Práctica Clínica Control Prenatal con Enfoque de Riesgo. México. 2017;1-66. Disponible en: <https://bit.ly/1hgBLRL>

21. Pijuan A, Gatzoulis M. Embarazo y cardiopatía. Rev Esp Cardiol.2006;59(9): 971-84. Disponible en: <https://bit.ly/2VqfjEq>
22. CENETC. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Manejo de la Cardiopatía en el Embarazo. México. 2011;1-79.Disppnible en: <https://bit.ly/2GAQQai>
23. Tijerina A, Coronado L, Ramírez E, Meneses V, Fonseca- D, Perales J. Estreñimiento y Síndrome de intestino irritable en mujeres en el tercer trimestre de gestación: la relación con la ingesta dietética. Revista de Salud Pública y Nutrición.2016;15(4):22-9. Disponible en: <https://bit.ly/2LSWy9x>
24. Rungsiprakarn P, Laopaiboon M, Sangkomkarn US, Lumbiganon P, Pratt JJ. Interventions for treating constipation inpregnancy.Cochrane Database of Systematic Reviews2014;2:1-13. DOI: 10.1002/14651858.CD011448
25. Zielinski R, Searing K, Deibel M. Gastrointestinal distress in pregnancy: Prevalence, assessment, and treatment of 5 common minor discomforts. J Perinat Neonatal Nurs. 2015;29(1):23–31. DOI: 10.1097/JPN.000000000000078
26. Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología. El ejercicio durante el embarazo. Washington 2017. Disponible en: <https://bit.ly/2VDmETM>
27. Cunningham, F. Leveno, J. et al. “Williams Obstetricia”, 23ª. Mc GrawHill; 2011.
28. CENETEC. Guía de Práctica Clínica: Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. México. 2014;1-28. Disponible en: <https://bit.ly/2G8KtHJ>
29. Minsa. Guías de manejo de las complicaciones en el embarazo.Pánama.2015. Disponible en: <https://bit.ly/35gZnJp>
30. Pérez MJ, Echaury M, Ancizu E, Chocarro J. Manual de Educación para la Salud.España.2006. Disponible en: <https://bit.ly/2VxsWUK>
31. Solís H, Morales S. Impacto de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Rev Horiz Med.2012; 12(2):48-52. Disponible en: <https://bit.ly/2VIHAFv>
32. Sánchez B, Hernández M, Lartigue T. Estrategia educativa de enfermería para fortalecer el autocuidado durante el control prenatal.Prinamol Reprod Hum.2007;21:167-77. Disponible en: <https://bit.ly/2OzM8h2>

33. Amorim T, Souza I, Moura M, Queiroz A, Salimena A. Perspectivas de los cuidados de enfermería en el embarazo de alto riesgo: revisión integradora. *Enferm Global*. 2017;46:500-14. Disponible en: <https://bit.ly/2N9vHXs>
34. Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos. Practice Bullietin: Intrapartum Fetal Heart Rate Monitoring: Nomenclature, Interpretation, and General Management Principles. 2009. Disponible en: <https://bit.ly/33IC1k6>
35. UNICEF. Lactancia Materna. Ecuador. 2012. Disponible en: <https://uni.cf/2zzzQdX>
36. Alba Lactancia Materna. Claves para amamantar con éxito. España. 2005. Disponible en: <https://bit.ly/35jLJVV>
37. Grupo de apoyo a la Lactancia Materna de La Rioja Al Halda. Guía de lactancia materna para profesionales de la salud. España. Disponible en: <https://bit.ly/2OBfcot>
38. Bayer. Guía para mujeres interesadas en usar Mirena ® como método anticonceptivo. EE. UU. Disponible en: <https://bit.ly/2xOVQIH>
39. CENETEC. Guía de práctica clínica: intervenciones de enfermería durante el puerperio fisiológico en el primer nivel de atención. México; 1-68. Disponible en: <https://bit.ly/2p5gYQ4>
40. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. España; 1-494, Disponible en: <https://bit.ly/2kg9pHS>
41. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Los signos de alarma en el puerperio. México. 2015. Disponible en: <https://bit.ly/2pGuP36>
42. Johnson. Guía de cuidados de la piel del recién nacido y del bebé, Recomendaciones basadas en la evidencia y buenas prácticas. *Matronas Prof*. 2013; 14(4 Supl): 1-50 Disponible en: <https://bit.ly/2pB2U53>
43. CENETEC. Guía de práctica clínica Prevención, Diagnóstico y tratamiento de dehiscencia completa de herida quirúrgica de abdomen en los tres niveles de atención. México. 2016: 1-44 Disponible en: <https://bit.ly/2pB88Od>
44. Ministerio de Sanidad. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. España. 2014. Disponible en: <https://bit.ly/2W4mLFF>

Anexos

Anexo 1



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



SEDE: INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO DE CASO

Por medio de la presente yo _____ doy
consentimiento para que el Licenciado en Enfermería y Obstetricia _____
del **Posgrado en Enfermería Perinatal** de la Universidad Nacional Autónoma de México,
realice un seguimiento y participación activa en el cuidado integral del padecimiento o
condición actual en la que me encuentro, como parte de sus actividades académicas,
asegurando haber recibido la información necesaria sobre las actividades a realizar durante el
tiempo que dure esta participación.

Es de mi conocimiento que seré libre de solicitar mi retiro de este estudio de caso en cualquier
momento que lo desee, sin que esto afecte o se me negada la atención médica para el
tratamiento en esta Institución. Autorizo para obtener fotografías, videos o registros médicos
y de enfermería durante mi hospitalización, así como difundir resultados en revistas y/o
ámbitos científicos y académicos, NO para otros fines.

AUTORIZO

NOMBRE DE LA PACIENTE: _____

FIRMA: _____

RESPONSABLE DEL ESTUDIO DE CASO



Fecha: _____ Servicio: _____ Elaboro: _____

1. **Factores Básicos Condicionantes**

Nombre:	Edad:	Grupo y Rh:
Estado civil:	Peso inicial:	Peso actual:
Diagnóstico médico:		

Factores Ambientales

Área Geográfica:
 Urbana () Suburbano () Rural ()

Vivienda.
 Casa () Departamento () Rentada () Propia ()

Características de la habitación: (construcción, iluminación, ventilación, servicios intradomiciliarios, flora y fauna)

1.1 **Factores del Sistema Familiar**

Tipo de familia
 Nuclear () Extensa () Integrada () Desintegrada () Uniparental ()

Otro: _____
 Número de integrantes: _____ Rol que ejerce en la familia: _____
 Quien es el sustento familiar _____
 Persona responsable: Pareja () Familiar directo () Sola () Otros _____

1.2 **Factores socioculturales y socioeconómicos**

Lugar de nacimiento	Lugar de residencia	Escolaridad
Ocupación	Religión	Ingreso socioeconómico Insuficiente () Suficiente ()
Idioma/lengua natal		

1.3 **Factores del patrón de vida.**

Actividades que realiza: _____
 Modificaciones que realiza a partir de su diagnóstico actual: _____
 Su embarazo fue planeado: SI () NO ()
 Su embarazo fue deseado: SI () NO ()

1.4 **1.1 Factores del estado de salud y del sistema**

Condición de Salud:
 Enfermo Agudo () Crónico () Sano ()

Asistencia al servicio de salud:
 Primera vez () Subsecuente ()

Diagnóstico de ingreso: _____
 Tratamiento médico actual: _____
 Manejo multidisciplinario de salud: Si () No ()
 Especialidades: _____

Características del estado de salud actual: Buena () Regular () Mala ()
 Percepción de la institución donde se atiende: Buena () Regular () Mala ()
 Nivel de atención a la salud: 1° () 2° () 3° ()

1.5 **1.2 Factores básicos condicionante del estado de**

Capacidad de autogobierno	Factores negativos	Potencial de desarrollo

2. **Requisito de Autocuidado según la etapa de desarrollo**

Etapa de desarrollo: _____

Agencia de autocuidado: En vías de desarrollo () Desarrollada pero no estabilizada ()

Desarrollada y estabilizada ()

Antecedentes Gineco - Obstétricos.

Menarca: _____ Telarca: _____ Púbarca: _____ Ciclo y Ritmo: _____

IVSA: _____ Parejas Sexuales último año: _____ ITS: _____

PAP: _____ Fecha: _____ Resultado: _____ Autoexploración Mamaria: Si () No ()

Cirugías o Procedimientos Ginecológicos: _____

Fecha: _____

Último MPF: _____ Desuso a partir de: _____

Gesta: () Parto () Cesárea () Aborto () Ectópico () Mola () FIG: _____

Procedimientos obstétricos: _____

Embarazos Anteriores: _____ Hijos vivos: _____

Fecha:	SDG:	Peso:	Talla:	Apgar:	Complicaciones:	Tiempo de lactancia:

Antecedentes no Patológicos:

Alergias: _____

Antecedentes Patológicos

Cirugía Generales: _____

Enfermedades durante el embarazo: _____

Transfusiones: SI () NO () Fecha: _____

3. Requisitos de Autocuidado ante una desviación a la

3.1 Desviación actual, percepción de la desviación.

a) Motivo de consulta (control prenatal, urgencias, hospitalización, quirófano)

3.2 Mecanismos de adaptación

Uso previo de mecanismos de adaptación.	Repertorio actual de mecanismos de adaptación	Factores concomitantes de estrés: Fisiológicos, psicológicos o económicos

3.3 Cumplimiento de los requisitos de autocuidado ante la desviación de la salud	Sí	No
Busca y asegura ayuda médica y de enfermería oportuna		
Tiene conciencia y presta atención a los efectos y resultados de los procesos patológicos		
Lleva a cabo efectivamente las medidas de diagnóstico, terapéuticas y de rehabilitación		
Tiene conciencia y presta atención o regula los efectos de las medidas de cuidados, que producen malestar		
Modifica el auto concepto y autoimagen para aceptarse como un ser humano con un estado de salud particular y necesitado de formas específicas de cuidados de salud		
Aprende vivir con los efectos de las condiciones de estados patológicos y los efectos de las medidas de diagnóstico y tratamiento médico, con un estilo de vida que fomente el desarrollo		

Estudios de laboratorio y gabinete

Ultrasonido:

BH:

Hb:	Hto:	Plaquetas:	VCM:	Leucocitos:

CTOG:

--

QS:

Glucosa:	Creatinina:	Urea:

EGO/Labstix

Leucocitos:	Sangre:	Densidad Urinaria:	Proteínas:	Bacterias:
Características:				

Otros:

--

VDRL: _____

VIH: _____

4.

Requisitos Universales de Autocuidado

4.1 Aspectos relacionados con la calidad y cantidad. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.

Dificultad respiratoria: SI () NO ()

Causa: _____

Usa técnicas para mejorar su respiración. SI () NO ()

¿Cuáles? _____

4.1.1 Aspectos relacionados con la estructura y función

FC	FR	T	T/A	SpO ₂	FCF
----	----	---	-----	------------------	-----

--

4.2 Elementos relacionados con la calidad y cantidad. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua

Cantidad de líquidos que consume en 24 hrs: _____

Características de ingesta:

Conoce usted la importancia de la calidad y cantidad de los líquidos que debe ingerir al día durante la etapa de embarazo y puerperio: Sí () No ()

Conoce usted las complicaciones que se originan por no consumir agua: Sí () No ()

4.2.1 Aspectos relacionados con la estructura y función

Tegumentos	Mucosa	Edema	Otros

4.3 Elementos relacionados con la calidad y cantidad. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.

Tipo de dieta: _____ Aporte calórico: _____

IMC: _____ Ganancia de peso: _____

Diario de Alimentos

	Horarios	Alimentos
Desayuno		
Comida		
Cena		
Colación		

Cereales, pan y pasta.	Frutas, hortalizas y verduras.	Origen animal y legumbres.	Aceites y grasas	Azúcar

Alimentos que le gustan / desagradan: _____

Variantes dietéticas (culturales, religiosas, médicas) _____

Suplementos alimenticios: (vitaminas, minerales) _____

Problemas relacionados con la digestión / ingestión: _____

4.3.1 Elementos relacionados con la estructura y función

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

Número de micciones	Características	Frecuencia	Disuria () Poliuria () Tenesmo () Poliaquiuria ()
Sonda Foley:	No.	FI: Globo:	Características:

Enfermedad crónica intestinal _____

¿Ingiere algo para mejorar su proceso de eliminación? _____

Número de evacuaciones	Características	Frecuencia	Moco () Sangre () Tenesmo ()
------------------------	-----------------	------------	---------------------------------

4.4.1 Elementos relacionados con la estructura y función

4.5 Mantenimiento del equilibrio entre actividad y reposo.

¿Practica algún deporte o ejercicio? SI () NO () Frecuencia: _____

Caminar () Correr () Nadar () Baile () Yoga ()

Otro: _____

¿Conoce que tipos de ejercicio se pueden realizar durante el embarazo? _____

Las actividades que desempeñan en 24 horas, le demandan un esfuerzo de tipo:

- () Físico
- () Intelectual
- () Físico - intelectual

Tiempo libre: _____ ¿Cuántas horas duerme? _____

Sensación al despertar _____

Presenta alguna dificultad para conciliar el sueño y cómo lo resuelve: _____

¿Cuántos periodos de descanso realiza usted durante el día? _____

4.5.1 Elementos relacionados con la estructura y función

4.6 Mantenimiento del equilibrio entre la soledad e interacción social.

Pertenece a algún grupo social, deportivo o cultural. ¿Cuál? _____

Como son sus relaciones personales:

Familia: _____ Trabajo: _____

Pareja: _____ Amigos: _____

Hijos: _____

Siente miedo o temor por algún motivo: _____

¿De qué manera maneja las situaciones de tensión en su vida?

- | | | |
|--------------------|-------------------------|--------------------------|
| Auto enfado () | Reza () | Enfado con los demás () |
| Lectura () | Hablar con personas () | Sumisión () |
| Escucha música () | Ansiedad () | Deporte () |

Recibe visita familiar: SI () NO () Parentesco: _____

4.6.1 Elementos relacionados con la estructura y función

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

a) Prácticas de Seguridad Personal:

¿Qué complicaciones ha presentado durante este embarazo?

¿Con que frecuencia acude al control prenatal? _____

¿En qué semana inicio su control prenatal? _____ Asiste con: _____

Actividades y prevención de riesgos durante el embarazo:

		Fecha		
USG obstétrico	SI () NO ()		Infecciones de Vías Urinarias	SI () NO ()
Papanicolaou	SI () NO ()		Infecciones vaginales	SI () NO ()
Exploración de mamas	SI () NO ()		Enfermedades de transmisión sexual	SI () NO ()
Dentista	SI () NO ()		Amenaza de Parto Prematuro	SI () NO ()
Nutrióloga	SI () NO ()		Trombosis venosa de miembros pélvicos	SI () NO ()
Vacunas	SI () NO ()		Diabetes	SI () NO ()
Educación prenatal	SI () NO ()		Hipertensión	SI () NO ()
Lactancia materna	SI () NO ()			

Como realiza su aseo perianal: _____ ¿Usted se auto médica? _____

¿Consume drogas? SI () NO ()

Alcohol () Tabaco () Marihuana () Cocaína () Otra: _____

¿Qué información relacionada con lactancia materna ha recibido durante este embarazo?

Amamanto hijos anteriores: si () no () Tiempo: _____ Lactancia Exclusiva: _____

Urgencia Obstétrica

Signos Vitales	T/A:	FC:	FR:	T:	FCF:
Acufenos ()	Fosfenos ()	Cefalea ()	Dolor en epigastrio ()	Hiperreflexia ()	
Oliguria ()	Poliaquiuria ()	Poliuria ()	Tenesmo ()	Disuria ()	
Sangrado transvaginal (+) (+ +) (+ + +)		Hipertonía ()	Polisitolía ()	Compromiso ()	Histerorrafia
Actividad uterina:					
Ruptura de membranas:	Hora:	Características:	Criterios de Gibbs:		
Movimientos fetales :		Convulsiones:	Dificultada Respiratoria:		

Condiciones Cervicales

Dilatación:	Borramiento:	Consistencia:	Posición:	Altura de la Presentación:
-------------	--------------	---------------	-----------	----------------------------

--	--	--	--	--

Registro Cardiotocográfico

Duración:	Integridad:	Variabilidad:	FCF:	Actividad Uterina:
Movimientos Fetales:		Ascensos:	Descensos:	
Interpretación:				

Acceso Venoso: Sitio _____	Periférico ()	Central ()	Yugular ()
--------------------------------------	-----------------------	--------------------	--------------------

Líquidos Parenterales:

Solución	Presentación	Horario

Medicamentos:

Medicamento	Dosis	Frecuencia

Glucemia capilar	Insulina	Horario / Dosis					
Preprandial							
Postprandial							
Esquema de Insulina rápida							

4.7.1 Elementos relacionados con la estructura y función

--

Curva de Signos Vitales

Hora									
T/A									

FC									
T °C									

Tira reactiva en orina:	HGT:
	USG:
	RAYOS X:

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

¿Cada cuando se baña? _____ Cambio de ropa: _____

Aseo bucal: _____ Gingivitis, caries, otro: _____

¿Cuándo se lava las manos?: _____ ¿Qué significa para usted la limpieza? _____

¿Cuál es la importancia de la religión en su vida?

¿Con que frecuencia acude a lugar donde profesa su espiritualidad?

Uso de aparatos de asistencia especiales:

Silla de ruedas ()	Ap. Ortopédico ()	Bastón / muletas ()	Dentadura postiza ()
Lentes de contacto ()	Prótesis ()	Gafas ()	Catéter Epidural ()

Ha sufrido algún cambio físico que haya alterado su auto imagen: _____

¿Cómo se percibe físicamente durante su embarazo? _____

¿Qué significa para usted la intimidad con su pareja durante el embarazo?

¿Usted y su pareja considera que durante el embarazo la intimidad debe de cambiar?

4.8.1 Elementos relacionados con la estructura y función

Valoración del Puerperio Inmediato y mediato.

Coloración: Palidez () Cianosis ()	Mucosas orales: Hidrata () Deshidratada ()
Diuresis Cantidad: _____ Características: _____ Espontanea () Sondaje vesical ()	Evacuación intestinal:
Involución uterina (localización y consistencia):	Loquios (cantidad, consistencia, coloración, olor):

Periné (coloración, edema, equimosis, hematoma, aproximación de los bordes, dolor, drenaje, desgarros):	Herida quirúrgica (tipo y características):
Miembros Pélvicos (coloración, edema, dolor, temperatura):	Aspectos emocionales (vínculo, rol, contacto piel a piel):
Descanso y sueño:	Deambulación (activa, pasiva)
Educación para la salud:	

Valoración de lactancia materna:

Alimentación actual: Lactancia Materna Exclusiva () Lactancia Mixta () Lactancia artificial ()

Características de la tetada:

Mamas		
Flácidas	MD <input type="checkbox"/>	MI <input type="checkbox"/>
Congestionadas	MD <input type="checkbox"/>	MI <input type="checkbox"/>
Turgentes	MD <input type="checkbox"/>	MI <input type="checkbox"/>
Mastitis	MD <input type="checkbox"/>	MI <input type="checkbox"/>
Absceso	MD <input type="checkbox"/>	MI <input type="checkbox"/>

Pezón		
Normal	MD <input type="checkbox"/>	MI <input type="checkbox"/>
Plano	MD <input type="checkbox"/>	MI <input type="checkbox"/>
Invertido	MD <input type="checkbox"/>	MI <input type="checkbox"/>
Agrietado	MD <input type="checkbox"/>	MI <input type="checkbox"/>

Observación de la tetada

Posición del cuerpo:	Vínculo emocional:
Respuesta del bebé:	Frecuencia de mamadas:
Respuesta de la mamá:	Duración de la mamada

Usa ambos pechos Si () No () A veces () Alterna el lado c/ comienza: Si () No () A veces ()

Basado en Waisman, Mónica. (1998). Formulario de Valoración. Organización de un Consultorio de Lactancia Materna. Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sarda. Volumen 17, 97-192

Basado en la hoja de valoración de Instituto Politécnico Nacional, Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia. Guía de Evaluación del Autocuidado (s/f) Recuperado Junio 2015 Universidad Nacional Autónoma de México. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Posgrado en Enfermería Perinatal. Instrumento de Valoración Perinatal última modificación septiembre 2006, recuperado junio 2015. Modificado por E.E.P. Nidia Rivas flores Agosto de 2015, 2017. Revisión por las alumnas de la 2ª generación de Enfermeras perinatales con sede en el INPer en agosto de 2016, P.L.E.O. Campos Vasquez Magali, L.E.O Galicia Hernández Victoria, L.E.O. López Castillo Magali Herminia, L.E.O. Pacheco Cadenas Elizabeth, L.E.N. Rolon Balcazar Consuelo Isabel y L.E Rueda Cano Marisela.

Anexo 3



¿Qué son los síntomas de alarma?

Son síntomas que se pueden presentar en cualquier momento del embarazo y que deben ser identificados por las mujeres embarazadas para acudir oportunamente a una valoración médica

Intenso que se acompañe de **zumbido de oídos** y ver destellos

Perdida de la consciencia
Presentar Crisis Convulsivas

Presentar **escalofríos**
Piel caliente al tacto

Disminución o ausencia de movimientos del bebé por más de 3 horas y que persiste aun cuando ya ingeriste alimentos

Dolor en el abdomen que irradia de cintura a columna, tipo cólico, **más de 3 veces en 10 minutos** y que es **persistente**

Sangre
1. Color café
2. Color rojo intenso
Líquido transparente
Abundante
Fleja
1. Blanco
2. Amarillo
3. Verde

<https://bit.ly/32IA4Tx>

CENETC. Guía de Práctica Clínica Control Prenatal con Enfoque de Riesgo. México. 2017;1-66. Disponible en: <https://bit.ly/1h9BLRL>

Elaboro L.E.O. Elizabeth Sánchez Romero



Anexo 4

Manejo de síntomas de Estreñimiento

El **estreñimiento** es una alteración funcional del tránsito intestinal, que se define como una dificultad para evacuar las heces y una reducción de la frecuencia de los movimientos peristálticos.

Síntomas de estreñimiento:

- *Menos de 3 deposiciones por semana
- *Las heces son duras
- * Hay una sensación de que no se ha terminado de evacuar el intestino
- *Si las heces son muy duras, pueden causar sangrado en el recto

Hábitos para mejorar el estreñimiento

1.-Aumentar el consumo de agua **MINIMO 2 LITROS DE AGUA NATURAL AL DÍA**



2.-Aumentar la ingesta de fibra **minimo 20 -35 Gramos por día** (Inaza, trigo, Fibra natural) *cuo: si se consume fibra abundante, pero no se ingiere agua, puede aumentar el estreñimiento.*

- * Consumo de pan INTEGRAL
- * Cereales ALL BRAN
- * Yogurt natural
- *Yogurt con fibra

3.-Consumo de fruta abundante con cascara, recuerda previo lavado con agua y jabón

*Papaya, naranja, piña, ciruela pasa, manzana, nopal.

*EVITA alimentos astringentes como: Plátano, guayaba, zanahoria, arroz y fideos

4.-Establecer un hábito intestinal (mañana, tarde o noche) y no retrasar la deposición si se presentan las ganas.

5.-Caminar, actividad de bajo impacto, ayuda a la movilidad de los intestinos

6.-Ejercicios físicos de preparación al parto, siempre y cuando no sientas molestias en el pecho, palpitaciones o tengas actividad uterina de forma regular.



<https://bit.ly/20W1A3A>



<https://bit.ly/2Zu8dby>

Estos hábitos ayudan a tu cuerpo a mejorar las molestias y, además ayudara a tu cuerpo a la **regresión en la etapa después del embarazo.**

Anexo 5



PARTO



TRABAJO DE PARTO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 POSGRADO EN ENFERMERÍA PERINATAL
 INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA



Comienzo espontaneo del **Trabajo de Parto**

El trabajo de parto desencadena síntomas y signos diferentes, esto solo se presenta al final del embarazo y apoya el nacimiento del bebé

Falso	Verdadero
Síntomas de un trabajo de parto FALSO	Síntomas de una trabajo de parto VERDADERO
<p>Fileno de las Contracciones: -Serán irregulares, en tiempos indeterminados durante el día. Cambios en los movimientos: -Las contracciones pueden detenerse cuando caminas, te sientas o se está acostada. Fuerza de las contracciones: -Son leves y no aumentan de intensidad Dolor: -Comienza en la parte delantera, como cólicos menstruales.</p>	<p>Fileno de las contracciones: -Las ontracciones son regulares en determinados intervalos de tiempo, cada contracción dura entre 30 y 60 segundos. Cambios en los movimientos: -Las contracciones no se detiene Fuerza de las contracciones: -Se hacen más fuertes con el paso del tiempo Dolor: -Comienza desde la espalda, ejerciendo presión y se desplaza <u>hacia enfrente</u>.</p>

Trabajo de parto verdadero

Borramiento y Dilatación

Comienza con el inicio de las contracciones uterinas y la presencia de cambios cervicales.

Expulsión

Alumbramiento

Cunningham, F. Leveno, J. et al. "Williams Obstetricia", 23ª. Mc Graw Hill; 2011.
 CENETEC. Guía de Práctica Clínica: Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. México. 2014;1-28. Disponible en:
<https://bit.ly/2GBKtHJ>

FASE	¿Qué es?	Tiempo
LATENTE	Período del parto que transcurre entre el inicio del parto y los 4 cm. de dilatación	- Promedio dura 18 horas en pacientes nulíparas y en pacientes multiparas 12 horas *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
ACTIVA	Período del parto que transcurre entre los 5 a los 10 cm. de dilatación y se acompaña de contracciones regulares.	En pacientes nulíparas se observa un promedio de duración de 8 a 18 horas y en multiparas de 5 a 12 horas.
¿Qué es?		Tiempo
	Comienza con <u>dilatación completa</u> y concluye con el nacimiento del bebé.	- Duración promedio de 60 minutos. - Máximo 2 horas con analgesia. - <u>3 horas</u> en multiparas sin analgesia obstétrica. - 2 horas si tiene analgesia.
¿Qué es?		Tiempo
	Período comprendido desde el pinzamiento y corte del cordón umbilical del recién nacido hasta la <u>expulsión de la placenta y membranas</u>	- Duración promedio de 30 minutos.

Anexo 6

Motivos para acudir al Hospital

1. Experimentar contracciones uterinas rítmicas (1 cada 5 minutos en un período de una hora) que no ceden con el reposo.

2. Ruptura de la fuente :

Se debe de observar la hora de la ruptura y las características , su color normal es transparente.

La presencia de líquido verde puede evidenciar signos de sufrimiento fetal y es preciso consultar con urgencia al centro hospitalario.

3. Metrorragia (pérdida de sangre por vía vaginal): puede revelar que existe un desprendimiento de la placenta y se debe consultar al hospital con urgencia.

ADemás DEBERA S ACUDIR AL HOSPITAL AL PRESENTAR CUALQUIER SINTOMA DE ALARMA

L.E.O. Elizabeth Sánchez Romero
Kendriane, Programa Hospitalidad Maternidad Perinatal

Folleto Psicoprofilaxis de Emergencia

Preparación para recibir el parto



<https://bit.ly/2D085AD>



¿Que es la Psicoprofilaxis de Emergencia ?

Es la preparación brindada a la gestante faltando pocos días para la fecha probable de parto, o la que se ofrece a la mujer durante su labor de parto.

Ventajas

- ◊ Menor grado de ansiedad en la madre, permitiendo adquirir y manifestar una actitud positiva y de tranquilidad.
- ◊ Adecuada respuesta durante las contracciones uterinas, utilizando apropiadamente las técnicas de relajación, respiración
- ◊ Menor duración de la fase de dilatación en relación al promedio normal.
- ◊ Menor uso de fármacos en general.
- ◊ Menor riesgo a presentar complicaciones obstétricas.
- ◊ Mejor vínculo afectivo con el bebe, pudiéndolo disfrutar de manera natural y positiva, con criterios reales y positivos, sin perjuicio del bebe, ni especulaciones ni uso de técnicas no probadas o no convenientes.
- ◊ Menor riesgo de un parto instrumentado.



<https://bit.ly/2O5KmQz>

Paso 1.

Respiración-Relajación

La **respiración** es una función vital semivoluntaria; se pueden modificar el número de respiraciones por minuto y la duración de la inspiración (entrada de aire) y de la **expiración** (salida de aire), para conseguir una buena oxigenación y, a la vez, una buena **relajación**. Los ritmos de inspiración y de expiración se relacionan con estados de ansiedad o de **calma-reposo**. La **sensación de calma-reposo se fomenta prolongando la expiración (salida de aire)**.

Respiraciones para utilizar en el trabajo de parto :

1. Respiración abdo-mirol del bajo vientre de expiración prolongada.

Objetivo: prolongar la expiración el máximo tiempo posible a lo largo de toda la contracción.

- Expiración activa y prolongada por la boca, **contrayendo el bajo vientre**.

- Inspiración pasiva hinchando la barriga.

2. Respiración torácica de expiración prolongada.

Objetivo: prolongar la expiración el máximo tiempo posible a lo largo de toda la contracción.

- Expiración activa y prolongada por la boca, **bajando el pecho**.

- Inspiración pasiva hinchando el pecho.

3. Respiración superficial o de "emergencia".

Objetivo: asociar el ritmo respiratorio a las sensaciones de la contracción.

- Al iniciar la contracción, el ritmo de la respiración es más lento y profundo.

- A medida que aumenta la intensidad de la contracción, el ritmo respiratorio es más rápido y superficial.

- Al ir disminuyendo la intensidad de la contracción, el ritmo respiratorio se vuelve más lento y profundo, acabando con una respiración profunda.

Solís H, Morales S. Impacto de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Rev Horiz Med. 2012; 12(2):48-52. Disponible en: <https://bit.ly/2VH4Akv>

Paso 2.

Pujo

En el período expulsivo, la participación activa de la mujer con los pujos **facilita el descenso del feto por el canal del parto**. Si las mujeres empujan siguiendo sus propias sensaciones, se habla de pujos espontáneos. Ahora bien, si se utilizan analgesias en el momento del parto, podrían interferir en el período expulsivo, disminuyendo el reflejo de empujar. Es por ello que **se recomienda practicar, antes del parto**, ejercicios que faciliten esta fase.

Pujo con respiración (más fisiológico)

Posición inicial: se mi-incorpora, se palda a apoyada sobre un cojín o un cojín en forma de C, piernas se mitexionadas.

Relajar la zona del perineo, apoyándose bien sobre la columna, evitando contraer el perineo y los glúteos.

Realizar una inspiración profunda hinchando el abdomen, hacer una expiración prolongada, expulsando el aire por la boca o emitiendo un sonido, dirigiendo la fuerza hacia el pubis. Recordamos que este sonido se dirige hacia el cuello y no hacia el pecho (ejemplo: un gemido, un grito...). Mantener constante la presión abdominal, independientemente de la fase respiratoria.

A tener en cuenta: No practicar este ejercicio en el domicilio.

Pujo con inspiración bloqueada (forme clásica)

Posición inicial: espalda a apoyada sobre un cojín en forma de cuña, piernas se mitexionadas.

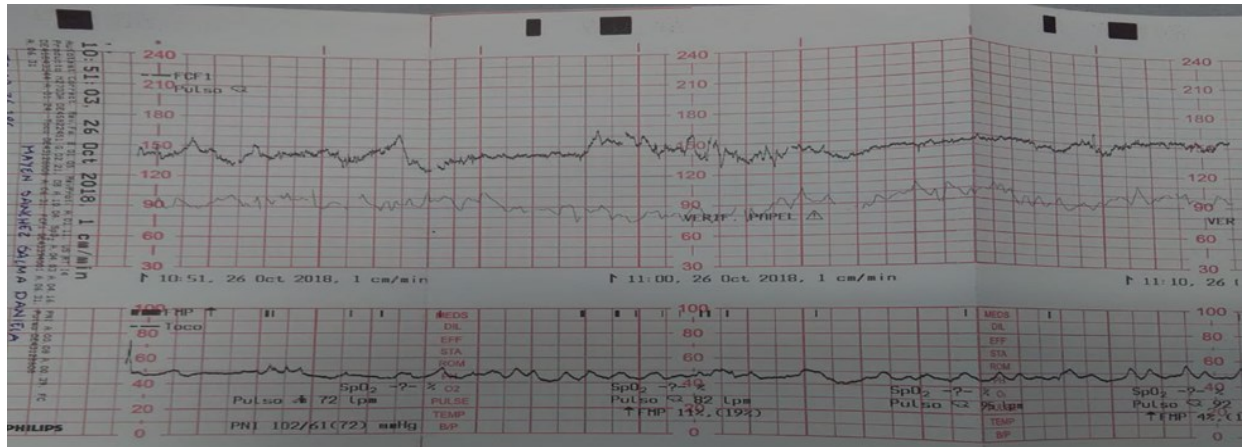
Relajar la zona del perineo, apoyándose bien sobre la columna, evitar contraer el perineo y los glúteos.

Realizar una inspiración profunda, bloquear la respiración y empujar dirigiendo la fuerza hacia el pubis, manteniendo la fuerza de la prensa abdominal a lo largo de toda la contracción. Si es preciso, se puede hacer un cambio de aire sin relajar la prensa abdominal.

A tener en cuenta: No practicar este ejercicio en el domicilio.

Es importante recordar **los síntomas de alarma** en el embarazo para acudir oportunamente a recibir atención médica

Anexo 7



Categoría 1

Integridad 95%

Duración 20 minutos

Variabilidad: moderada

Desaceleraciones: ausentes

Aceleraciones: presentes

FCF: 150 lpm.

