



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ESTUDIO DE CASO

**REALIZADO A UNA MUJER EN TRABAJO DE PARTO
ABORDADO DESDE LA PERSPECTIVA TEÓRICA DE
DOROTHEA E. OREM Y CON ENFOQUE DE PARTO
HUMANIZADO**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
ENFERMERA ESPECIALISTA PERINATAL.**

P R E S E N T A:
L.E. SARAI MARTÍNEZ LLERGO

ASESORA:
MTRA. LUCÍA M. ILLESCAS CORREA



CIUDAD DE MÉXICO

2022

RESUMEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Título: Estudio de caso realizado a una mujer en trabajo de parto abordado desde la perspectiva Teórica de Dorothea E. Orem y con enfoque de Parto Humanizado.

Introducción: Se describe la atención perinatal a una mujer adulta en trabajo de parto, desde la perspectiva de Parto Humanizado y bajo la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem. Se brindaron cuidados oportunos y específicos ante limitaciones y capacidades de autocuidado de los requerimientos físicos, psicoemocionales y sociales, centrados en el derecho y respeto a la dignidad humana. **Objetivo:** Documentar el fenómeno que resulta de los cuidados aplicados a una mujer en trabajo de parto, desde la perspectiva teórica de E. Orem y con enfoque de parto humanizado. **Método:** Estudio de caso. Mujer en trabajo de parto de bajo riesgo, en un tercer nivel de atención. Se documentaron los cuidados humanizados y de autocuidado de Enfermería Perinatal siguiendo la metodología del Proceso de Atención de Enfermería. Se realizó técnica de entrevista, observación y exploración física. **Descripción del caso.** Adulta joven, primigesta, embarazo de término, en trabajo de parto fase activa, con alteración emocional, desconocimiento del trabajo de parto y de medidas para afrontarlo. **Consideraciones éticas.** Basado en la Ley General de Salud, Código de Ética para las Enfermeras en México y Derechos de los Pacientes. **Conclusiones.** Se logró la adopción y adaptación de los cuidados humanizados y de autocuidado, con resultados de experiencia positiva del trabajo de parto de la mujer.

Palabras clave: Trabajo de parto, Déficit del Autocuidado, Parto Humanizado.

ABSTRACT

Title: Case study of a woman in labor approached from Dorothea E. Orem's Theoretical perspective and with a Humanized Childbirth approach. Orem's Theoretical perspective and Humanized Childbirth approach.

Introduction: The perinatal care of an adult woman in labor is described, from the perspective of Humanized Childbirth and under Dorothea Orem's Self-Care Deficit Theory. Timely and specific care was provided for the demands and capacities of self-care of the physical, psychoemotional and social requirements; centered on the right, respect and human dignity. **Objective:** To document the phenomenon resulting from the care applied to a woman in labor, from the theoretical perspective of E. Orem and with a focus on humanized childbirth. **Method:** Case study. Woman in labor, low risk, in a third level of care. Humanized and self-care care was documented, following the methodology of the Nursing Care Process. Interview, observation and physical examination techniques were used. **Case description.** Young adult, primigravida, term pregnancy, in active labor phase, with emotional disturbance, lack of knowledge about labor and measures to face it. **Ethical considerations.** Based on the General Health Law, Code of Ethics for Nurses in Mexico and Patients' Rights. **Conclusions.** Adoption and adaptation of humanized care and self-care was achieved, with results of positive experience of women's labor.

Key words: Labor, Self-Care Deficit Theory, Humanized Childbirth.

AGRADECIMIENTOS

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), por el financiamiento otorgado para poder cursar y culminar la especialidad en Enfermería Perinatal.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por la oportunidad de ser parte de su Programa Único de Especialización en Enfermería de calidad.

Al Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudios del Nacimiento (CIMIGEN), por acogernos y colaborar en nuestra formación como profesionales especialistas con alto sentido ético y humano.

Al Hospital General de Ecatepec las Américas, por brindarme el espacio y herramientas para mi aprendizaje en la atención obstétrica de las mujeres.

DEDICATORIA

A Dios, por la vida, por hacerme completa, funcional y capaz para culminar uno de mis proyectos de vida.

A mi madre; mi sostén, ejemplo de bondad y fuerza. A mis hermanas; quienes alimentan mis sueños y me ayudan a hacerlos realidad, por el apoyo incondicional.

Finalmente, para Andrea O. G., y a todas las mujeres que me han permitido ser parte de su vivencia en el trabajo de parto y parto, por abonar en mi convicción para continuar proporcionando cuidados especializados en enfermería con enfoque humanizado.

A mis compañeros de Especialidad, a quienes llevo en mi corazón. Les agradezco profundamente el acompañamiento y apoyo para este logro.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS.....	3
Objetivo General	3
Objetivos específicos	3
CAPÍTULO 1. FUNDAMENTACIÓN	4
1.1. Panorama epidemiológico de la salud materna.....	4
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO	11
2.1. Marco conceptual.....	11
2.1.1 Conceptualización de la enfermería.....	11
2.1.2 Metaparadigmas de enfermería.	12
2.1.3 Teoría del Déficit de Autocuidado en Enfermería.	13
2.1.4 Proceso de atención de enfermería	19
2.1.5 Trabajo de parto normal.....	23
2.2 Marco empírico	33
2.2.1 Parto Humanizado	33
2.3 Daños a la salud	39
2.3.1 Complicaciones del trabajo de parto.....	39
2.4 Operacionalización de los descriptores conceptuales	44
CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA	47
3.1 Estrategia de la Investigación: Estudio de caso.....	47
3.2 Selección de casos.....	49
3.3 Fuente de información	49
3.4 Consideraciones éticas.....	50
CAPÍTULO 4. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	53
4.1 Valoración.....	53
4.2 Esquema metodológico	68
4.3 Jerarquización del problema	69
4.4. Diagnósticos de enfermería.	69
4.5 Planeación de los cuidados	70
4.6 Plan de alta.....	87
CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	89
5.1 Conclusiones	89

5.2. Recomendaciones	90
REFERENCIAS.....	91
ANEXOS	98

INTRODUCCIÓN

En México, la atención del parto se ha visto disminuido en años recientes, las causas son múltiples, unas de ellas son el desconocimiento social del proceso fisiológico del parto, desconfianza de que el resultado sea favorable, la aplicación de procesos medicalizados y procedimientos muchas veces innecesarios para los casos de bajo riesgo y un deseo constante de no experimentar ninguna sensación dolorosa, hacen que la práctica de la cesárea sea cada vez más solicitada y en muchos casos exigido por las mujeres embarazadas, siendo este un factor más para los riesgos de morbilidad materna.

Por ello, el presente estudio de caso se abordó principalmente a partir de dos enfoques: desde la perspectiva de Parto Humanizado y bajo la Teoría del Déficit de Autocuidado (TDA) de Dorothea E. Orem, siguiendo la metodología del Proceso de Atención de Enfermería (PAE). El primero, como modelo de atención a la mujer durante el trabajo de parto, parto y puerperio, centrado en el derecho y el respeto a la dignidad humana. El segundo, como modelo que permite proveer, rescatar o potenciar las capacidades de autocuidado para cubrir los requerimientos físicos, emocionales y sociales durante el proceso reproductivo, en su caso, durante el trabajo de parto. Éste último, siguiendo la metodología del PAE, como sistema de prácticas que permitirá sistematizar los diagnósticos, las intervenciones del profesional de enfermería y atender la respuesta de bienestar, real o de riesgo, durante el trabajo de parto.

Es así, que el estudio se conforma de cinco capítulos; el primer capítulo, da sustento a la relevancia del estudio de caso, a través de los datos y cifras sobre la situación de salud materna. El segundo capítulo, describe los conceptos que orientan la realización del estudio de caso; los estudios científicos relacionados que dan realce a la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE); la interrelación del Proceso de Atención de Enfermería con la teoría y enfoque utilizado en el estudio, así como la descripción del proceso del trabajo de parto y sus riesgos a la salud materna.

El tercer capítulo, describe la metodología de estudio de caso, siguiendo el Proceso de Atención de Enfermería como instrumento sistemático, sistemático de los cuidados de enfermería. Se describen las características de la participante, el entorno y los métodos e instrumentos de valoración. Igualmente se consideran los aspectos éticos.

El cuarto capítulo, plasma los resultados de la valoración, diagnósticos, planeación, ejecución y evaluación de las intervenciones de enfermería desde la Teoría de Autocuidado de Dorothea Orem y enfoque de Parto Humanizado.

Y el último capítulo, la Enfermera Especialista Perinatal (EEP) documenta y expone los resultados obtenidos de las intervenciones especializadas con enfoque humanizado, basadas en el respeto, autonomía y en el ejercicio de los derechos de las mujeres durante el trabajo de parto.

OBJETIVOS

Objetivo General

Documentar el fenómeno que resulta de los cuidados aplicados a una mujer en trabajo de parto, desde la perspectiva teórica de Dorothea E. Orem y con enfoque de parto humanizado, a través de la metodología de estudio de caso.

Objetivos específicos

- Identificar mediante el instrumento de valoración las capacidades de autocuidado de la usuaria y fortalecerlas para su mejor adaptación al trabajo de parto.
- Reconocer las demandas de autocuidado de la usuaria durante el acompañamiento del trabajo de parto, para proponer los sistemas de enfermería correspondientes.
- Enunciar diagnósticos e intervenciones de enfermería de acuerdo con los requisitos de mayor demanda de cuidado.
- Evaluar los resultados de las intervenciones a las demandas de autocuidado.
- Garantizar un trabajo de parto seguro y humanizado a través del trato digno y respetuoso desde componente de legal, político, estructural e interpersonal.
- Asegurar el ejercicio de los derechos de la usuaria a través de la elección de la posición del parto, del uso de estrategias no farmacológicas, acompañamiento de familiares o el personal especializado.
- Promover y ejercer un trabajo de parto libre de violencia, no medicalizado y sin intervenciones mecánicas contraindicadas o no necesarias.

CAPÍTULO 1. FUNDAMENTACIÓN

La Enfermería como disciplina y profesión, exige el uso del conocimiento sustantivo basado en la teoría y la práctica con evidencia científica. Lo que permite resaltar el nivel formativo y práctico, de la enfermera o enfermero perinatal, centrado en su actuar mismo, en quienes atiende, en la salud y el entorno. Además de resaltar su contribución en la asistencia sanitaria en la mejora la salud materna e infantil.

En congruencia con ello, la Enfermera Especialista Perinatal, fundamenta su estudio de caso en la situación de salud materna actual y en la normativa y/o lineamientos legales de la atención del trabajo de parto bajo el enfoque de parto humanizado que respaldan la indispensable participación de la EEP. Para ello, se realizó la búsqueda de información en páginas oficiales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), Datos del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Dirección General de Epidemiología en México, Secretaría de Salud. Así como en artículos de mayor evidencia científica, Normas Oficiales, Guías de Prácticas Clínicas, y lineamientos técnicos emitidos por instituciones u organismos oficiales de salud.

1.1. Panorama epidemiológico de la salud materna

La Oms¹, a nivel mundial reporta 830 muertes de mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. Cifras que se producen y persisten en países de ingresos bajos. Mientras que en los países en vías de desarrollo la razón de mortalidad materna es de 239 por 100 000 nacidos vivos, en los países desarrollados es tan solo de 12 por 100 000. Se encuentran dentro de las principales complicaciones, las hemorragias y las infecciones mayormente después del parto, la hipertensión gestacional, complicaciones en el parto, los abortos peligrosos.

A nivel nacional, según datos de la Dirección General de Epidemiología en México², las estadísticas tampoco son alentadoras, en un panorama similar a lo que sucede en el mundo, hasta la semana 13 del año 2020, antes del COVID-19; las causas de muerte maternas son: las hemorragias, las enfermedades hipertensivas del embarazo y los abortos. Las entidades con más defunciones maternas son: Estado de México, Chiapas,

Jalisco, Chihuahua, CDMX y N.L. En conjunto suman el 49.9% de las defunciones registradas.

Aunque se espera que para el 2030, exista una reducción de razón de muerte materna a menos de 70 por 100, 000 nacidos vivos, la razón de muerte materna, a 8 años de llegar al año de corte, establecido en los Objetivos de Desarrollo Sostenible³, aún se encuentra con una razón de muerte materna de 239 por cada 100, 000 nacidos vivos. Llama la atención que estas cifras que en su mayoría son complicaciones con causas evitables, entre las cuales destacan; la calidad de la atención en los servicios de salud, la violencia obstétrica que en muchos casos la confunden y la reducen a una mera cuestión de mala calidad de atención; el incremento de cesáreas innecesarias y la percepción de las mujeres sobre el proceso del trabajo de parto y parto.

Por mencionar algunos datos de lo aseverado en el párrafo anterior, datos del Fondo de Población de las Naciones Unidas⁴, en su informe de la Situación de la Morbilidad y Mortalidad Maternas: América Latina y el Caribe, México se encuentra dentro de los países en vías de desarrollo, con regiones en situaciones de precariedad muy marcadas, con niveles de altos de pobreza y por ende con una cobertura de atención perinatal insuficiente y deficiente. Resalta la inequidad en el acceso a servicios de atención materna de calidad y respetuosos, determinados por la baja escolaridad, la desnutrición, la falta de acceso a los servicios básicos, la ubicación geográfica, la discapacidad y la pertenencia a población indígena o afrodescendiente.

De igual forma, en nuestro país, se ha notado en las instituciones, un incremento de más del 50% de la atención de sus nacimientos por cesáreas innecesarias, principalmente por causas secundarias (aseguradoras médicas, mala información de las embarazadas, deficiente interpretación de registros de cardiotocografía fetal, mala práctica de obstetras, etc.). Porcentaje de cesáreas que rebasan el 10% y 15%, indicado por la OMS. Además de que su uso, uso sólo se encuentra justificado cuando existen riesgos específicos detectados durante el embarazo o trabajo de parto desde el punto de vista médico, puesto que los riesgos a corto y mediano plazo exceden los beneficios de su uso⁵.

Resultados de estudios recientes, destacan que existe mayor porcentaje cesárea en las instituciones privadas y de seguridad social; se les atribuye a los incentivos económicos para los obstetras y las instalaciones; También, que existe una fuerte asociación entre la fase latente del trabajo de parto y el riesgo de cesárea, lo que sugiere que muchas mujeres se someten a una cesárea antes de que comience el trabajo de parto activo. Que existe falta de paciencia de los proveedores con el proceso de trabajo de parto, escasez de personal para el manejo del trabajo de parto y la falta de experiencia con partos vaginales asistidos, por ejemplo, del uso de Fórceps). Además, de que las mujeres que iniciaron la atención prenatal en el primer trimestre tuvieron más probabilidades de tener un parto por cesárea, en comparación con las mujeres que retrasaron la atención o no recibieron ninguna⁶.

Otros datos de la INEGI⁷, indican que de los partos de las madres de 15 a 49 años que ocurrieron de enero de 2013 a octubre de 2018, 3.9 millones (45.5%) fueron cesáreas, y de éstas, 50.7% se programaron. La cesárea primaria o programada⁸, es aquella intervención quirúrgica programada durante las consultas prenatales, por evidencia de complicaciones o por solicitud de la madre.

Con respecto a las cesáreas solicitadas por la madre, evidencias científicas demuestran que el desconocimiento social del proceso fisiológico del parto, la desconfianza de que el resultado del parto sea favorable, la aplicación de procesos medicalizados y procedimientos muchas veces innecesarios para los casos de bajo riesgo y un deseo constante de no experimentar ninguna sensación dolorosa, son algunos motivos de la solicitud.

Una encuesta realizada en colegios y universidades de 8 países de la OCDE (Australia, Canadá, Chile, Inglaterra, Alemania, Islandia, Nueva Zelanda, Estados Unidos) en 2014/2015, con el objetivo de identificar cuántas mujeres y por qué prefieren la cesárea en un embarazo saludable hipotético, y si las mujeres informan brechas de conocimientos sobre el embarazo y el parto. Los resultados proyectaron que una de cada diez mujeres jóvenes en el estudio, prefirió cesárea, que va desde el 7,6% en Islandia hasta el 18,4% en Australia. El miedo al dolor de parto incontrolable y el miedo al daño físico fueron las principales razones para preferir una cesárea. Tanto el miedo al parto como las

preferencias por la cesárea disminuyeron a medida que aumentaba el nivel de confianza en el conocimiento de las mujeres sobre el embarazo y el parto.⁹

Otro estudio de revisión de evidencia cuantitativa y cualitativa, de base de datos y revistas de relevancia entre el 2008 y 2018, encontraron seis razones o factores principales asociados con una preferencia de modo de nacimiento que fueron: percepciones de seguridad; miedo al dolor; experiencia previa de nacimiento; estímulo y disuasión de los profesionales de la salud; influencias sociales y culturales; y acceso a la información y a los niveles educativos.¹⁰

Otro fenómeno que destacar, es la violencia durante la atención obstétrica, entendida como “los actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia”.¹¹

Existe evidencia que, durante la atención obstétrica, las mujeres sufren regañones, burlas, ironías, insultos, amenazas, humillaciones verbales, manipulación de la información, negación al tratamiento sin referir a otros servicios para recibir asistencia oportuna, aplazamiento de la atención médica urgente e indiferencia frente a sus solicitudes o reclamos. Además, no se les consulta o informa sobre las decisiones que se van tomando en el curso del trabajo de parto, pues las utilizan como recurso didáctico sin respeto alguno a su dignidad humana. El contexto que impera en las salas de parto las convence que el dolor de parto es una sentencia de castigo y una vía para consentir las intervenciones invasivas e innecesarias.¹²

La OMS, señala que esos actos irrespetuosos y ofensivos durante el parto en centros de salud, no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y psicológica de la diada materno fetal. Así mismo resalta que es más probable que las mujeres adolescentes, las solteras, las de nivel socioeconómico bajo, las que pertenecen a una

minoría étnica, las inmigrantes y las que padecen VIH, entre otras, sufran de violencia obstétrica.¹³

Es así como el panorama anterior, ha motivado a generar acciones que logren disminuir o erradicar la situación de salud negativa de las mujeres durante la atención obstétrica. Entre las estrategias y acciones destacan la unificación de las guías de práctica clínica para la atención obstétrica de bajo riesgo, recomendaciones para un parto de experiencia positiva y modelos de atención con enfoque humanizado, entre otros.

De acuerdo con el Objetivo de Desarrollo Sostenible tres: garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, y la nueva Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016–2030), la OMS despliega el documento: *“Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva”* definiendo una experiencia de parto positiva como la “experiencia que cumple o supera las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de la mujer. Esto incluye dar a luz a un bebé sano en un ambiente seguro desde el punto de vista clínico y psicológico, contar con apoyo práctico y emocional continuo, es decir, estar acompañada en el momento del nacimiento, ser asistida por personal amable y con competencias técnicas adecuadas”¹⁴

De esas recomendaciones, derivan otros documentos que respaldan las acciones que se proponen para una experiencia de parto positivo. Entre ellos destaca como documento principal, la *Norma Oficial Mexicana 007 SSA2 2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*.¹⁵ Establece los criterios de atención basados en el respeto de sus derechos humanos, principalmente a su dignidad y cultura. Facilitando, en la medida de lo posible, una atención obstétrica que favorezca la seguridad emocional de la mujer, así como su bienestar durante todo el proceso. Procurando así una atención de calidad técnica e interpersonal; con respeto al derecho de la mujer a un parto espontáneo con la menor intervención de procedimientos invasivos.

Se halla también la *Guía de Práctica Clínica-052-2019, vigilancia y atención amigable en el trabajo de parto en embarazo no complicado*¹⁶. Esta destaca la atención amigable, refiriéndose a realizar intervenciones que mejoren la experiencia del nacimiento, por mencionar algunos:

- Empleo de técnicas de relajación y de alivio del dolor, mínima intervención durante la vigilancia del trabajo de parto y manejo de complicaciones.
- Procurar la dignidad, privacidad y confidencialidad, asegurar la ausencia de daño y maltrato, permitiendo la posibilidad de una elección informada y continua durante el trabajo de parto y el nacimiento.
- Alentar a la mujer a la libre posición que desee durante el parto.
- Atención que no incluye procedimientos invasivos, al menos de manera rutinaria e institucional (rasurado, enemas, soluciones intravenosas, amniotomía, analgesia obstétrica o monitoreo fetal continuo).

La Secretaría de Salud lanza la *Guía de Implantación. Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque de parto humanizado, intercultural y seguro*¹⁷

Esta guía se basa en tres enfoques:

- El enfoque humanizado con el objetivo de que se viva la experiencia del nacimiento como un momento especial y placentero en condiciones de dignidad humana incluye al personal de salud, pretendiendo que pueda también compartir ese gozo y no sufrir el parto, erradicando el síndrome de Burnout, causado por trabajar en condiciones deshumanizantes.
- El enfoque intercultural parte de reconocer la diversidad cultural tanto de las personas usuarias como del personal de salud, con sus demandas y expectativas.
- El enfoque seguro parte de reconocer el derecho de la mujer de recibir y del personal de salud de otorgar, una atención médica basada en fundamentos científicos. Es común que esto último se inhiba en muchas instituciones de salud.

Y recientemente, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO),¹⁸ en conjunto con otras organizaciones como el Colegio Real de Ginecología y Obstetricia y el Colegio Americano de Ginecología y obstetricia, organizaciones de salud pública, establecen la declaración de derechos para el parto, que consiste en:

- Proporcionar acceso a una atención segura y respetuosa a todos los que la necesitan independientemente de su raza, etnia, fe, religión, discapacidad, origen socioeconómico, edad, estado civil, situación migratoria o apátrida, o identidad sexual, prestar una atención respetuosa que reconozca los derechos y deseos de la persona, dentro de un marco ético de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía.
- Elaborar un modelo de atención para preparar a las personas para el embarazo que proporcione una atención adecuada antes y durante el embarazo para optimizar la salud y reducir el riesgo de posibles resultados negativos.
- Elaborar un modelo de atención para las personas embarazadas y que dan a luz, con acceso a lo siguiente: información libremente disponible para que las mujeres puedan tomar las decisiones adecuadas sobre el embarazo, el parto y la atención posnatal por sí mismas; atención adecuada en el trabajo de parto: para abordar la nutrición, el alivio del dolor y la vigilancia fetal; al menos un compañero de parto elegido por la mujer durante el trabajo de parto y el nacimiento: se sabe que tener un compañero de parto de confianza presente durante el trabajo de parto marca una diferencia significativa en la seguridad y el bienestar de las mujeres en el parto.

Sobre esas premisas, la enfermera Perinatal basa sus intervenciones a fin de contribuir a mejorar la situación de la salud materna.

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

2.1. Marco conceptual

2.1.1 Conceptualización de la enfermería

Han sido muchos momentos históricos que han marcado y dado rumbo el qué hacer de la enfermería, que en un principio eran descritos por un servicio vocativo, de servicio y apoyo humanitario hasta llegar a su profesionalización.

Se describe un primer momento, la etapa de la práctica durante la guerra de Crimea; se comienzan los primeros cuidados conceptualizados como una acción de vocación, caritativa y de servicio humanitario en los campos de concentración a los soldados heridos en combate. Cuidados que resultaron efectivos y que conllevaron a la necesidad de enseñanza y formación de enfermeras en las instituciones hospitalarias. También, en ese tiempo, las visitas y cuidados de las enfermeras en los hogares de las personas, fueron situaciones que propiciaron el desarrollo de estudios de casos por las enfermeras, planes de cuidados y ciertos procedimientos que Florence Nightingale sentó como las bases teóricas, prácticas, educativas e investigativas de enfermería.

En un segundo momento, surge la etapa educativa, basada en el cambio curricular y administrativo, la introducción a las universidades y los posgrados, permitieron a la enfermera adentrarse al ámbito de la ciencia. Los primeros trabajos teóricos sobre la conceptualización de enfermería y desarrollo de su corpus de conocimiento dieron surgimiento al siguiente momento.

La etapa de la investigación para mantener su lugar en las instituciones educativas, cuyas investigaciones se enfocaron en cómo enseñar, como administrar y liderar en su propio campo de actuación. Posteriormente, la etapa de desarrollo de las teorías, que logra concretar el corpus del conocimiento, con un marco teórico que guía, orienta y orienta las investigaciones que generan ciencia. Su estructura significativa, los modelos de enfermería como paradigmas dentro de los conceptos de metaparadigma; persona, entorno, salud y enfermería. Su uso y aplicación de las teorías por expertos en la materia, su incorporación de las teorías en los programas de estudios de las escuelas superiores para uso de los estudiantes en enfermería, impulsan la ciencia del paradigma

seleccionado y con ello la consolidación y crecimientos de la enfermería conceptualizándose como disciplina y profesión.

Entiéndase entonces a la enfermería, como “la ciencia y arte humanístico, dedicada al mantenimiento y promoción del bienestar de la salud de las personas, ha desarrollado una visión integral de la persona, familia y comunidad y una serie de conocimientos, principios, fundamentos, habilidades y actitudes que le han permitido promover, prevenir, fomentar, educar e investigar acerca del cuidado de la salud a través de intervenciones dependientes, independientes o interdependientes”¹⁹.

2.1.2 Metaparadigmas de enfermería.

Como disciplina y profesión, delimita su unidad de estudio, su marco de referencia en los siguientes metaparadigmas: persona, entorno, salud y enfermería.

Desde la teórica Dorothea Orem, se definen como:²⁰

Cuidado: Campo de conocimiento y servicio humano que tiende a cubrir las limitaciones de la persona en el ejercicio de autocuidados relacionados con su salud y reforzar sus capacidades de autocuidado.

Persona: Ser que funciona biológica, simbólica y socialmente y que presenta exigencias de autocuidados universales, de desarrollo y ligados a desviaciones de la salud. Es una unidad que posee las capacidades, las aptitudes y el poder de comprometerse y de llevar autocuidados: universales, asociados a procesos de crecimiento, de desarrollo humano y los autocuidados unidos a las desviaciones de la salud. A tal persona se le denomina “agente” y a la persona que se responsabiliza de las actividades de autocuidado “agente de cuidado dependiente”.

Salud: Estado de ser completo e integrado a sus diferentes y modos de funcionamiento: Física, estructura l y funcional, ausencia de defecto (deterioro de la persona) y desarrollo integrado del ser humano como individuo a niveles de integración cada vez más altos.

Entorno: Todos los factores externos que afectan los autocuidados.

2.1.3 Teoría del Déficit de Autocuidado en Enfermería.

La teoría de Dorothea Orem²¹⁽²⁰⁾ encaja en esa última fase de la conceptualización de la enfermería, se coloca como una de las muchas teorías que consolidan e impulsan el qué hacer de enfermería. Orem expone que enfermería debe avanzar como un campo de conocimiento y como un campo de practica a través de un corpus de conocimientos enfermeros estructurado y organizado. Es así como ofrece su estructura teórica del Déficit de Autocuidado en Enfermería, como marco organizador para ese corpus de conocimiento. Su estructura consta de tres teorías con sus respectivos elementos que se relacionan entre sí y se detallan a continuación:

1. Teoría del autocuidado: Describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas.
2. Teoría del Déficit de Autocuidado en Enfermería: Describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a las personas.
3. Teoría de sistemas de enfermería: Describe y explica las relaciones que hay que generar y mantener para que se produzca el cuidado.

Tabla 1. Descripción de la estructura Teórica del Déficit de Autocuidado en Enfermería y sus elementos conceptuales.

Teoría del autocuidado	<p>Descripción:</p> <p>Función reguladora del hombre que las personas deben llevar a cabo por sí solas o deben llevar a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar. El autocuidado es un sistema de acción.</p> <p>Teoría del cuidado dependiente:</p> <p>Por la falta de desarrollo de sus elementos y relaciones conceptuales, se introdujo inicialmente como un corolario a la teoría de autocuidado. Esta explica el modo en que se modifica el sistema de autocuidado cuando se dirige hacia una persona que es socialmente dependiente y necesita ayuda para satisfacer sus requisitos de autocuidado.</p> <p>Elementos conceptuales:</p> <ul style="list-style-type: none">• Cuidado dependiente:
------------------------	---

Cuidado que se ofrece a una persona que, debido a la edad o factores relacionados, no puede realizar el autocuidado necesario para mantener la vida, la salud, desarrollo y bienestar.

- Requisitos de autocuidado:

Consejo formulado y expresado sobre las acciones que se deben llevar a cabo porque se sabe o se supone que son necesarias para la regulación del funcionamiento y desarrollo humano, continua o bajo circunstancias y condiciones específicas.

- Requisitos de autocuidado universales:

Deben alcanzarse mediante el autocuidado o el cuidado dependiente en las diversas etapas del ciclo vital.

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
2. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
3. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
4. La provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación y excrementos.
5. El mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso.
6. El mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad.
7. La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
8. La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.

- Requisitos de autocuidado de desarrollo:

Se han identificado tres conjuntos de requisitos de desarrollo (RACD):

1. Provisión de condiciones que fomenten el desarrollo.
2. Implicación en el autodesarrollo.
3. Prevenir o vencer los efectos de las condiciones humanas y de las situaciones vitales que pueden afectar de manera negativa al desarrollo humano.

- Requisitos de autocuidado en caso de desviación de salud.

Existen para las personas que están enfermas o sufren alguna lesión, como formas específicas de estados o trastornos patológicos, incluidos los defectos y

las discapacidades, y para los individuos que están siendo sometidos a un diagnóstico y tratamiento médico. Los requisitos de autocuidado surgen del estado de la enfermedad y de las medidas usadas en su diagnóstico o en su tratamiento.

- Necesidad de autocuidado terapéutico:

Están constituidas por el conjunto de medidas de cuidado necesarias en ciertos momentos o durante un cierto tiempo para cubrir todas las necesidades conocidas de una persona, particularizado a través de las condiciones y circunstancias existentes a través de unos métodos adecuados para lo siguiente:

- a) Controlar o dirigir factores identificados en las necesidades, cuyos valores son reguladores del funcionamiento humano (suficiente aire, agua y comida).
- b) Cubrir el elemento de actividad de la necesidad (mantenimiento, promoción, prevención y provisión).

- La necesidad terapéutica de autocuidado en cualquier momento:

1. Describe los factores del paciente o el entorno que hay que mantener estables dentro de una gama de valores o hacen lleguen a esa gama para el bien de la vida, salud o bienestar del paciente.
2. tiene un alto grado de eficacia instrumental, derivada de la opción de las tecnologías y las técnicas específicas para utilizar, cambiar o de alguna manera controlar al paciente o los factores de su entorno.

- Demanda de autocuidado dependiente:

Es la suma de las medidas de cuidados en un momento específico o en un periodo de tiempo para cubrir la demanda de autocuidado terapéutico del dependiente cuando su habilitación de autocuidado no es adecuada u operativa.

- Actividad de autocuidado:

Es la habilidad compleja adquirida por las personas maduras, o que están madurando, que les permite conocer y cubrir sus necesidades continuas con acciones deliberadas, intencionadas, para regular su propio funcionamiento y desarrollo humano.

- Actividad de autocuidado dependiente:

	<p>Se refiere a la capacidad adquirida de una persona para conocer y satisfacer la demanda de autocuidado terapéutico de la persona dependiente y/o regular el desarrollo y el ejercicio de la actividad de autocuidado dependiente.</p>
<p>Teoría del Déficit de Autocuidado en Enfermería</p>	<p>Descripción:</p> <p>Las necesidades de las personas que precisan de la enfermería se asocian a la subjetividad de la madurez y de las personas maduras relativa a las limitaciones de sus acciones relacionadas con su salud. Estas limitaciones vuelven a los individuos completa o parcialmente incapaces de conocer los requisitos existentes y emergentes para su propio cuidado regulador o para el cuidado de las personas que dependen de ellos.</p> <p>Déficit de autocuidado es un término que expresa la relación entre las capacidades de acción de las personas y sus necesidades de autocuidado</p> <p>Elementos conceptuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El déficit de cuidado dependiente: <p>Es una relación que existe cuando el proveedor de cuidados dependiente no es adecuado para satisfacer la demanda de autocuidado terapéutico de la persona que recibe el cuidado dependiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividad enfermera: <p>Es la capacidad desarrollada por las personas formadas como enfermeras que les da poder para ser representadas como enfermeras y, dentro del marco de una relación interpersonal legítima, para actuar, saber y ayudar a las personas implicadas en esas relaciones a cubrir sus necesidades terapéuticas de autocuidado y a regular el desarrollo o el ejercicio de la actividad de su autocuidado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diseño enfermero: <p>Una actividad profesional desarrollada tanto antes como después del diagnóstico y la prescripción enfermera, permite a los profesionales de enfermería, a partir de los juicios prácticos de reflexión sobre las condiciones existentes, sintetizar, sintetizar elementos de una situación concreta de relaciones ordenadas a unidades operativas de estructura. Sirve como guía para alcanzar los resultados necesarios y previstos en la producción de la enfermería para el logro de las metas.</p>

<p>Teoría de sistemas de enfermería</p>	<p>Descripción:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Señala que la enfermería es una acción humana; son sistemas de acción formados por enfermeras mediante el ejercicio de su actividad enfermera, para personas con limitaciones derivadas o asociadas a su salud en el autocuidado. • Son las series y las secuencias de las acciones prácticas deliberadas de las enfermeras que actúan a veces de acuerdo con las acciones de sus pacientes, y para proteger y regular el ejercicio o desarrollo de la actividad de autocuidado de los pacientes. <p>Estos pueden ser elaborados para personas, para unidades de cuidado dependiente, para grupos con miembros con necesidades terapéuticas, para familias u otros grupos multipersonales.</p> <p>Elementos conceptuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sistemas enfermeros básicos se clasifican según la relación entre la acción el paciente y la enfermera: <ol style="list-style-type: none"> 1. Sistema completamente compensatorio: Se trata de que la enfermera se haga cargo de satisfacer los requisitos de autocuidado universal del paciente hasta que este pueda reanudar su propio cuidado o cuando haya aprendido a adaptarse a cualquier incapacidad. 2. Sistema parcialmente compensatorio: La enfermera actúa con un papel compensatorio, pero el paciente está mucho más implicado en su propio cuidado en término de toma de decisiones y acción. 3. Sistema formativo-de soporte: Este es el apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, pero actualmente necesita ayuda de enfermería, a veces esto puede significar simplemente alertarlo. El papel de la enfermera se limita a ayudar a tomar decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades. <ul style="list-style-type: none"> • Métodos de ayuda: <p>Es una serie secuencial de acciones que, si se lleva a cabo, resolverá o compensará las limitaciones asociadas a la salud de las personas que se comprometen a realizar acciones para regular su propio funcionamiento y</p>
---	--

	<p>desarrollo, o el de sus dependientes. Se basan en la relación con las necesidades de acción de las personas y con las limitaciones de acción y son:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Actuar o hacer por cuenta de otro. b) Guiar y dirigir. c) Ofrecer apoyo físico o psicológico. d) Ofrecer y mantener un entorno que fomente el desarrollo personal. e) Enseñar. <ul style="list-style-type: none"> • Factores condicionante básicos: <p>Los factores condicionan o alteran el valor de la demanda de autocuidado terapéutico y/o la actividad de autocuidado de un individuo en momentos concretos y bajo circunstancias específicas. Se identifican 10 factores:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Edad. 2. Sexo. 3. Estado de desarrollo. 4. Estado de salud. 5. Modelo de vida. 6. Factores del sistema sanitario. 7. Factores del sistema familiar. 8. Factores socioculturales. 9. Disponibilidad de recursos. 10. Factores externos del entorno.
--	---

Fuente: Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. 9na ed. España: Elsevier; 2018.

Principales premisas:

Se identifica cinco premisas subyacentes en la teoría de la enfermería:

1. Los seres humanos requieren estímulos continuos, deliberados, de ellos y de su entorno para sobrevivir y funcionar de acuerdo con las leyes de la naturaleza.
2. La actividad humana, el poder de actuar de manera deliberada, se ejercita en forma de cuidado por uno mismo y por otros para identificar las necesidades y realizar los estímulos necesarios.
3. Los seres humanos maduros experimentan privaciones en forma de limitaciones de la acción en el cuidado por uno mismo y los demás, haciendo de la sostenibilidad de vida los estímulos reguladores de las funciones.

4. La actividad humana se ejercita descubriendo, desarrollando y transmitiendo maneras y medios para identificarlas necesidades y crear estímulos tanto para uno mismo para otros.
5. Los grupos de seres humanos con relaciones estructuradas agrupan las tareas y asignan las responsabilidades para conocer cuidado a los miembros del grupo que experimenten las privaciones, con el fin de ofrecer estímulos requeridos deliberados, a uno mismo y a los demás.

2.1.4 Proceso de atención de enfermería

Se define como una “herramienta metodológica, que permite otorgar cuidados a las personas sanas o enfermas a través de una atención sistematizada e integral, cuyo objetivo principal es atender las respuestas humanas individuales o grupales, reales o potenciales; está compuesto de cinco etapas interrelacionadas: valoración, diagnóstico de enfermería, planeación, ejecución y evaluación”.²² Se caracteriza por ser un proceso sistemático, dinámico, humanista, flexible e interactivo en cada una de las etapas que a continuación se describe.

El PAE consta de las siguientes etapas: Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación.^{23 (22)}

Valoración: esta etapa, permite guiar al personal de enfermería a la mejor decisión para intervenir con acciones y cuidados específicos y directos que requiera la persona en el proceso de mejorar o mantener la salud. Consiste en la obtención, organización y validación de datos subjetivos y objetivos significativos del estado de salud de la persona.

A continuación se describen en el cuadro resumen los métodos y aspectos valorados:

Tabla 2. Métodos para la valoración

Entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración (en el primer contacto con la gestante) • Anamnesis • Requisitos de autocuidado universales • Factores condicionantes básicos
Exploración física	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica de inspección, palpación, percusión, auscultación. • Por aparatos y sistemas. • Cefalocaudal
Lineamientos normativos y taxonomías	<ul style="list-style-type: none"> • Taxonomía North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). • Taxonomía Nursing Interventions Classification (NIC). • Nursing Outcomes Classification (NOC). • Guía de Práctica Clínica-052-2019, vigilancia y atención amigable en el trabajo de parto en embarazo no complicado. • Norma Oficial Mexicana 007 SSA2 2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. • Guía de Implantación. Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque de parto humanizado, intercultural y seguro.
Fuentes secundarias	<ul style="list-style-type: none"> • Expediente clínico (estudios de laboratorio y gabinete)
Marco conceptual	<ul style="list-style-type: none"> • Dorothea E. Orem • Proceso de Atención de enfermería • Modelo de atención con enfoque de parto humanizado

Elaborado por: L.E. Saraí Martínez Llargo

Diagnóstico: Una vez obtenidos los datos subjetivos y objetivos, se agrupan para la conclusión clínica reflejada en el diagnóstico de enfermería. Se entiende por diagnóstico de enfermería, al “juicio clínico sobre las respuestas de la persona, familia o comunidad ante procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales que son la base para la selección de intervenciones, y el logro de los objetivos que la enfermera responsable de la persona desea alcanzar”.²⁴

Las obtención y característica de la formulación del diagnóstico enfermero, será siguiendo las particularidades de la taxonomía NANDA (Etiqueta diagnóstica, factor relacionado y características definitorias), el formato PES (Problema, Etiología y signos y síntomas) y dependiendo el tipo de diagnóstico de enfermería a desarrollar, tal y como se describe en la siguiente tabla.

Tabla 3. Características de los diagnósticos de enfermería

Tipo de diagnóstico	Estructura según el formato PES (Problema, Etiología y signos y síntomas)	Estructura según la Taxonomía NANDA
Real: Juicio clínico en relación con una respuesta humana no deseada de una persona, familia, grupo o comunidad, a una afección de salud/proceso vital.	P (Problema de Salud) + E (Etiología) + S (Sintomatología)	Etiqueta diagnóstica, factor relacionado y características definitorias.
Potenciales o de riesgo: Juicio clínico en relación con la vulnerabilidad de una persona, familia, grupo o comunidad para desarrollar una respuesta humana no deseada a una afección de salud/proceso vital.	P (Problema de Salud) + E (Etiología)	Etiqueta diagnóstica y factor de riesgo.

<p>Juicio clínico en relación con la motivación y el deseo de aumentar el bienestar y actualizar el potencial de salud humano.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estas respuestas se expresan por una disposición para mejorar los comportamientos específicos de salud y pueden ser utilizados en cualquier estado de salud. • Las respuestas de promoción de salud se pueden dar en una persona, familia, grupo o comunidad. 	<p>P (Problema de Salud) + S (Sintomatología)</p>	<p>Etiqueta diagnóstica y características definitorias.</p>
---	---	---

Fuente: NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017.

Planeación: Ya formulados los diagnósticos, se jerarquizan los diagnósticos que requieren requiere de cuidados prioritarios. En esta se describen las estrategias para prevenir reducir, controlar, corregir o eliminar los problemas identificados con base a los diagnósticos de enfermería o para promocionar la salud. Consiste en la determinación de los resultados y de intervenciones o actividades conjuntamente (enfermera-paciente). Es aquí donde se elaboran las metas u objetivos definiendo los resultados esperados, estableciendo prioridades de cuidado y se organizan y registran en un plan, que puede ser según el ámbito de cuidado, individualizado o colectivo.

Ejecución: En la cuarta etapa del PAE, se lleva a cabo la implementación de las intervenciones para lograr los resultados específicos. Se desarrolla bajo tres criterios: preparación, ejecución propiamente dicha y documentación o registro, donde intervienen según la planificación; el paciente, la enfermera, el equipo de salud, los familiares y las redes de apoyo, con la dirección del profesional de Enfermería.

Evaluación: La quinta y última del PAE, entendida como la parte del proceso donde se compara el estado de enfermedad o salud del paciente con los objetivos del plan definidos previamente por el profesional de Enfermería, es decir, se miden los resultados obtenidos. Se encuentra presente de manera continua en cada una de las etapas del

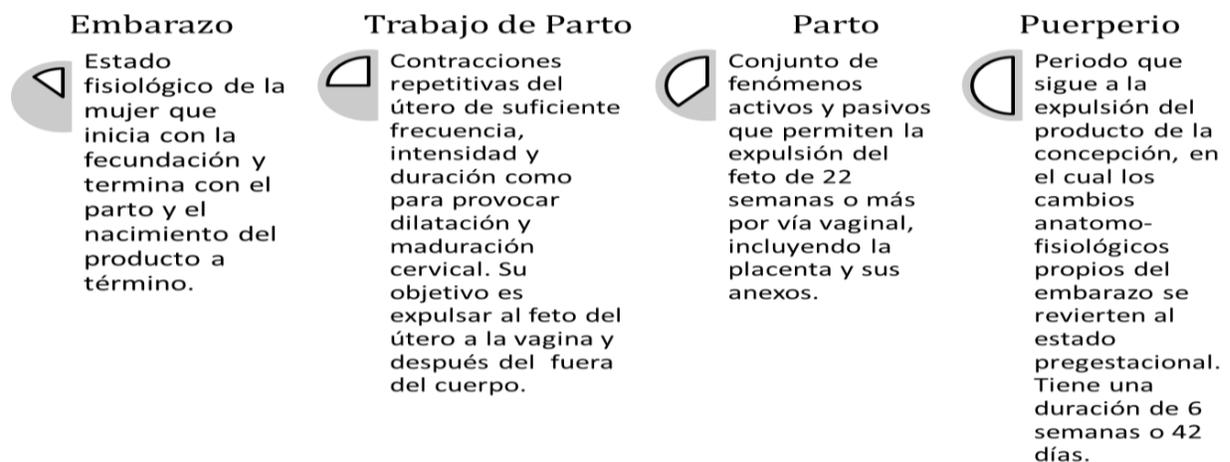
proceso citadas anteriormente, verificando la relevancia y calidad de cada paso del proceso de Enfermería. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios indicadores.

2.1.5 Trabajo de parto normal

En este apartado, se plasman los conceptos y elementos descriptores del trabajo de parto, en el orden en que sucede el evento fisiológico normal. Primeramente y de manera esquemática, los conceptos principales que determinan cada etapa de la condición obstétrica, seguido de los periodos clínicos, fases y mecanismos del trabajo de parto.

El siguiente trata de clarificar el concepto de trabaja de parto, respecto a las otras etapas obstétricas.

Figura 1. Esquema conceptual: Embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio.



Elaborado por: L.E. Saraí Martínez Llergo. Fuente: NOM-007-SSA2-2016, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la recién nacida.^{25 (15)}

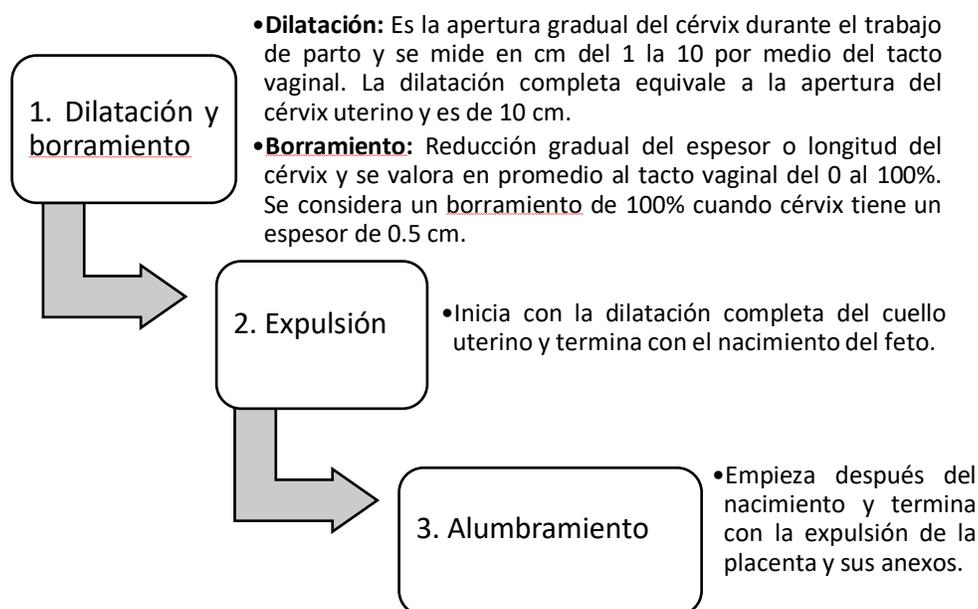
Periodos clínicos del trabajo de parto.^{26 (14)}

1. La primera etapa, primer periodo, va desde el inicio de la actividad uterina regular que genera modificaciones cervicales, hasta el borramiento y la dilatación completa. En la práctica, es difícil definir el momento exacto del inicio de dicha contractilidad efectiva; esta etapa consume alrededor de 10 h en la primigesta y 6 a 8 h en la múltipara.
2. La siguiente etapa, que es el periodo expulsivo o segundo periodo, va desde el borramiento y la dilatación completa hasta la expulsión del Producto, dura

máximo 2 h en la primigesta, y de unos cuantos minutos a una hora en la múltipara.

3. La tercera etapa o periodo de alumbramiento va desde que se ha completado el nacimiento del feto hasta la expulsión de la placenta, tiene una duración máxima de 30 min. Se aclara que, al evento del nacimiento por vía vaginal se le llama parto y al momento de la expulsión de la placenta y las membranas corioamnióticas se le llama alumbramiento.

Figura 2. Descripción esquemática periodos clínicos del trabajo de parto.



Elaborado por: L.E. Saraí Martínez Llargo. Fuente: Recomendaciones de la OMS Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva.

1. Conceptos y elementos del primer periodo clínico: Dilatación y borramiento

Fases del trabajo de parte del periodo de dilatación y borramiento²⁷⁽¹⁴⁾ (primer periodo clínico del trabajo de parto):

- La fase latente del período de dilatación se caracteriza por contracciones uterinas dolorosas y cambios variables del cuello uterino, incluso con un cierto grado de borramiento y progresión más lenta de la dilatación hasta 5 cm para los primeros trabajos de parto y los subsecuentes.

- La fase activa del periodo de dilatación se caracteriza por contracciones uterinas dolorosas y regulares con un grado importante de borramiento y dilatación más rápida del cuello uterino desde los 5 cm hasta la dilatación total para los primeros trabajos de parto y los subsecuentes.

Características fisiológicas de la dinámica uterina normal:²⁸

- Tono (es la presión intrauterina existente en un útero en reposo, entre dos contracciones. Oscila entre 8 y 12 mm/Hg.
- Intensidad: Se mide en mm/Hg, y compara la diferencia de presión desde el tono basal hasta el punto más alto de la contracción. Lo aceptado es de 30 a 50 mm/hg o ilustrado en cruces (+, +, ++).
- Frecuencia: es el número de contracciones en 10 minutos. Lo normal es de 3 a 5 en 10 min.
- Duración: es el tiempo transcurrido desde que inicia la contracción hasta que recupera el tono basal existente antes de su inicio. Lo normal es de entre 30 a 90 seg.

Valoración de las características cervicales con Escala de Bishop:²⁹

- Es una escala cuantitativa desarrollada en 1994 para establecer el grado de maduración cervical, principal factor determinante del desenlace de la inducción. Cuanto mayor es el grado de maduración es mayor la puntuación y más elevada la posibilidad de éxito. Los puntajes inferiores a 6, suelen predecir una inducción con baja probabilidad de éxito.

Tabla 4. Escala de Bishop

Escala de Bishop				
Puntuación	0	1	2	3
Altura de presentación	-3	-2	-10	+1, +2
+2Borramiento	0 a 30%	40 a 50%	60 a 70%	80% +
Consistencia	Firme	Intermedia	Blanda	
Dilatación (cm)	0	1 a 2	3 a 4	>5
Posición	Posterior	Media	Anterior	

Fuente: Suárez H., Meden J. W. El ABC de la Ginecología y Obstetricia [en línea]. Ciudad de México: Editorial Alfil, 2016.

Signos prodrómicos y diagnóstico de parto:³⁰

- Cambios en la configuración del abdomen
- Expulsión del tapón mucoso
- Contracciones preliminares
- Maduración del cérvix.

Tabla 5. Diferenciación entre el parto verdadero y el parto falso.

Diferenciación entre el parto verdadero y el parto falso		
Factores	Parto verdadero	Parto falso
Contracciones	Intervalos regulares	Intervalos irregulares
Intervalos entre las contracciones	Se acorta gradualmente	Largos e irregulares
Intensidad de las contracciones	Aumenta gradualmente	Irregular y leve-moderada
Localización del dolor	Espalda y abdomen	Principalmente en zona inferior de abdomen
Efecto de analgesia	No finaliza con la sedación	Frecuentemente se logra sedación
Cambios cervicales	Borramiento y dilatación progresiva	Sin cambios.

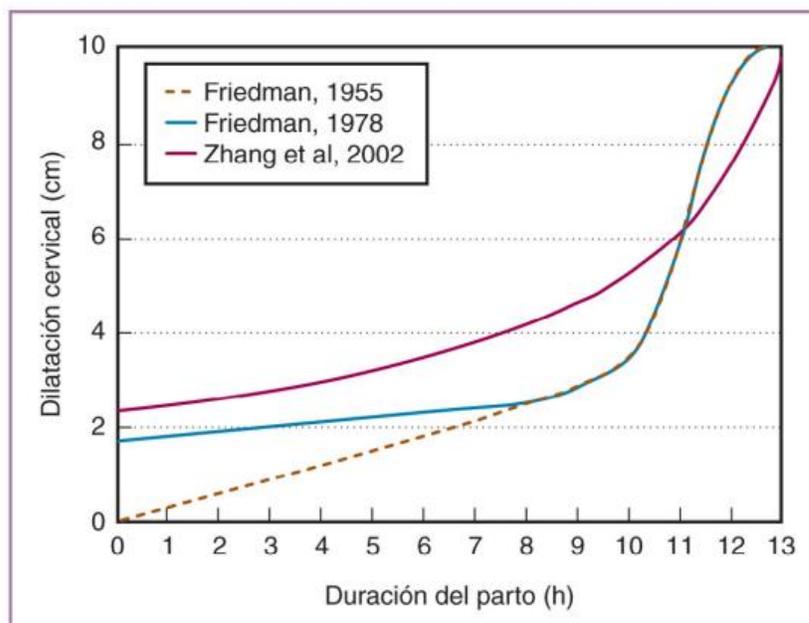
Fuente: Mejías J., (Coord.). Obstetricia y trastornos ginecológicos para médicos de Atención Primaria [en línea]. 2a. ed. Málaga: Editorial ICB, 2012.

Tiempo y velocidad de cambios cervicales.

En 1954, Friedman estableció la curva de los tiempos y límites de las modificaciones cervicales, para poder identificar alguna anomalía en la progresión del trabajo de parto en sus dos fases. Sin embargo, numerosos estudios más recientes indican que el patrón de progresión del parto es diferente al observado en los años cincuenta, y que los puntos de corte clínicos para la intervención y la duración de dichas intervenciones procedentes del trabajo de Friedman ya no son clínicamente, se ha demostrado lo diferente que es la progresión del parto contemporánea. Las diferencias abarcan lo siguiente: una transición gradual en lugar de abrupta desde el parto latente a la fase activa; una duración del parto activo de 5,5 h, en lugar de las 2,5 h descritas por Friedman; ninguna fase de desaceleración; la existencia común de al menos 2 h que transcurren en fase activa sin dilatación cervical y el percentil 5 de la velocidad de dilatación es inferior a 1 cm/h. Estos hallazgos amplían la oportunidad para que el trabajo de parto siga su progresión natural,

permite mantener la paciencia de la mujer de parto, su familia y los cuidadores y principalmente, evita intervenciones innecesarias.³¹

Figura 3. Comparativo de patrones cambiantes de dilatación cervical en las curvas del parto durante la última parte del siglo pasado.



Fuente: Thorp, J M., Laughon K. Aspectos clínicos del parto normal y anómalo. [en línea]. España: Elsevier, 2020. [Citado: 11 marzo 2022]; [723–757pp.]

Tabla 6. Duración media de las distintas fases y periodo del parto³²

Nº de partos	Fase latente (h)	Fase activa (h)	Dilatación máxima	Periodo expulsivo (h)
Nulípara				
Media	8,0	12,0	10,0	1,0
Límite superior	20,0	18,0	19,0	2,3
Múltipara				
Media	5,0	6,5	7.4	0,3
Límite superior	13,0	13,0	151	1,0

Percentil 95

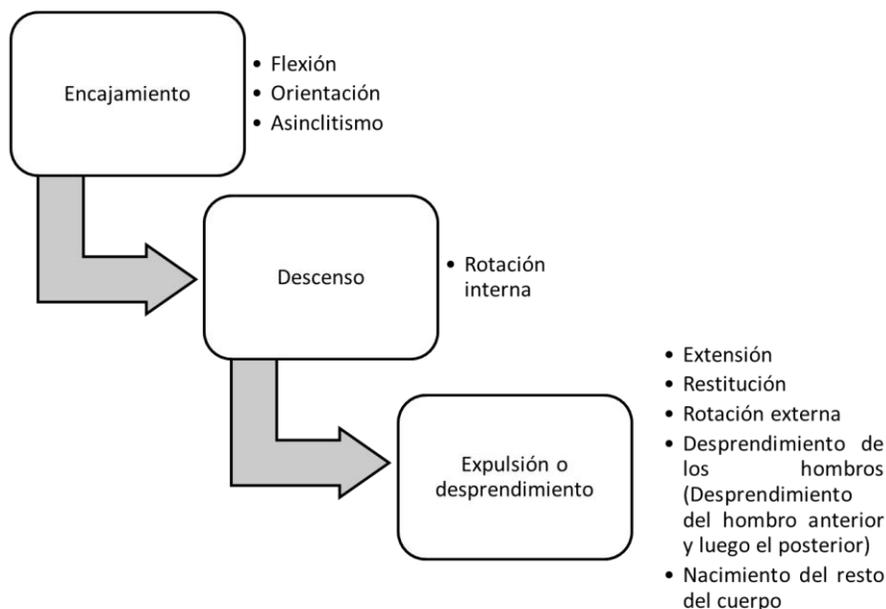
Fuente: Beckmann CR., Ling FW. Obstetricia y ginecología. 7a. ed. Barcelona: Wolters Kluwer Health, 2015.

2. Conceptos y elementos del segundo periodo clínico: Expulsión

Mecanismos del trabajo de parto

A continuación, se muestra de manera ilustrativa los tiempos del mecanismo del trabajo de parto, de la presentación cefálica, siendo ésta la más frecuente y la ideal para la expulsión de este.

Figura 4. Ilustración y representación esquemática mecanismo del trabajo de parto³³



Elaborado por: L.E. Saraí Martínez Llergo. Fuente: Torres L. Parto. Mecanismo, clínica y atención.

- Encajamiento: El mecanismo por el cual el diámetro biparietal (el diámetro transversal mayor en una posición occipital) pasa a través de la entrada pélvica se conoce como encajamiento.
- Flexión: durante el embarazo, el cuerpo fetal tiende a flexionarse incluyendo a la cabeza sobre el tronco; esta flexión cefálica se incrementa durante el trabajo de parto y se puede explicar mecánicamente de la siguiente manera: la fuerza de contracción uterina se dirige por la columna vertebral del feto y llega a un sitio móvil que es la articulación atlóidooccipital; allí se forman dos brazos de palanca, uno corto hacia el occipital y otro largo hacia el frontal, obviamente el brazo corto es más fuerte y provoca la flexión cefálica.

- Orientación: consiste en que el feto busca hacer coincidir el diámetro suboccipito-bregmático en alguno de los diámetros mayores del estrecho superior, ya sea el transversal máximo o en uno de los oblicuos.
- Asinclitismo: La cabeza del feto al ser impulsada hacia abajo, el parietal posterior (el que está en dirección hacia el sacro) choca con el promontorio (recordar que el promontorio está en un plano superior respecto al pubis debido a la inclinación pélvica); dicho parietal “resbala” sobre el promontorio hasta liberarlo, a este evento se le conoce como asinclitismo posterior; luego, el parietal anterior llega hasta el pubis y hace un movimiento semejante, o sea el asinclitismo anterior, y de esta manera la cabeza termina por introducirse a la pelvis.
- Descenso: como la excavación pélvica mide más o menos lo mismo, la cabeza fetal simplemente desciende sinclítica hasta llegar a la altura de las espinas ciáticas, es aquí en donde existe un cinturón que se libera con facilidad si el diámetro interespinoso es normal. Así, llega la presentación hasta el estrecho inferior.
- Rotación interna: Este movimiento consiste en un giro de la cabeza, de tal forma que el occipucio se desplaza de manera gradual hacia la sínfisis del pubis a partir de su posición original o, con menos frecuencia, en dirección posterior hacia el hueco del sacro. Resulta esencial para posibilitar el trabajo de parto.
- Extensión: la cabeza fetal muy flexionada llega a la vulva y presenta extensión. Si la cabeza así flexionada no se extiende al alcanzar el piso pélvico, sino que se desliza más hacia delante, podría hacer contacto con la porción posterior del perineo y al final atravesar los tejidos del perineo mismo de manera forzada. Cuando la cabeza hace presión sobre el piso pélvico, entran en acción dos fuerzas. La primera, ejercida por el útero, actúa más en dirección posterior, y la segunda, provista por el piso pélvico resistente y la sínfisis del pubis, lo hace en una dirección más anterior. El vector resultante se dirige a la abertura vulvar, que así produce extensión de la cabeza. Esto lleva a la base del occipucio a entrar en contacto directo con el borde inferior de la sínfisis del pubis. La cabeza nace conforme el occipucio, bregma, frente, nariz, boca, y por último el mentón, pasan de modo sucesivo sobre el borde anterior del perineo. Inmediatamente después de su nacimiento, la cabeza cae hacia delante, de tal forma que el mentón del feto descansa sobre el ano materno.

- Restitución: al estar la cabeza fuera de la vagina, realiza un movimiento de 45° por lo general hacia la izquierda, aunque puede ser hacia la derecha (dependiendo de la posición), y luego otro movimiento de otros 45°.
- Rotación externa: en seguida, la cabeza sufre restitución. Si el occipucio originalmente se dirigía a la izquierda, gira hacia la tuberosidad isquiática izquierda; si al principio se dirigía a la derecha, rota a la derecha. La restitución de la cabeza fetal a la posición oblicua da paso a la conclusión de la rotación externa hasta la variedad de posición transversa, un movimiento que se corresponde con la rotación del cuerpo y sirve para llevar su diámetro biacromial en relación con el diámetro anteroposterior del plano de salida de la pelvis.
- Expulsión (desprendimiento de los hombros, en un primer momento del hombro anterior, luego el posterior y nacimiento del resto del cuerpo): Casi inmediatamente después de la rotación externa, aparece el hombro anterior bajo la sínfisis del pubis, y el perineo se distiende pronto por la presencia del hombro posterior. Después del nacimiento de los hombros, el resto del cuerpo se desliza con rapidez hacia el exterior.

Maniobras de Leopold:^{34 (29)} Implica las palpaciones abdominales del útero grávido para identificar la presentación y situación del feto:

- Primera Maniobra: Identifica cuál de los polos fetales ocupa el fondo uterino.
- Segunda maniobra: identifica la dirección del dorso mediante la colocación de las palmas en ambos lados del abdomen materno.
- Tercera maniobra: Identifica si el polo fetal inferior se encuentra dentro (encajado de la pelvis materna).
- Cuarta maniobra: el explorador se coloca de frente a los pies de la madre y con la punta de los primeros tres dedos de cada mano ejerce una presión profunda al eje de la entrada de la pelvis.

Planos de Hodge:^{35 (30)} evalúa el grado de descenso del feto dentro de la pelvis según donde se encuentre el punto guía de la presentación:

- I Plano: coincide con el estrecho superior con una línea entre el promontorio y el borde superior del pubis.
- II Plano: pasa del borde inferior de la sínfisis del púbica y el cuerpo de la 2da vértebra sacra.
- III Plano: a la altura de las espinas ciáticas.
- IV Plano: a la altura de la punta del coxis, en el plano de la salida de la pelvis.

3. Conceptos y elementos del segundo periodo clínico: Alumbramiento.

La expulsión de la placenta puede conseguirse mediante conducta expectante o activa en el tercer estadio del parto.

- Expectante: La placenta se desprende de forma espontánea de la pared uterina aproximadamente a los 5 min de que se hay producido el nacimiento, pero en ocasiones puede tardar en hacerlo de 20 a 30 min. No debe intentarse la extracción de la placenta antes que se hay producido esta separación. Después del desprendimiento brindar masaje suave del fondo y la tracción firme pero suave del cordón provocará, en ocasiones, la rápida expulsión de la placenta. Las ventajas de este estadio es que no se interfiere en los procesos normales de alumbramiento y no se requiere de materiales ni medicamentos especiales.
- Activa: Tras la ministración de un uterotónico para estimular las contracciones uterinas, se pinza y secciona el cordón umbilical. Se espera que produzca una fuerte contracción uterina y en ese momento se aplica tracción controlada del cordón umbilical, mientras se compensa con una acción contraria sobre el hueso púbico. Si la placenta no se expulsa se espera hasta la siguiente contracción.

Examen de la placenta:

- Se debe examinar la placenta para corroborar si faltan cotiledones o se observan alguna otra particularidad que lleve a sospechar que han quedado restos sin expulsar.
- Deben inspeccionarse las membranas para corroborar si existen vasos con un recorrido ciego que termina en un extremo de la placenta, lo que haría pensar en un lóbulo succenturiado que podría no haberse extraído.
- Examinar el extremo del cordón umbilical para corroborar la presencia de dos arterias y una vena. Si existe ausencia indica anomalía congénita.

2.2 Marco empírico

2.2.1 Parto Humanizado

Muchos estudios dan constancia de la necesidad de comenzar a retomar y poner atención en el nacimiento, como momento clave para lograr crear un mundo sin violencia, equitativo e igualitario y revertir el panorama epidemiológico de altos índices de muertes materno-infantil. Se habla de reconceptualizar el embarazo como proceso fisiológico natural, saludable, donde sólo hay que intervenir si es necesario. Cuyas intervenciones no deben transgredir la dignidad humana, la autonomía de la persona y su contexto cultural y social.

Se habla de una reconceptualización, puesto que existe un momento en la historia de la medicina, donde se resalta el suceso de un nacimiento de la clínica desde una mirada positivista y que conlleva a una nueva forma de practicar y ejercer la medicina, caracterizada por lo que se puede observar, palpar y medir. La persona se conceptualiza entonces como un objeto y por lo tanto se reduce a un cuerpo silente, o a una enfermedad. El embarazo, el trabajo de parto y el nacimiento, no pasan desapercibido y pasan a ser parte de esa nueva forma de entender y atender ese proceso natural.

La institucionalización y medicalización del parto, es resultado de concebir al embarazo, como una “discapacidad” “una enfermedad” “una patología” “un proceso anormal” o como algo que debe ser controlado. Al tratarse de una enfermedad, un objeto o cosa, sus intervenciones y cuidados de igual manera se tornan invasivas, instrumentadas técnicas, institucionales, rígidas, indiferentes; y muchos de esos procedimientos realizados sin evidencia de resultados positivos. Esa concepción también se interioriza en el personal de salud que forma parte de esta clínica y transforma de manera negativa las actitudes y comportamientos, impactando de manera en el resultado del nacimiento.

Ante ello, surge la necesidad de resignificar el nacimiento como nacimiento normal, natural y humanizado, que concibe el proceso parto, como un evento fisiológico que sucede según las singularidades y la autonomía de cada mujer, un evento que sigue su curso natural, que no requiere intervenciones invasivas y medicalizadas. Como un proceso fisiológico no sólo individual, sino también colectivo, en el que la pareja, la familia y la comunidad, y las dimensiones culturales y sociales, juegan un papel muy importante.

Y que se enfoca en garantizar una experiencia segura, placentera, especial y natural, en un marco el respeto, de dignidad humano tanto para la madre como para su familia.

La actual resignificación del parto humanizado es un constructo histórico que recientemente ha tomado fuerza desde la perspectiva antropológica, que no sólo integra la dimensión biológica, sino también integra factores psicológicos y socioculturales, es decir, se trata de un proceso fisiológico espontáneo en el que, el útero, el feto y las hormonas se sincronizan para un adecuado desarrollo y culminación del nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo. Su evento depende del respeto a la dignidad la mujer, sus familiares y el recién nacido de la asistencia sanitaria y de medidas y procedimientos que son beneficiosos para el acompañamiento del parto y del nacimiento, evitando prácticas intervencionistas innecesarias.³⁷

La Dra. Solorsano,³⁸ en su libro “La magia de nacer: partos para ser contados, aborda el parto humanizado retomando aspectos antropológicos que sustentan el enfoque de parto humanizado, como bien se describe a continuación:

La magia del nacimiento implica:

Acto de fisiológico que en el ser humano se convierte en el episodio trascendental por el cual la pareja, no sólo da vía a un nuevo ser, sino que inaugura el encuentro familiar. Nada debe interferir en la intimidad de ésta pareja de tres, nada que resulte agresivo e interrumpa el clima que los protagonistas necesitan vivenciar.

Parir en posición vertical; mujeres de todas las razas y culturas tenían a sus hijos de pie, colgadas de un árbol, arrodilladas en cuclillas, sentadas sobre las piernas del marido o en sillas o sillones acostadas.. Se movían de un lado a otro y eran acompañadas por familiares o por sus esposos en el trance del parto.

Erradicar la violencia de la imposición de parir en posición horizontal en camas obstétricas que alteran la fisiología normal del parto, como forma de control y conducción del parto por intereses por parte de la medicina convencional.

Revertir la concepción del parto como algo placentero y no doloroso, es también un hecho sexual, la genitalidad es la conjunción del placer experimentado en la evolución libidinal por la piel y por todos los orificios: boca, ano, vagina, con preponderancia de ésta última. Esta misma armonización plena de la evolución libidinal es imprescindible en el parto para que la mujer sea capaz de vicenciar el goce de este momento con el máximo de placer posible.

"parir con dolor" no debe ser una sensación o una sentencia inevitable dolor, "parir con dolor" estigmatiza y oculta algo más profundo: no debes gozar, no debes experimentar placer con tu hijo pues se asociaría a un vínculo incestuoso.

Organicamente es la distensión y apertura del canal cervical, con la separación de los huesos y con la hipoxiadificación de oxigenación de los tejidos. Pero desde el punto de vista psíquico, constituye como el comienzo del desprendimiento del vínculo afectivo y erótico del hijo, representa la posibilidad de trascendencia individual, así como la perpetuación amorosa entre madre, padre e hijo.

Conexión con otras medicinas y enseñanzas: Yoga, psicoanálisis, gestalt, digitopuntura, homeopatía, medicina floral, hipnosis para acelerar las ayuda oportunas en los momentos cruciales del nacimiento.

De la misma manera, Michell Odent,³⁹ estudio del parto humanizado y si violencia, afirma que el parto es un hecho fisiológico normal en toda mujer, que no debe ser atendido en clínicas ni hospitales. Requiere necesariamente la presencia del esposo y se da libertad a la mujer para que adopte en el parto la posición que desee y le convenga. Profundizó en la importancia del tipo de atención en el parto, apego en la salud física y emocional del binomio madre-hijo y cómo éstos impactan en la personalidad de la/el recién nacido.

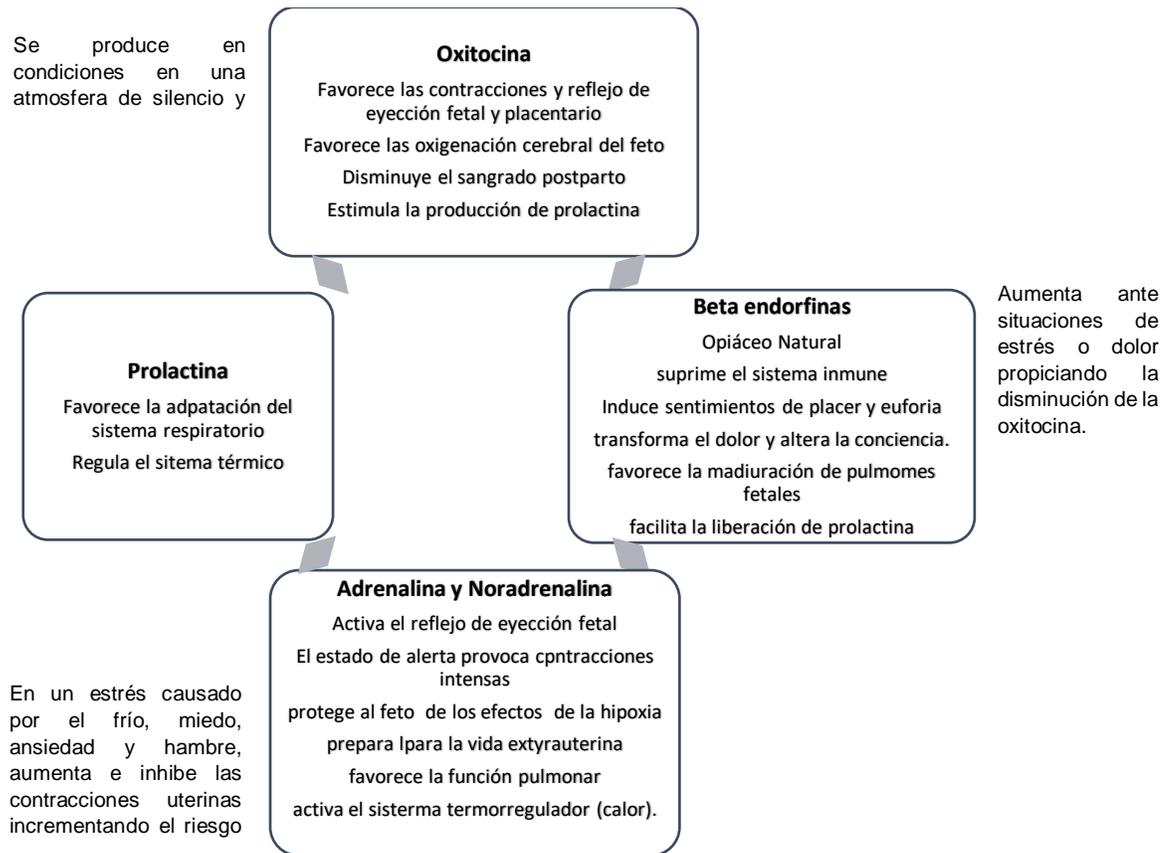
Menciona que el apego inmediato y contacto físico piel a piel, el proceso de respiración de manera natural, el impacto de los cambios de temperatura, la tranquilidad de la madre, la importancia de la escucha de los latidos cardiacos de la madre por el/la bebé, y los aportes de la lactancia temprana y del retraso en el corte del cordón umbilical, como prácticas positivas y satisfactorias para un mundo sin violencia.

Por otro lado, la Dra. Sara J. Buckley⁴⁰ con su obra *“Nacimiento extático nuestra herencia genética hormona para el trabajo de parto”*. de manera empática, sensible y respetuosa, asevera que, durante el proceso del trabajo de parto, se ven inmersas una serie de emociones, asemejándola a una “orquesta musical”, con relación al tema, una “orquesta hormonal”, puesto que participan una serie de hormonas en momentos específicos, que de no ser secretados se verán afectados negativamente por el ambiente hospitalario y las rutinas y no se producirán, no transitarán o cambiarán en el estado de conciencia requerido para parir.

A continuación, se describen las hormonas encargadas del desencadenamiento natural y satisfactorio en un trabajo de parto de bajo, según la Dra. Buckley.

Sistema hormonal activo durante el trabajo de parto	<i>Oxitocina</i> : Hormona del amor
	<i>Endorfinas</i> : Hormona del placer y la trascendencia
	<i>Adrenalina y Noradrenalina (Catecolaminas)</i> : Hormona de la excitación y hormona de la huida
	<i>Prolactina</i> : Hormona de la ternura maternal

Figura 5. Función de las hormonas durante el trabajo de parto.



Elaborado por: L.E. Saraí Martínez Llergo. Fuente: Buckley S. Nacimiento extático. Nuestra herencia genética hormonal para el trabajo de parto.

La autora, resalta que, al hacer uso de hormonas sintéticas maternas, como el uso rutinario e indiscriminado de la oxitocina, repercute fisiológicamente de la siguiente manera:

- Sobre estimulación en la intensidad de las contracciones.
- Reduce el aporte sanguíneo y por lo tanto de oxígeno.
- Periodo corto para que el bebé se recupere de las contracciones.
- Pérdida de bienestar fetal.
- Interrupción de la producción natural de catecolaminas requiriendo de medicamento como la epidural.

Otro aspecto que el enfoque de parto humanizado promueve, son las intervenciones y procedimientos no farmacológicos que permiten la participación, reconocimiento corporal y psicológica de la mujer durante su proceso de trabajo parto. Es así como la organización Mundial de la Salud, recomienda la implementación de estrategias no farmacológicas para aliviar las incomodidades derivadas de la percepción del dolor, miedo, contexto hospitalario, desconocimiento, entre otros, durante el proceso del parto.

Estrategias no farmacológicas durante el trabajo de parto:

- El masaje.⁴¹ Terapia complementaria que ha demostrado efectos positivos durante el embarazo, en relación con disminución de los niveles de depresión, ansiedad en la madre, pero a la vez indicadores de bienestar fetal. Estos efectos están relacionados con reducción de los niveles de cortisol y por ende reducción del riesgo de depresión en las gestantes y puérperas. Realizar masajes a nivel de la espalda, pies, favorece notablemente el proceso y reduce los niveles de dolor al igual que disminuye la ansiedad y el estrés, sumado a los efectos en la reducción de la tensión muscular que se generan por la actividad uterina. Este tipo de masaje puede brindarlo tanto el profesional de Enfermería, así como el acompañante de la mujer gestante tanto en entornos clínicos como comunitarios.
- Libertad de movimiento.^{42 (41)} Son reconocidos los beneficios que tiene la posición y la libertad de movimientos en facilitar los diferentes mecanismos que intervienen durante el trabajo de parto. Se ha demostrado como se tienen ventajas en la eficacia de la actividad uterina, disminución en el periodo expulsivo, reducción del dolor y por ende mejores resultados neonatales.
- La musicoterapia.⁴³⁽⁴¹⁾ Tiene efectos fisiológicos en relación con facilitar el efecto de las B-endorfinas traduciéndose en bienestar por la armonización del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal materno. La música se ha utilizado en pacientes de todas las edades, desde bebés, niños, mujeres embarazadas, adultos, hasta ancianos.
- Hidroterapia y Termoterapia.⁴⁴⁽⁴¹⁾ Sus efectos fisiológicos, consiste en mejorar el drenaje venoso, linfático, elasticidad tisular y por tanto reduce la inflamación, edema, dolor y ansiedad; lo cual lleva a una mejor satisfacción y sensación de

control durante el trabajo de parto. La inmersión en agua caliente de la gestante durante la primera etapa del parto produce una reducción del dolor y de la duración de las contracciones, sin efectos adversos en el recién nacido. La aplicación de compresas calientes en la región perineal durante el expulsivo se asocia con una disminución del riesgo de trauma perineal y proporciona una reducción del dolor. Así, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia recomienda su utilización durante esta fase del parto como medida de relajación, distensión del periné y confort.

- Acompañamiento y apoyo continuo:⁴⁵ La evidencia muestra los beneficios del acompañamiento y apoyo continuo: mejora los resultados del parto (menor probabilidad de analgesia, de partos vaginales instrumentales y de cesáreas), aumenta la satisfacción de las mujeres por su experiencia y vivencia del parto, y forma parte integral del objetivo de humanización.

Respiración y relajación.⁴⁶ Permiten una mejor oxigenación de la madre y del feto y modifica la concentración sobre las contracciones y sobre el dolor. Este método permite una disminución de la tensión muscular y mental, proporcionando una sensación de tranquilidad y calma de la mente y de los músculos. La práctica de la relajación proporciona un alivio del dolor dentro de ciertos límites. Las técnicas de relajación enseñan a percibir el dolor más objetivamente, con lo cual éste se libera de la carga emocional que lo convierte en sufrimiento.

- Aromaterapia.⁴⁷⁽⁴⁶⁾ Utiliza el poder curativo de las esencias de las plantas. Los aceites esenciales pueden ser utilizados de diversas formas: masajeados en la piel, empleados en el baño o inhalados a través de un quemador o una infusión de vapor. Su mecanismo de acción es incierto, pero parece estimular la producción de sustancias estimulantes, sedantes y relajantes que son propias de nuestro cuerpo.

2.3 Daños a la salud

2.3.1 Complicaciones del trabajo de parto

El trabajo de parto como procesos fisiológicos natural, no siempre se desarrolla sin problemas para la madre y el feto. Las complicaciones del trabajo de parto y parto constituyen un problema relevante en el panorama epidemiológico y se encuentran vinculados con factores biológicas, relacionadas con la madre y las asociadas a condiciones del medio ambiente social y de la calidad, acceso, oportunidad y tipo de atención médica recibida. Se describen a continuación las complicaciones más comunes:

Distocias dinámicas:⁴⁷⁽²⁸⁾ son aquellas producidas por la existencia de una actividad uterina defectuosa e ineficaz para conseguir la dilatación cervical y/o descenso de la presentación, para evolución normal del trabajo de parto. Se clasifican según el parámetro alterado de la contracción y pueden variar en cuanto a la intensidad duración y frecuencia de estas, constituyendo las siguientes variedades:

- Hipersistolia: aumento de la intensidad y duración de las contracciones.
- Hiposistolia: Disminución de la intensidad y duración de las contracciones.
- Hipertonía: Cuando el descenso de la contracción se mantiene por encima del tono basal no pudiendo deprimir el útero ni tocar las partes fetales (más de 12 mmHg).
- Taquisistolia: Aumento de la frecuencia de contracciones (más de 5 contracciones en 10 minutos)
- Bradisistolia: Disminución de la frecuencia de las contracciones (menos de 3 contracciones en 10 minutos) Debemos resaltar una alteración de la dinámica uterina, el periodo de latencia prolongado puede resultar a veces en un sufrimiento y muerte fetal ante parto.
- Una fase latente prolongada es aquella que supera las 20 horas en una mujer nulípara o los 14 en una mujer múltipara. Una fase latente no necesariamente pronostica una fase activa anómala. En cuanto la paciente tiene contracciones regulares, se considera que el periodo de dilatación es prolongado cuando el cuello del útero se dilata menos de 1 cm en las mujeres nulíparas y menos de 1,2-1-5 cm/h en las mujeres múltiparas.

- Trastornos del periodo expulsivo sucede cuando dicho periodo supera las 3 horas, si se ha administrado anestesia regional o las 2 horas si no se utiliza anestesia regional, o si el feto desciende a un ritmo inferior a 1 cm/h si no se utiliza anestesia regional. Se diagnostica parto detenido cuando el feto no desciende después de empujar durante una hora.

Distocias fetales:⁴⁸⁽³²⁾ Si un feto tiene un peso aproximado de más de 4000-4500 g, el riesgo de distocia, incluidas de distocia de hombros y la desproporción fetopélvica, es mayor.

- La posición, la presentación y la situación fetal también tienen importancia en la evolución del parto. Si la cabeza del feto está asinclítica (desviada hacia un lado; asinclitismo) o está extendida (extensión), se presenta un diámetro cefálico mayor en la pelvis materna con lo cual aumenta la posibilidad de distocia.
- La presentación de cara exige una cesárea en la mayoría de los casos. La presentación de mentón puede expulsarse por vía vaginal si la cabeza del feto experimenta flexión en lugar de la extensión normal.
- Presentaciones compuestas cuando una o más extremidades se desliza a lado de la parte presentada por el feto mientras el parto avanza.

Distocias maternas:^{49 (32)} puede ser consecuencia de anomalías óseas o de las partes blandas maternas que obstruyen la vía del parto. La desproporción cefalopélvica, en que el tamaño de la pelvis materna es insuficiente para el tamaño de la parte presentada por el feto, puede impedir el descenso del feto al canal del parto. Algunas causas de distocias relacionadas con las partes blandas son las anomalías del cuello del útero, tumores u otras lesiones de colon o de los anejos uterinos, distensión de la vejiga, miomas uterinos, cuerno uterino accesorio y obesidad patológica. La anestesia epidural puede contribuir a la aparición de una distocia al disminuir el tono de la musculatura.

Hemorragias obstétricas:⁵⁰⁽²⁸⁾ Es la pérdida sanguínea en el parto o en el puerperio puede ocurrir por anomalías de uno o más de los cuatro procesos caratulados como las cuatro “T”: Tono, Tejido, Trauma, Trombina.

- Tono: incapacidad del útero de contraerse lo suficiente como para cesar la pérdida sanguínea en el sitio de la inserción placentaria.
- Tejido: retención de producto de la concepción y/o coágulos de sangre.
- Trauma: sobre las estructuras anatómicas del tracto genital.
- Trombina: anormalidades de la coagulación pueden causar pérdida excesiva de sangre La identificación de los factores de riesgo clínicos que pueden determinar las alteraciones es fundamental para poder realizar la profilaxis adecuada.

Alteración del bienestar fetal: ⁵¹⁽²⁸⁾ es la interrupción del intercambio gaseoso que ocurre en el feto o el recién nacido lo cual origina hipoxemia y acidosis mixta respiratoria y metabólica.

Algunas de las causas de la hipoxia ocurren en alguno de estos compartimentos:

- Materno (Hipotensión materna por: Síndrome supino-hipotensivo, Efecto Poseiro, Anestesia peridural)
- Útero placentario (Taquisistolia, Hipertonía Insuficiencia placentaria, Preeclampsia, Trombofilias, Desprendimiento normo placentario, Edema placentario)
- Cordón umbilical (Circulares, Nudos, Procidencia de cordón)
- Fetal (Anemia fetal (Rh), Embarazo gemelar, Embarazo de pretérmino)

La asfixia afecta todos los órganos y sistemas en diverso grado según su intensidad y duración. Es en el Sistema Nervioso Central donde se produce la injuria más relevante por sus consecuencias en cuanto a mortalidad y secuelas. El daño causado por la asfixia dependerá en último término de la medida en que se altera la entrega de oxígeno a los tejidos, la cual depende de la cantidad de oxígeno de la sangre arterial y de una circulación adecuada.

La asfixia produce alteraciones principalmente en la fisiología respiratoria y circulatoria. Éstas son semejantes en el feto y el recién nacido. Como consecuencia de ellas

disminuye el aporte de oxígeno a los tejidos y se altera el metabolismo y funcionamiento celular. El feto y recién nacido tienen una mejor capacidad adaptativa a situaciones de hipoxia, gracias a su menor utilización energética tisular y al mayor contenido de glicógeno del músculo cardíaco; esto les permite mantener la función cardíaca por períodos más prolongados que el adulto.

El feto es capaz de compensar adecuadamente la hipoxia fisiológica y transitoria del trabajo de parto sin complicaciones. Siempre que hay una contracción uterina la presión parcial de oxígeno desciende, en un espacio intervelloso normal, pero nunca lo hace por debajo de los 18 mmHg., que el límite crítico en situación normal. Durante una contracción uterina con el espacio intervelloso reducido, la presión parcial de O₂ cae por debajo de los 18 mmHg., En ese momento se estimula el Centro vagal produciendo caída de la frecuencia cardíaca fetal, desplazada en más de 20 segundos del pico de la contracción. Se produce en esta circunstancia el DIP II.

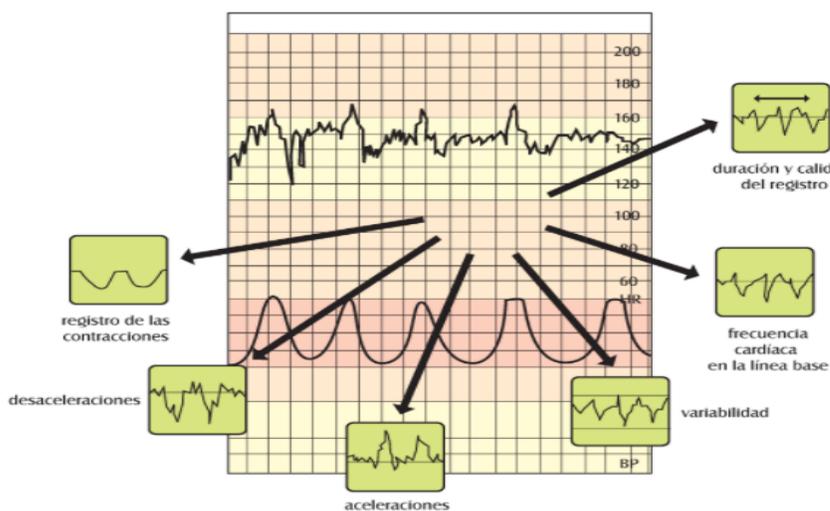
Para el diagnóstico de la hipoxia fetal intraparto, hay que detectar las causas que pueden provocar injuria perinatal, esta debe ser precoz. La tolerancia de la hipoxia depende de que el nivel de hipoxia no supere la fisiológica y la tolerancia fetal a las contracciones sea la óptima. En el recién nacido de término la asfixia intrauterina e intraparto es la responsable del 80 al 90 % del síndrome hipóxico-isquémico.

Síndrome supino hipotensivo, por la posición decúbito supina, produce la compresión de la vena cava inferior con disminución del retorno venoso desencadenando una hipotensión materna con la consecuente aparición de desaceleraciones de la frecuencia cardíaca y en algunas ocasiones bradicardias fetales prolongadas. El tratamiento es colocar a la paciente en decúbito lateral para descomprimir la vena cava. Efecto Poseiro
Durante una contracción uterina se comprime la arteria aorta, produciendo una disminución de la llegada de sangre al útero, con caída de la frecuencia cardíaca fetal y alteración de la salud fetal.

Monitoreo fetal intraparto:⁵¹⁽²⁸⁾

- Se efectuará la monitorización fetal intraparto a toda paciente que ingrese en trabajo de parto realizando un trazado de 15 a 20 minutos y luego, si éste se encuentra dentro de los límites normales, suspendemos el trazado y la paciente puede deambular o adoptar otra posición que resulte cómoda.
- Se repetirá el estudio de salud fetal en un plazo prudencial que dependerá de la dinámica, la presencia o no de meconio y la patología presente. Las alteraciones en la línea de base en la FCF, las desaceleraciones variables y tardías, por sí solas, asociadas a una buena variabilidad durante el trabajo de parto, dan un tiempo de espera antes de intervenir.
- Estas desaceleraciones variables o tardías adquieren importancia clínica y de pronóstico cuando se asocian a una variabilidad disminuida y a una línea de base en ascenso (taquicardia). El resultado perinatal podrá ser de más grave consecuencia si en el trabajo de parto el líquido amniótico cambia de claro a meconial, que si permanece siempre claro. Esto representa un cuadro clínico fetal de hipoxia y acidosis que puede llevar a una isquemia de los tejidos, que, si se prolonga, producirá un recién nacido deprimido grave o un óbito fetal. Por lo tanto, en estos casos la intervención activa (para terminar el embarazo) no debe hacerse esperar.

Figura 6: Parámetros evaluados por medio del monitoreo fetal externo



Fuente: Zanuttini, E. Temas de obstetricia [en línea]. 3a. ed. Buenos Aires: Corpus Editorial, 2019.

Desgarros perineales:

Los desgarros perineales, son un tipo de traumatismo en el perineo que puede causar dolor y otros problemas a las mujeres después del parto.

Debe pensarse en la posibilidad de desgarro cuando se haya presentado un daño a los tejidos del periné en un parto difícil, aplicación de fórceps, o ante la realización de una episiotomía media bien cuando después del parto se observe pérdida continua de sangre fresca y rutilante, aunque sea en cantidad escasa.

Los desgarros se clasifican de la siguiente manera:^{52 (16)}

- Grado I: Solo daño en piel
- Grado II: Daño a músculos perineales, pero sin daño al esfínter anal
- Grado III: Daño a músculos perineales, involucrando al esfínter anal
 - a) lesión con afectación < 50 % del esfínter anal
 - b) lesión con afectación > 50 % del esfínter anal
 - c) Desgarro con afectación del esfínter anal interno Grado
- Grado IV: Daño al perineo involucrando el esfínter anal completo (externo e interno) y del epitelio anal.

2.4 Operacionalización de los descriptores conceptuales

Se describe aquí la operacionalización de los conceptos descriptores del Proceso de Atención de Enfermería y su relación con los conceptos descriptores de la Teoría Autocuidado y enfoque de Parto Humanizado utilizado en el estudio de caso.

Tabla 7. Operacionalización de los descriptores conceptuales

Proceso de atención de enfermería	Teoría de enfermería del Déficit de Autocuidado	Parto Humanizado
<ul style="list-style-type: none">• Valoración	<ul style="list-style-type: none">• Agencia de autocuidado• Requisitos de autocuidado	<ul style="list-style-type: none">• Mujer, feto, pareja, familia• Características sociodemográficas

	<ul style="list-style-type: none"> • Requisitos de autocuidado universales • Requisitos del autocuidado de desarrollo • Requisitos del autocuidado en caso desviación de la salud • Necesidades de autocuidado terapéutico 	<ul style="list-style-type: none"> • Prácticas culturales • Contexto socioeconómico • Relación interpersonal y técnica • Derechos humanos y reproductivos
<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico 	<ul style="list-style-type: none"> • Demandas de autocuidado, capacidades y limitaciones en los requisitos universales y de desarrollo de la agencia de autocuidado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proceso del trabajo de parto y parto, humanizado normal y humano. • Parto institucionalizado y medicalizado. • Violencia obstétrica, calidad de la atención, percepciones de la usuaria sobre el proceso del trabajo de parto
<ul style="list-style-type: none"> • Planeación 	<ul style="list-style-type: none"> • Sistemas de enfermería: <ul style="list-style-type: none"> - Sistema completamente compensatorio - Sistema parcialmente compensatorio - Sistema formativo-de soporte. • Métodos de ayuda: Actuar o hacer por cuenta de otro. <ul style="list-style-type: none"> - Guiar y dirigir - Ofrecer apoyo físico o psicológico - Ofrecer y mantener un entorno que fomente el desarrollo personal - Enseñar • Prescripción del cuidado 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados centrados en la mujer. • Autonomía y protagonismo mujer-feto-pareja-familia. • Cuidados científicos, culturales y legales. • Cuidado humanizado, seguro e intercultural. • Enfermeras especialistas Perinatal, Enfermeras Obstetras, Parteras tradicionales y profesionales, médicos con competencia obstétrica. • Información del proceso del trabajo de parto

<ul style="list-style-type: none"> • Ejecución 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados de regulación • Tratamiento regulador 	<ul style="list-style-type: none"> • Estrategias para el alivio del dolor. • Continuidad de la atención • Acompañamiento y documentación del trabajo de parto. • Movilidad y posición en el trabajo de parto • Comunicación afectiva y empática. • Información continua • Desmedicalización del parto en lo posible • Manejo desmedicalización del dolor • Apego inmediato • Corte tardío del cordón umbilical, ingesta de líquidos, no episiotomía, conducción y revisión de cavidad uterina de rutina.
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación 	<ul style="list-style-type: none"> • Control de casos 	<ul style="list-style-type: none"> • Parto con experiencia positiva, placentera, sin riesgos y complicaciones.

Elaboró: L.E. Sarai Martínez Llargo

CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA

3.1 Estrategia de la Investigación: Estudio de caso

El estudio de caso es un diseño cualitativo que ha tomado un lugar relevante en el campo de la investigación en salud. Sus bondades descriptivas de tipo particularistas, descriptivos y heurísticos e inductivo permiten al estudiante analizar y tomar decisiones fundamentadas en el fenómeno o problema en su contexto real.⁵³

Al emplear el estudio de casos, la Enfermera Perinatal tiene las siguientes oportunidades a) identifica y define el problema o fenómeno de su campo disciplinar, b) analiza, comprende e interpreta datos relevantes, c) utiliza el pensamiento crítico ante situaciones complejas y d) reconoce y distingue suposiciones de inferencias, formula juicios, y toma decisiones fundamentadas, así como de presentar ideas y opiniones ante diversos públicos.

Se describen algunas características básicas del estudio de caso para mejor comprensión de su uso en este trabajo⁵⁴:

- Realizan una descripción contextualizada del objeto de estudio. Muestra las relaciones entre una situación particular y su contexto.
- Son estudios holísticos. El investigador ha de tratar de observar la realidad con una visión profunda y, asimismo, ha de tratar de ofrecer una visión total del fenómeno objeto de estudio, reflejando la complejidad de este.
- Reflejan la peculiaridad y la particularidad de cada realidad/situación a través de una descripción densa y fiel del fenómeno investigado.
- Son heurísticos. Los estudios de caso tratan de iluminar la comprensión del lector sobre el fenómeno social objeto de estudio.
- Su enfoque no es hipotético. Se observa, se sacan conclusiones y se informa de ellas.
- Se centran en las relaciones y las interacciones y, por tanto, exigen la participación del investigador en el devenir del caso.
- Estudian fenómenos contemporáneos analizando un aspecto de interés de estos, exigiendo al investigador una permanencia en el campo prolongada.

- Se dan procesos de negociación entre el investigador y los participantes de forma permanente.
- Los estudios de caso incorporan múltiples fuentes de datos y el análisis de estos, de modo global e interrelacionado.
- El razonamiento es inductivo. Las premisas y la expansión de los resultados a otros casos surgen fundamentalmente del trabajo de campo, lo que exige una descripción minuciosa del proceso investigador seguido.

El diseño del estudio de caso se realizó siguiendo la metodología del Proceso de Atención de Enfermería, que consta de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

Se inició el proceso con la etapa de valoración, para ello, se identificó a la usuaria que cumplía con los criterios clínicos y autorización del personal médico para la realización del estudio de caso (la atención del parto de las usuarias se asignaba entre los estudiantes de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, estudiantes de Especialidad en enfermería Perinatal, residentes y pasantes de medicina de diferentes universidades). Con previo consentimiento informado, se recabaron los datos a través de los instrumentos y técnicas que se describen en los siguientes apartados.

Siguiendo la segunda etapa del Proceso de Atención de Enfermería, se validaron y agruparon los datos objetivos y subjetivos y se identificaron los requisitos alterados según la Teoría de déficit de Autocuidado de Dorothea Orem. Con base a ello, se redactaron los diagnósticos utilizando la taxonomía NANDA bajo la estructura del formato PES (problema, etiología y signos y síntomas). Una vez estructurados los diagnósticos, se priorizaron y se desarrollaron cinco diagnósticos acordes a la necesidad de autocuidado y en acuerdo con la usuaria.

Posteriormente se realizó la etapa de planeación, donde se redactaron los objetivos, las intervenciones a realizar para cubrir los requisitos de autocuidados. Para la redacción de dichas intervenciones se utilizaron la taxonomía NIC, guías, lineamientos normativos, y estudios científicos relacionados con la atención del parto.

En la etapa de la ejecución se llevaron a cabo las intervenciones planeadas y finalmente, se evaluaron si fueron cubiertos los requisitos alterados.

3.2 Selección de casos

El estudio de caso se realizó durante las prácticas clínicas correspondientes al periodo 2019-2020 del Programa de especialidad en Enfermería Perinatal, sede CIMIGen, ENEO-UNAM. Una de las sedes donde se llevaron las prácticas hospitalarias, fue en el Hospital General de Ecatepec Las Américas, Estado de México, institución de salud pública que brinda atención de tercer nivel. El personal que se ocupa de la atención obstétrica cuenta con el perfil de Lic. en Enfermería y Obstetricia, Especialistas Perinatales, Residentes y pasantes de medicina en el área de Ginecología y Obstetricia.

Durante las prácticas realizadas en dicho hospital, fue posible observar la nula implementación del modelo de atención obstétrico humanizado por el personal médico y Licenciados en enfermería. Sólo se observó una atención humanizada en los estudiantes de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, estudiantes de Enfermería Perinatal, desde el ingreso hospitalario, durante el trabajo de parto, parto, puerperio, atención del recién nacida y hasta el egreso de la usuaria.

3.3 Fuente de información

La obtención de los datos se llevó a través de realización de la historia clínica como requisito básico del hospital para el ingreso de las usuarias en trabajo de parto. De la misma manera, se utilizó el instrumento de valoración de Dorothea Orem: Factores Condicionantes Básicos (FCB), Requisitos de Autocuidado de Desarrollo y), Requisitos de Autocuidado Universales con el fin de obtener datos más específicos.

Para la aplicación de dichos instrumentos se utilizaron las técnicas de: entrevista, observación y exploración física (Inspección, percusión, palpación y auscultación). Se complementó la búsqueda de los datos con auxiliares de diagnóstico: laboratorios y ultrasonidos.

3.4 Consideraciones éticas.

En cumplimiento y congruencia con lo que plantean los enfoques de parto humanizado, respetuoso y de calidad que dan sustento a la atención obstétrica, el estudio se apegó a los aspectos éticos de la 1) Ley General de Salud, 2) código de ética para las enfermeras en México y 3) Carta de derechos de los pacientes.

Ley General de Salud⁵⁵

- Artículo 2do: Derecho a la protección de la salud que tiene toda persona que reside en el territorio mexicano (El bienestar físico y mental del hombre para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades; la prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana; la protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social; la extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud; el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población).
- Artículo 51. Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.
- Artículo 61. La atención materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende las siguientes acciones: a atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio; la atención del niño y la vigilancia de su crecimiento y desarrollo, incluyendo la promoción de la vacunación oportuna; la promoción de la integración y del bienestar familia.

Código de ética para las enfermeras en México.⁵⁶

- Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
- Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.

- Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
- Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
- Guardar el secreto profesional observando los límites de este, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
- Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
- Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
- Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo con su competencia profesional.
- Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
- Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.

Declaración de principios:

- Beneficencia y no maleficencia: Se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal.
- Justicia: Es un valor que permite ser equitativo en el actuar para la satisfacción de las necesidades sin distinción de la persona.
- Autonomía: Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales.
- Valor fundamental de la vida humana: Este principio se refiere a la inviolabilidad de la vida humana, es decir la imposibilidad de toda acción dirigida de un modo deliberado y directo a la supresión de un ser humano o al abandono de la vida humana.
- Privacidad: El fundamento de este principio es no permitir que se conozca la intimidad corporal o la información confidencial que directa o indirectamente se obtenga sobre la vida y la salud de la persona.
- Fidelidad: Entendida como el compromiso de cumplir las promesas y no violar las confidencias que hace una persona.
- Veracidad: Se define como el principio ineludible de no mentir o engañar a la persona.

- **Confiabilidad:** El profesional de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayuda a las personas.
- **Solidaridad:** Es un principio indeclinable de convivencia humana, es adherirse con las personas en las situaciones adversas o propicias, es compartir intereses, derechos y obligaciones.
- **Tolerancia:** Admitir las diferencias personales, sin caer en la complacencia de errores en las decisiones y actuaciones incorrectas.
- **Terapéutico de totalidad:** A nivel individual debe reconocerse que cada parte del cuerpo humano tiene un valor y está ordenado por el bien de todo el cuerpo y ahí radica la razón de su ser, su bien y por tanto su perfección.

Carta de derechos de los pacientes.⁵⁷

- Recibir atención médica adecuada.
- Recibir trato digno y respetuoso.
- Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.
- Decidir libremente sobre tu atención.
- Otorgar o no tu consentimiento válidamente informado.
- Ser tratado con confidencialidad.
- Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.
- Recibir atención médica en caso de urgencia.
- Contar con un expediente clínico.
- Ser atendido cuando te inconformes por la atención médica recibida.

CAPÍTULO 4. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

4.1 Valoración

Fecha: 04 de diciembre del 2019

Servicio: Tococirugía

Hora: 21:30 horas

Factores condicionantes descriptivos

La Sra. Andrea, O. R., ingresa al Hospital General Las Américas el 04 de diciembre de 2019. Con el siguiente diagnóstico: primigesta, embarazo de 37.6 semanas de gestación por fecha de última menstruación/38.6 por ultrasonido del segundo trimestre, en trabajo de parto fase activa.

Andrea tiene 21 años, estado civil: unión libre, de ocupación estudiante de licenciatura en administración de empresas; refiere que ser estudiante implica más esfuerzo psicoemocional que esfuerzo físico. No trabaja, depende económicamente de sus padres y su pareja. Profesa la religión católica. Originaria de la ciudad de México, reside en Cerrada de las Rosas, en el municipio de Tecámac de Felipe Villanueva, Estado de México.

Peso antes del embarazo: 61 kg, actualmente su peso actual es de 76 kg y talla de 165 cm. Grupo Rh: O positivo.

Su pareja tiene 23 años, J.A.R. Escolaridad: preparatoria, quien se dedica actualmente a trabajar en el negocio de su padre en ventas de artículos de papelería. Grupo y Rh: O positivo, refiere que su pareja se encuentra aparentemente sano.

Factores condicionantes familiares

Se encuentra en una familia nuclear, compuesta por dos miembros; su pareja y ella. Mantiene buena comunicación con su pareja. Refiere que, al principio, sus padres no estuvieron de acuerdo con su cambio de domicilio y causó conflictos en la comunicación y relación con ellos, pero después de dos tres meses lograron resolver. Se reúne con sus padres los fines de semana. Con su pareja, en tiempos libres, ayuda a su pareja en su trabajo, a realizar tareas de la escuela, limpiar la casa y a veces a caminar. Su pareja es quien sustenta económicamente con un ingreso mensual de aproximadamente de 10 mil pesos.

Factores condicionantes del ambiente

Vive con su pareja, en casa propia, cuenta con un cuarto para dormir, un baño, tres ventanas, cuenta con ventilación e iluminación natural, el tipo de construcción de concreto. Dispone de gas estacionario, agua potable, luz, drenaje, pavimentación, recolección de basura en contenedor público. Cuenta con teléfono público y celular. No cuenta con automóvil propio, pero comenta que dispone de automóvil de su papá. Se encuentran cerca, Centros educativos como: primaria, secundaria y preparatoria. También, centros recreativos y comerciales. Zoonosis: sin ningún riesgo. Fauna nociva: contaminación del aire.

Requisitos de autocuidado universales

1. El mantenimiento de un aporte suficiente de aire.

- Hábitos de salud:

Se observan fosas nasales limpias, niega hábitos nocivos, no fuma y no convive con fumadores. Se encuentra expuesta a los gases nocivos propios del ambiente del Estado de México (smog a causa de la contaminación). Refiere que presentó dificultad o fatiga para respirar en el último trimestre, y que empeoraba cuando hacía esfuerzos para trasladarse a la escuela y durante las actividades de limpieza de su casa; situaciones que solucionaba al sentarse a descansar y tomarse un tiempo para restaurar su respiración.

- Revisión por sistemas:

Durante la valoración, se obtiene frecuencia respiratoria: 22 por minuto, saturación: 98%, frecuencia cardiaca: 82 latidos por minuto, temperatura de 36.6°C, tensión arterial: 110/75 mm/Hg, frecuencia cardiaca fetal: 146 latidos por minuto.

A la exploración física, se observa nariz simétrica, senos paranasales aparentemente normales, sin desviación del tabique ni obstrucción. Tórax y pulmones con posición y forma normal de acuerdo con su edad, es simétrico en forma y volumen; a la auscultación se escucha adecuada entrada y salida de aire, sin presencia de ruidos respiratorios, profundidad respiratoria aparentemente bien. Sistema cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, con buena intensidad, sin soplos aparentes. Extremidades superiores y pélvicas con reflejos patelares presentes y sin edema, con llenado capilar 3 segundos, sin presencia de varices, uñas sin alteraciones micóticas.

2. El mantenimiento de un aporte suficiente de agua.

- Hábitos de salud

Andrea menciona que acostumbra a tomar de 1.5 a 2 litros de agua al día, le agrada el agua de frutas y le desagradan los jugos artificiales. Se encuentra con líquido parenteral en vena braquial de brazo izquierdo: Solución glucosada al 5%, 1000 ml, para 8 horas, con goteo de 42 gotas por minuto.

- Revisión por sistemas:

Se observan mucosas, rosadas y semi-hidratadas, con ligera palidez de tegumentos.

3. El mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.

- Hábitos de salud

Refiere realizar tres comidas al día. El día de hoy, menciona que su último alimento fue una gelatina y un licuado de avena, alrededor de la 7 de la noche, al momento se encuentra en ayuno por indicaciones médicas.

Durante la semana describe su consumo de alimento de la siguiente manera:

Leche	Carnes	Huevos	Verduras	Frutas	Tortillas	Pan	Quesos	Embutidos	Sal	Azúcar
3/7	3/7	6/7	7/7	7/7	7/7	4/7	3/7	2/7	7/7	0/7

Le agrada la mayoría de los alimentos, excepto la comida picante, no tiene variantes dietéticas. Consume desde el inicio de su embarazo ácido fólico 1 tableta diaria. No presenta problemas de deglución y digestión. Comenta sobre la significancia de los alimentos como una cuestión de supervivencia. Come con sus compañeras de escuela y en los días que no asiste a clases lo hace con su esposo.

Actualmente se encuentra en ayuno por indicación médica.

Describe su alimentación con las siguientes personas, lugar, tiempo dedicado y tipo de alimentos:

	Desayuno 8:00	Colación 11:00	Almuerzo 15:00	Colación 19:00	Cena 09:00
Con quien come	Compañeras de escuela		Esposo	Sola	Esposo
Donde	Escuela	Escuela	Casa		

Cuanto tiempo dispone a la comida	30 min	5 min	30 min		
Alimentos	Huevo, agua, leche, tortillas	Fruta y semillas	Tortillas, leguminosas, carnes, verduras, agua natural, Ácido fólico 25 mg.	Fruta, pan tostado, semillas.	Atún, carne, leche, pan.

- Revisión por sistemas:

Se realiza valoración física y se observa boca hidratada, sin lesiones, coloración rosada, labios hidratados, dentadura completa, encías rosas, sin aparente presencia de caries, sin halitosis.

Se palpa, cuello cilíndrico, longitud y aspecto de la piel de acuerdo con la edad. Movilidad activa y pasiva normal, sin presencia de nódulos y tumoraciones. No presenta inflamación o dolor en los ganglios linfáticos ni en tiroides. Sin náusea ni vómito al momento, menciona haberlo presentado en el primer trimestre del embarazo. Niega datos de epigastralgia.

4. La provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación y excrementos.

- Hábitos de salud:

Describe frecuencia de evacuaciones de 2 veces durante el día, de consistencia semipastosas y color marrón. Y que presentó estreñimiento en el segundo y tercer trimestre de su embarazo que resolvió con más ingesta de agua y semillas. Sus micciones aumentaron alrededor de 7 veces al día, sin disuria. Al momento no presenta la necesidad de evacuar o miccionar.

- Revisión por sistemas:

Se exploran puntos Giordanos y ureterales con sensación negativa al dolor.

5. El mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el descanso.

- Hábitos de salud:

Andrea describe que dentro de las actividades que realiza son: limpiar la casa los fines de semana, en la escuela no realizaba ninguna actividad deportiva. A veces optaba caminar de su escuela a su casa o de su casa al negocio donde trabaja su esposo. En su tiempo libre se dedica realiza sus tareas, ayuda a su esposo en su lugar de trabajo o visita a sus padres y suegros. Menciona que duerme alrededor de 6 a 8 horas, y normalmente se despierta con sensación de descansada. Presenta dificultad para conciliar el sueño cuando se encuentra en situaciones de estrés especialmente cuando tiene exámenes programados en su escuela. En el último trimestre del embarazo presentó dificultad en la posición para dormir, que resolvió con la indicación médica en decúbito lateral izquierda o derecha.

- Revisión por sistemas:

A la exploración física del sistema musculoesquelético con fuerza muscular de acuerdo con su edad y estado fisiológico, tono normal, con amplitud de movimientos y coordinados. Sin tumoraciones, deformaciones ni rigidez. Se evalúa el estado neurológico con resultado coherente de conciencia en espacio, lugar y tiempo. En estado de alerta, sin entumecimientos en extremidades, reflejos osteotendinosos normales.

6. El mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad

- Hábitos de salud:

La comunicación que se establece con Andrea es directa, clara, fluida y con tono agudo. Al hacer contacto visual, no se observa conducta evasiva, utiliza expresión corporal, facial. No existe barrera idiomática. Se observa mecanismo de defensa de pasividad e inhibición. Andrea se describe como una persona sociable, no pertenece a ningún grupo social cultural, religioso o deportivo.

- Revisión por sistemas:

Se observan oídos sin dolor, con escasa presencia de secreciones, agudeza auditiva. Ojos color café oscuro, simétricos, pupilas isocóricas que reaccionan al reflejo de la luz, sin palidez de conjuntivas, sin secreción, no tiene problemas visuales.

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

- Hábitos de salud:

Prácticas de seguridad personal:

Andrea expresa conocer algunas medidas de prevención de accidentes en casa, en el trabajo y en la calle, y las relacionadas en contra sismo o incendio.

Acostumbra a realizar algunas revisiones de salud periódicas y medidas terapéuticas recomendadas para su edad. Se realiza revisiones dentales. Se realizó exploración mamaria y citología cervical al inicio de su embarazo con resultados normales. Sin antecedentes de enfermedades de transmisión sexual. En sus antecedentes personales patológicos, niega enfermedades crónicas degenerativas. Refiere que cuenta con antecedente de vacunación completa, con vacunas aplicadas durante el embarazo, antitetánica y antiinfluenza.

Durante su embarazo, asistió a sus consultas prenatales, con un total de 6 consultas; inició con su control a las 14. 4 semanas de gestación. En el último trimestre, a partir de la semana 37 estuvo asistiendo cada semana. Cuenta con ultrasonido de cada trimestre. Comenta que se aprendió los signos y síntomas de alarma obstétrica y cuándo acudir a servicios de urgencia. De igual manera, a reconocer los signos y síntomas del trabajo de parto, pero que por su poca experiencia estuvo durante el día ansiosa y con la duda de asistir al hospital para su valoración, menciona que fue su mamá quien intentaba calmarla y quien le dijo que era momento de buscar la atención obstétrica. Al interrogarle sobre su conocimiento de parto humanizado y en que consiste, Andrea respondió haberlo escuchado y sólo lo relacionó con el respeto, trato digno y con las intervenciones que sólo realizan las parteras.

Andrea, explica que algunas medidas de autocontrol para prevenir enfermedades consisten llevar una alimentación adecuada, dormir bien, caminar y aseo personal diario. Menciona que las situaciones de tensión lo manejan con el diálogo, salir del lugar donde se suscita la situación o escuchar música.

Concepto de su imagen:

Andrea señala que, al inicio de embarazo, los cambios físicos y fisiológicos de su cuerpo le impactaron emocionalmente, expresaba desagrado de esos cambios de manera conductual y verbal. En algunas ocasiones trató de ocultarlo con el tipo de ropa o

aislamiento social. Sobre su espiritualidad que expresa consiste en rezar, le ayudó a superar ese breve estado emocional y a comprender sus cambios como normales. Sobre consumos de medicamentos, durante su embarazo y actualmente consume ácido fólico. Durante su atención obstétrica; metoclopramida y omeprazol. No consume otros medicamentos. No fuma, no usa drogas, no toma café ni bebidas gaseosas.

- Revisión por sistemas:

Andrea O. R., primigesta, con embarazo de 37.6 semanas de gestación por fecha de última menstruación/38.6 semanas de gestación por ultrasonido traspolado del segundo trimestre, en trabajo de parto fase activa. Ingresas con contracciones irregulares y salida de tapón mucoso. Al momento percibe movimientos fetales. Niega pérdidas transvaginales, sin datos de urosepsis y estreñimiento. Consciente y orientada en tiempo y espacio. Tensión Arterial: 110/75 mmHg, con fondo uterino de 29 cm, feto en presentación cefálica, situación longitudinal y posición con dorso derecho, Basal de FCF de 146 latidos por minuto. Dinámica uterina de 2 contracciones en 10 minutos, con duración de 30 segundos, intensidad +. Giordanos y puntos ureterales negativos, al tacto vaginal, se tacta cérvix central, blando con 5 cm de dilatación (valoración médica), y 50% de borramiento, amnios íntegros, en segundo plano de Hodge, índice de Bishop 8, se observa guante explorador con restos que corresponden a tapón mucoso. Reflejos patelares presentes y normales, extremidades inferiores sin edema.

8. La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo de ser normal.

- Hábitos de salud:

Andrea, explica los hábitos higiénicos personales siguientes: baño diario y cambio de ropa diario. Aseo dental 3/24. Lavado de manos antes y después de comer. Lavado de manos después de ir al baño. Para su higiene personal usa productos como desodorante, shampoo, pasta dental, perfumes, cremas corporales. Considera de vital importancia su limpieza, su buena imagen corporal y buen estado emocional. Se observa piel sin erupciones, dermatitis, sin protuberancias. Su relación con las personas con quienes interactúa es adecuada sin dificultad ni conflictos.

Se le cuestiona a Andrea sobre sus conocimientos del trabajo de parto, parto, puerperio y cuidados del recién nacido, además de sus conocimientos sobre las intervenciones que realizan las enfermeras especialistas. En la primera manifestó que tiene idea por los videos vistos en internet en la plataforma de YouTube, experiencia de amigas, suegra, tías y su madre. En la segunda pregunta, respondió saber que los partos son atendidos por los médicos y que las enfermeras ayudan a los médicos a atender el parto, expresa no saber sobre las funciones de las enfermeras especialistas perinatales. Refiere que según las experiencias de familiares el parto es muy doloroso y que desaparece después del nacimiento del feto. También, que le realizarán muchos tactos que son muy dolorosos. Se le explica cada una de las preguntas realizadas y se observa en Andrea expresión facial de confusión asombro.

- Revisión por aparatos y sistemas:

Se realiza exploración física y se describen los siguientes resultados:

Piel hidratada, íntegra, con temperatura corporal de 36.6°C., coloración de tegumentos normal, sin presencia de cicatrices, tumoraciones, laceraciones o erupciones.

Cabello bien implantado y distribuido, sin presencia de parásitos.

Uñas hidratadas, limpias sin presencia de hongos

Mamas simétricas, sensible a la palpación, pezón normal, con secreciones escasas.

Requisitos de autocuidado según las etapas de desarrollo

Menarca	Ritmo	Dismenorrea	Gesta	P	C	A	O	E
14 años	Regular	No	1	0	0	0	0	0

Descripción ginecológica

IVSA	Parejas sexuales	Infecciones tratamiento	Papanicolaou	Cirugías	Sangrado	Incontinencia urinaria	Tumores
18 años	1	Ninguna	20-10-19	No	No	No	No

Dispareunia	Orgasmos	Sangrado coito	Métodos anticonceptivos	Tiempo de uso	FUM	FPP
No	Si	No	Condón	Al IVSA	DESCONOCE	21-12-19 por FUM 12-12-19 por USG

Descripción de embarazos previos

- Sin antecedentes de embarazos previos.

Descripción de embarazo actual

Fecha	SDG	Peso	T/A	FU	Situación y posición	Presentación	FCF	Edema	Medicamentos	Tratamiento
16/05/19	9 SDG por FUM	61 kg	115/74 mmHg	----	----	----	----	No	No	USG
17/06/19	13.4 SDG por FUM 14.4 por USG	61.6 kg	120/70 mmHg	----	Indistinta	Indistinta	156 lpm	No	Ácido fólico	Laboratorios prenatales
01/08/19	20 SDG por FUM	64.4 kg	115/74 mmHg	18 cm	Longitudinal, Dorso derecho	Cefálico	146 lpm	No	Ácido Fólico	Determinación de proteinuria por tira reactiva en orina. Curva de tolerancia a la glucosa 75 gr. en 5 semanas.

Fecha	SDG	Peso	T/A	FU	Situación y posición	Presentación	FCF	Edema	Medicamentos	Tratamiento
16/09/19	26.4 SDG por FUM	67.3 kg	110/60 mmHg	24 cm	Longitudinal, Dorso derecho	Cefálico	158 lpm	No	Ácido fólico	Laboratorios (Bh y USG)
28/10/19	32.4 SDG por FUM 33.2 por USG	72 kg	100/70 mmHg	29 cm	Longitudinal, Dorso derecho	Cefálico	151 lpm	No	Ácido Fólico	Determinación de proteinuria por tira reactiva en orina.
28/11/19	37 SDG por FUM	75.7 kg	120/76 mmHg	30 cm	Longitudinal, Dorso derecho	Cefálico	156	No	Ácido fólico	Determinación de proteinuria por tira reactiva en orina. USG
Consulta de urgencia 04/12/19	37.6 SDG por FUM 38.4 SDG por USG	76 kg	118/62 mmHg	30 cm	Longitudinal, Dorso derecho	Cefálico	145 lpm	No	Ácido fólico Omeprazol Metoclopramida	BH, TP y TPT Registro cardiotocográfico

Requisitos de autocuidado ante una desviación a la salud

1. Desviación actual (Percepción de la desviación)

- Inicio de consulta: Andrea refiere que acude a consulta al área de urgencias al Hospital General Las Américas, acompañada de su esposo y su madre, el día de hoy 04 de diciembre de 2019, por identificar salida de tapón mucosa a las 18:00 y contracciones irregulares en la mañana del mismo día. La ingresan a la sala de tococirugía a las 21:30 horas y se da seguimiento de su ingreso para su atención obstétrica por parte de la Estudiante de Especialidad en Enfermería Perinatal.
- Comprensión de la alteración actual: Refiere que conoce algunas características y etapas del proceso debido a algunas aclaraciones que recibió durante sus dudas en las consultas prenatales, por la experiencia de su madre y familiares e información que buscó en el internet. Reconoce que se encuentra en trabajo de parto, pero no se siente segura de reconocer los cambios que ocurran conforme evolucione su trabajo de parto. Presiente que la desesperación y el dolor la desestabilizarán para poder identificarlos.
- Sentimientos en relación con su estado actual: Sin embargo, dice sentirse nerviosa, ansiosa y con miedo, le preocupa su tolerancia al dolor y la salud de su hija durante el proceso de trabajo de parto y al nacer.
- Preocupaciones específicas: Comenta que se siente temerosa y con duda sobre la atención que recibirá, puesto que algunas de sus familiares mujeres que pasaron en este proceso, le contaron experiencias negativas como: regaños ante los gritos por el dolor y por la falta de habilidad para pujar, abandono y falta de atención a sus necesidades obstétricas. También teme porque el personal de salud no atienda adecuadamente su trabajo de parto y parto.

2. Mecanismos de adaptación

- Uso previo de mecanismos de adaptación: Andrea ante la identificación de su inicio de trabajo de parto, solicitó a sus familiares ser llevada a urgencias para su valoración obstétrica.
- Repertorio actual de mecanismos de adaptación y de adecuación de estos. Durante la interrogación, se le solicita a Andrea, que comparta los conocimientos que obtuvo con sus videos educativos y sus familiares para reforzar y

complementar la información. Se le explica sobre los cuidados con enfoque humanizado que recibirá por parte de la estudiante de Especialidad en Enfermería Perinatal y los resultados positivos para su trabajo de parto. Se observa asombro, agrado y tranquilidad en su rostro.

- Factores concomitantes de estrés: Andrea expresa que desea participar y realizar los cuidados necesarios para un resultado positivo de su trabajo de parto, parto y su hija. Se observa intranquilidad en Andrea al ver a otras mujeres con alteración durante su proceso obstétrica.

- Efectos de la desviación sobre su estilo de vida:

Psicológicos: Andrea dice que le tranquiliza que ya encuentra en el hospital y que será atendida si algo se complica. Le preocupa que sus contracciones no son regulares, que no progrese su dilatación y termine en resolución obstétrica por vía cesárea, puesto que le teme al tiempo tardado de recuperación por esta vía.

Fisiológico: Comenta que al inicio de su trabajo si le afectaron los cambios fisiológicos de su cuerpo, que resolvió con sus creencias espirituales aceptándolo como algo normal. Andrea teme porque su cuerpo no sea capaz de aguantar del dolor, o que resulte algún daño a su cuerpo por intervención invasiva de los médicos.

Económico: Menciona que aseguró dinero con sus familiares por si su proceso de trabajo de parto y parto se complica y es necesario necesitar medicamentos, estudios, por ejemplo.

3. Historia previa de desviaciones

- Antecedentes personales patológicos:

Andrea, describe que durante su embarazo no presentó infecciones de vías urinarias, pero si estreñimiento en el primer t tercer trimestre que resolvió con ingesta de agua y semillas altas en fibra como pasas y linaza. Niega cirugías previas y transfusiones. Niega enfermedades crónicas degenerativas, oncológicas, inmunológicas, cardiopatías y psiquiátricas.

- Antecedentes heredofamiliares:

Madre con 66 años con antecedente de cardiopatía por defecto de nacimiento. Padre de 65 años con fibrosis pulmonar.

- Estudios de laboratorio y gabinete

Laboratorios:

- BH, 18/06/19: Hemoglobina 11.1 g/dl, Hematocrito 38%, Plaquetas $193 \times 10^3/\text{mm}^3$, Leucocitos $6.7 \times 10^3/\text{mm}^3$.
- QS, 18/06/19: Glucosa 77mg/dl, Creatinina 0.7 mg/dl, Ácido úrico 2.7 mg/dl, Colesterol 110 mg/dl, Triglicéridos 96 mg/dl, Bilirrubina total: 0.6 mg/dl, Proteínas totales 7.4 g/dl, Albúmina 7.1 g/dl, TGO 18 U/L, TGP 25 U/L.
- Urianálisis 18/06/19: Leucocitos 2 por campo, No se observan bacterias, Nitritos negativos, color amarillo claro, Aspecto transparente, pH 6.5.
- VIH y VDRL 18/08/19: Negativos.
- PAP 20/05/19: Resultado normal.
- Curva de Tolerancia a la Glucosa de 75 gr 06/09/19: 80 mg/dl en ayuno, 101 mg/dl 1ra hora, 1118 mg/dl.
- BH, 04/12/19: Hemoglobina 12.1 g/dl, Hematocrito 38%, Plaquetas $193 \times 10^3/\text{mm}^3$, Leucocitos $6.7 \times 10^3/\text{mm}^3$.
- QS, 18/09/19: Glucosa 77mg/dl, Creatinina 0.7 mg/dl, Ácido úrico 2.7 mg/dl, Colesterol 110 mg/dl, Triglicéridos 96 mg/dl, Bilirrubina total: 0.6 mg/dl, Proteínas totales 7.4 g/dl, Albúmina 7.1 g/dl, TGO 18 U/L, TGP 25 U/L.
- Urianálisis 18/06/19: Leucocitos 2 por campo, No se observan bacterias, Nitritos negativos, color amarillo claro, Aspecto transparente, pH 6.5.
- VIH y VDRL 18/08/19: Negativos.
- PAP 20/05/19: Resultado normal.
- Curva de Tolerancia a la Glucosa de 75 gr 06/09/19: 80 mg/dl en ayuno, 101 mg/dl 1ra hora, 1118 mg/dl.
- BH 04/12/19: Hemoglobina 11.9 g/dl, Hematocrito 35%, Plaquetas $193 \times 10^3/\text{mm}^3$, Leucocitos $6.2 \times 10^3/\text{mm}^3$.
- TP y TPT 04/12/19: TP: 12.1, TPT 35 Segundos.

Ultrasonidos:

Ultrasonido del segundo trimestre 17/06/19: Feto único vivo de 14.4 SDG en situación indistinta, somatometría acorde a edad gestacional, placenta corporal posterior no definitiva, no se observan hematomas ni desprendimientos retroplacentarios. Líquido amniótico cualitativamente normal, FCF 156 lpm. No se observan alteraciones estructurales aparentes de las detectables a esta edad gestacional.

Ultrasonido del tercer trimestre 28/10/19: Feto único vivo de 33.2 SDG en situación longitudinal, dorso derecho, cefálico, fetometría acorde a edad gestacional, placenta corporal posterior grado II, normo inserta, Phelan de 16 CC, peso fetal estimado de 2115 gramos, FCF 156 lpm. Crecimiento estructural armónico.

Ultrasonido del tercer trimestre 01/12/19: Feto único vivo de 38.4 SDG, en situación longitudinal, dorso derecho, cefálico, fetometría acorde a edad gestacional, placenta corporal posterior normo inserta, Líquido amniótico cualitativamente normal, peso fetal estimado de 2850 gramos, FCF 156 lpm. No se observan alteraciones estructurales aparentes de las detectables a esta edad gestacional.

4.2 Esquema metodológico

<p>ETAPA DEL DESARROLLO</p> <p>Adulta joven gestante</p>	<p>I REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL</p> <ul style="list-style-type: none">• Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.• Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.• Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.• La provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación y excrementos.• Mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso.• El mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad.• <u>Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.</u>• <u>La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las</u>	<p>AGENCIA DE AUTOCUIDADO Desarrollado</p> <p>SISTEMA DE ENFERMERÍA Parcialmente compensatorio y formativo de soporte.</p>
<p>REQUISITOS DE AUTOCUIDADO EN LA DESVIACIÓN DE LA SALUD</p> <ul style="list-style-type: none">• Consultas prenatales• Busca y asegura ayuda de atención obstétrica.• Reconoce limitaciones y capacidades de autocuidado.• Asiente la atención de parto humanizado.• Identifica y atiende su proceso de trabajo de parto.	<p>UNIDAD DE OBSERVACIÓN</p> <p>Andrea de 21 años, Gesta I, con embarazo de 37.6 SDG por FUM/ 38.6 por USG, en trabajo de parto fase activa.</p>	<p>EXPOSICIÓN DE RIESGOS</p> <p>Maternos: Trabajo de parto o periodo expulsivo prolongado/precipitado. Atonía uterina Desgarro cervical y/o perineal. Hemorragia obstétrica.</p> <p>Fetales: Distocias de partes fetales. Hipoxia. Muerte fetal.</p>
<p>FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES</p> <p>Edad: 21 años Escolaridad: Licenciatura Estado de desarrollo: Adulta Joven gestante Estado de salud: Embarazo de término en Trabajo de Parto en Fase Activa. Factor ambiental: Tococirugía Sistema de salud: Hospital General Las Américas Sistema familiar: Familia nuclear/Unión Libre Factor sociocultural: católica Factor socioeconómico: nivel económico medio Patrón de vida: Estudiante</p>		

4.3 Jerarquización del problema

- Entablar con Andrea comunicación terapéutica durante su atención obstétrica para identificar capacidades y demandas de autocuidado.
- Brindar apoyo emocional a Andrea durante su proceso a través de la reducción de factores estresantes ambientales, fisiológicos y ambientales para una adecuada progresión del trabajo de parto.
- Potenciar las capacidades de autocuidado de Andrea a través de la información sobre el trabajo de parto y sus posibles complicaciones y los beneficios del parto humanizado, con el fin identificar y reducir los riesgos obstétricos.
- Ofrecer a Andrea cuidados de enfermería con enfoque humanizado permitidos en la institución para lograr un parto eutócico con experiencia positiva.
- Garantizar la seguridad materno fetal a través de la atención especializada de enfermería de manera adecuada y oportuna durante el proceso del trabajo de parto.

4.4. Diagnósticos de enfermería.

- Disposición para mejorar el proceso de maternidad m/p expresa deseos de participar y realizar los cuidados durante su trabajo de parto.
- Alteración del estado emocional r/c conocimiento insuficiente sobre el trabajo de parto m/p expresión verbal de miedo, desconfianza y dificultad para reconocer los cambios fisiológicos durante el trabajo de parto.
- Riesgo de alteración del confort materno r/c desconocimiento de estrategias no farmacológicas durante el trabajo de parto.
- Riesgo de alteración del bienestar materno fetal r/c posibles complicaciones del trabajo de parto y parto.
- Proceso de maternidad ineficaz r/c posibles agentes estresores ambientales y psicológicos m/p sentimientos de alteración emocional y expresión conductual de intranquilidad al observar alteración obstétrica de otras mujeres.

4.5 Planeación de los cuidados

Requisito de autocuidado	Promoción del funcionamiento y el desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.		
Operaciones de Diagnóstico de enfermería	Disposición para mejorar el proceso de maternidad m/p expresa deseos de participar y realizar los cuidados durante su trabajo de parto.		
Objetivo	Fomentar la proactividad de Andrea por medio de la relación interpersonal durante trabajo de parto.		
Sistema de enfermería	Formativo de soporte	Método de ayuda	Enseñar
Prescripción del cuidado	Tratamiento regulador		
Establecer comunicación terapéutica	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación de la E.E.P. y explicación sobre su participación en su trabajo de parto. • Pedirle a Andrea que se presente y solicitarle que exprese como le gustaría la llamaran. • Permitirle expresar sus sentimientos en ese momento. • Permitir que exprese sus dudas, inquietudes y necesidades físicas y emocionales negativas y positivas. • Fomentar la escucha activa (no distraer, no interrumpir, no juzgar, no emitir juicios y mostrar empatía) • Establecer contacto visual y afecto, en el momento y lugar adecuado con Andrea. 	<p>Hildegard Peplau,⁵⁸ en su Teoría de las Relaciones Interpersonales destaca que es un proceso significativo y terapéutico que posibilitan la salud; reconoce y responde la necesidad de ayuda. Se propicia el desarrollo de las habilidades del usuario para afrontar los problemas y conseguir un estado de saludable; es un proceso mutuo de aprendizaje y de cooperación que intenta resolver el problema.</p> <p>La comunicación profesional sanitario-paciente desempeña una función esencial en la confianza entre profesionales y pacientes, que sigue fines</p>	

	<ul style="list-style-type: none"> • Dar reconocimiento a los cuidados de bienestar y pedirle los utilice cuando sea necesario. • Solicitar a Andrea cuando no comprenda las indicaciones del equipo de salud incluido las de la E.E.P. • Eliminar barreras relacionadas con el lenguaje técnico médico. 	<p>terapéuticos como los es la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, en la asistencia sanitaria y en el cuidado de las personas. Busca ayudar, fortalecer y educar, introducir conocimientos que influyan en las actitudes, conductas e incentiven la adopción de comportamientos.⁵⁹</p>
<p>Control de casos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Andrea agradece la atención cálida y afectiva. • Refiere sentirse en confianza y con mucha disposición para participar en su trabajo de parto. • Se observa en Andrea tranquilidad y segura con la E.E.P. 	

Requisito de autocuidado	Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.		
Operaciones de Diagnóstico de enfermería	Alteración del estado emocional r/c conocimiento insuficiente sobre el trabajo de parto m/p expresión verbal de miedo, desconfianza y dificultad para reconocer los cambios fisiológicos durante el trabajo de parto.		
Objetivo	Optimizar el estado emocional de Andrea a través de la provisión de información sobre el proceso de trabajo de parto de manera respetuosa y empática durante la atención obstétrica.		
Sistema de enfermería	Parcialmente compensatorio	Método de ayuda	Enseñar
Prescripción del cuidado	Tratamiento regulador		Fundamentación científica
Preparación del trabajo de parto con información anticipatoria.	<ul style="list-style-type: none"> • Describir las intervenciones de valoración y seguimiento durante su trabajo de parto. • Identificar y reforzar los conocimientos previos sobre el trabajo de parto y parto. • Informar sobre las políticas de salud hospitalarias para la atención obstétrica. • Enseñar a la madre y a la pareja la fisiología del trabajo de parto y del expulsivo (fases y periodos clínicos del trabajo de parto y los mecanismos del trabajo parto, dinámica uterina, características de la dilatación y borramiento cervical). • Explicar la monitorización sistemática que puede aplicarse para la valoración de signos vitales maternos y frecuencia 		La educación maternal puede ser un recurso para cubrir la necesidad de reducir la ansiedad, el miedo y el dolor, especialmente a través de la desmitificación de los prejuicios basados en tradiciones orales y escritas. ⁶⁰

	<p>cardiaca fetal con RCTG, dinámica uterina y características cervicales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar medios digitales para mejor comprensión del trabajo de parto. 	
Control de casos	<ul style="list-style-type: none"> • Andrea refiere satisfacción de acertar en los conocimientos previos al escuchar la información que brindó la E.E.P. sobre el trabajo de parto. • Andrea expresa tener claridad en la información, lo cual le produce seguridad y confianza en sí misma y en la E.E.P. • Andrea dice sentir menos miedo, preocupación y dificultad para comprender su proceso de trabajo de parto. 	

Requisito de autocuidado	Promoción del funcionamiento y el desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.		
Operaciones de Diagnóstico de enfermería	Riesgo de alteración del confort materno r/c desconocimiento de estrategias no farmacológicas durante el trabajo de parto.		
Objetivo	Favorecer el confort materno de Andrea por medio de estrategias no farmacológicas y cuidados humanizados.		
Sistema de enfermería	Parcialmente compensatorio	Método de ayuda	Guiar y dirigir
Prescripción del cuidado	Tratamiento regulador	Fundamentación científica	
Enseñar e implementar estrategias no farmacológicas durante el trabajo de parto.	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar las técnicas de respiración para evitar la fatiga y mejorar las funciones del proceso del trabajo de parto. (limpieza, rítmicas lentas y rítmicas modificadas). • Realizar los ejercicios de respiración e identificar si se realiza de manera adecuada. • Demostrar los cambios posturales y movimiento maternos permitidos en la institución. • Explicar a Andrea sobre la posibilidad de implementar aromaterapia con volumen bajo o con auriculares por políticas del hospital (solicitar género musical). • Explicar a Andrea sobre la posibilidad de implementar termoterapia en zonas del cuerpo y sus efectos. 	<p>Se recomiendan técnicas manuales, como masajes o aplicación de compresas tibias, para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer.</p> <p>Se recomiendan técnicas de relajación, incluso la relajación muscular progresiva, respiración, música, meditación atención plena (mindfulness) y otras técnicas, para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer</p> <p>La importancia del uso de las medidas no farmacológicas para el manejo del dolor en la</p>	

<p>Proveer de cuidados humanizado permitidos en la institución.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Exponer a Andrea en que consiste la masoterapia y su aplicación en las zonas relajantes. • Proveer apoyo continuo cuando Andrea lo solicite y sea necesario. • Solicitar al personal médico sobre la provisión de agua o gasa húmeda cuando se observen datos de deshidratación. • Pedir la personal médico autorice mantener privacidad de Andrea con el uso del biombo. • Solicitar al personal médico autorización para que Andrea deambule en espacios permitidos. 	<p>gestante durante la atención del parto, e identifican que estas medidas disminuyen la intensidad del dolor, ayudan disminuir el tiempo del trabajo de parto, y facilita la comunicación entre el personal de enfermería y la gestante.</p> <p>Para las mujeres con bajo riesgo, se recomienda la ingesta de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto.</p> <p>Se recomienda alentar la movilidad y adoptar una posición erguida durante el trabajo de parto en mujeres de bajo riesgo.</p>
<p>Control de casos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Andrea muestra expresión de asombro sobre las estrategias no farmacológicas descritas. • Refiere que le agradan todas las estrategias no farmacológicas demostradas e implementadas como ejercicio de preparación. • Andrea expresa deseos de realizar las estrategias no farmacológicas que se permitan en la institución. • Andrea mostro agrado y confort al implementar las estrategias no farmacológicas. 	

Requisito de autocuidado	Previsión de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.		
Operaciones de Diagnóstico de enfermería	Riesgo de alteración de la diada materno fetal r/c posibles complicaciones del trabajo de parto y parto.		
Objetivo	Enseñar a Andrea a reconocer las posibles complicaciones del trabajo de parto para una atención adecuada y oportuna y garantizar el estado de salud materno fetal.		
Sistema de enfermería	Formativo de soporte	Método de ayuda	Enseñar
Prescripción del cuidado	Tratamiento regulador		
Brindar información sobre las complicaciones del trabajo de parto.	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar a Andrea las características de distocias en la dinámica uterinas. • Exponer a Andrea las causas de las ausencias de los movimientos fetales. • Enseñar a Andrea los signos y síntomas de la hemorragia obstétrica durante el parto y puerperio. • Enseñar a Andrea los signos y síntomas de preeclampsia. • Explicar a Andrea sobre los desgarros cervicales y perineales. • Pedir a Andrea informe cuando suceda la Ruptura de Membrana. 	<p>Según la OMS: complicaciones que se producen durante el embarazo y el parto o después de ellos. La mayoría de esas complicaciones aparecen durante la gestación y la mayoría son prevenibles o tratables. Las principales complicaciones son:</p> <p>Las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto); las infecciones (generalmente tras el parto); la hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia); complicaciones en el parto; los abortos peligrosos.</p>	

Control de casos	<ul style="list-style-type: none">• Andrea refiere haber reforzado sus conocimientos respecto a las complicaciones del trabajo de parto y parto.• Andrea comenta que estará atenta e informará cualquier anomalía que surja durante el trabajo de parto.
-------------------------	---

Evolución del trabajo de parto (partograma)

DIA		04/12/19				05/12/19									
HORA		21:30	22:30	23:30	24:30	1:30	2:30	3:30	4:30	5:30	6:30	7:30	8:30	9:30	10:33
FCF LATIDOS POR MINUTO	181														
	161														
	141	RCTG Basal 142 Categoría 1 DIPS 1	146	RCTG Basal 142 Categoría 1 DIPS 1	149	RCTG Basal 142 Categoría 1 DIPS 1	157	RCTG Basal 146 Categoría 1 DIPS 1	150	152	147	RCTG Basal 142 Categoría 1 DIPS 1	150	142	
	121														
	111														
	100														
ACT.UTERINA	FRECUENCIA (EN 10 MIN)	2-10	1-10	2-10	2-10	3-10	3-10	3-10	3-10	4-20	4-10	5-10	5-10	5-10	
	DURACIÓN (SEGUNDO)	30	30	35	35		40	40	45	45	50		50	50	
	INTENSIDAD (Débil+, Normal ++ y Fuerte +++)	+	+	+	+		++	++	++	++	+++		+++	+++	
DILATACIÓN CERVICAL (1-10 CM)	5 cm						7 cm		7cm		8cm			10cm	
BORRAMIENTO (10-100%)	50%						70%		70%		80%			100%	
PLANOS DE HODGE (I, II, III, IV)	I						II		II		II		II	III	
TEMPERATURA (°C)	36.6		36	36.7		37.1	37	37.2	36	37		36.9	37		
T/A	110/75		100/57	100/65		110/79	110/67	124/79	120/79	125/80		120/84	124/83		
SIST/ DIAST (mm/Hg)															
MEMBRANAS (MI, RAM, REM)	MI						MI		MI		MI			REM	
OXITOCINA (mu/ml) IV	---	---	4 mu	4 mu		8 mu	8 mu	8 mu	8mu	8m	8 mu	8 mu	8mu		
RCTG (CATEGORÍA I, II, III)			I			I		I				I			
DOLOR EVA* (1-10)	2	2	2	2	4	4	4	4	5	7	8	9	10		
ESTRATEGIAS NO FARMACOLÓGICAS	AC/CP/MM/TR	AC/CP/MM	AC/CP/M/D	AC/CP/R/M	AC/C/P/R/T/R	AC/CP/R/TR	AC/CP/R/M	AC/CP/R/M/T/R	AC/CP/R/T	AC/CP/R/TR/T	AC/CP/R/TR	AC//R/TR	AC/R/TR		

ATENCIÓN DE PARTO EN CAMA GINECOLÓGICA EN SALA DE EXPULSIÓN

Movimientos maternos MM Deambulación D Termoterapia T
 Cambios posturales CP Técnica Respiración TR
 Musicoterapia M Apoyo continuo AC
 Retroalimentación R Masoterapia M

NIVEL DE RIESGO
 ALTO
 MEDIANO
 BAJO

Elaborado por L.E. Sarai Martínez Llergo Fuente: Partograma CIMIGEN/ Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto: manual del usuario. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021.⁶¹

PRIMERA VALORACIÓN FOCALIZADA	
Fase activa del trabajo de parto	
Fecha y hora: 04 de diciembre de 2019, 23:30 horas	Servicio: Tococirugía
Requisito de autocuidado: Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.	
Sistema de enfermería: Parcialmente compensatorio	Método de ayuda: Guiar y dirigir
Signos vitales: T/A: 100/57 FR: 20 FC: 80 latidos por minuto TEMP: 36 FCF: 140 latidos por minuto.	
Factores relacionados con la estructura y la función	
<p>La primera valoración se centra en la dinámica uterina, a la palpación abdominal se percibe dinámica uterina de 2 contracciones en 10 minutos, con duración de 35 segundos, intensidad +. Andrea refiere que no percibe cambios en la frecuencia, duración e intensidad en las contracciones. Por indicación médica se inicia uterotónico, oxitocina para regular y aumentar las contracciones. Se corrobora con escala de Bishop con 8 puntos, resultado indicado para inicio de uterotónico. Se coloca registro RCTG para valorar respuesta de uterotónico.</p>	

Requisito de autocuidado	Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.		
Operaciones de Diagnóstico de enfermería	Riesgo de pérdida del bienestar fetal r/c posibles efectos de ministración de uterotónicos.		
Objetivo	Identificar alteración de la dinámica uterina a través de la monitorización materno fetal y vigilancia de la ministración de oxitocina.		
Sistema de enfermería	Parcialmente compensatorio	Método de ayuda	Guiar y dirigir
Prescripción del cuidado	Tratamiento regulador		
<p>Evaluar y registrar la dinámica uterina durante la ministración del uterotónico.</p> <p>Vigilar y registrar unidades ministradas de uterotónicos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar la dinámica uterina durante la ministración de la dinámica uterina. • Solicitar a Andrea que externe cambios o sensaciones en la frecuencia, duración e intensidad fuera de los parámetros normales. • Evaluar con RCTG el estado fetal e identificar alteraciones en la línea Basal, variabilidad, aceleraciones y desaceleraciones. • Vigilar el goteo continuo de la Oxitocina para valorar aumento, mantenimiento suspensión durante el proceso de trabajo de parto. 	<p>La inducción del trabajo de parto⁶² considera los siguientes criterios: establecer con certeza que el procedimiento ofrece el mejor desenlace para la madre y el feto, confirmar la edad gestacional, realizar la evaluación obstétrica completa y contar con infraestructura para enfrentar las posibles complicaciones. El especialista debe efectuar la evaluación individualizada de la paciente y el feto, con la finalidad de descartar situaciones que comprometan la salud de ambos. La complicación más común de la inducción del trabajo de parto es la taquisistolia, que puede asociarse con desprendimiento prematuro de placenta, rotura uterina y sufrimiento fetal agudo.</p> <p>Con frecuencia, cuando se considera que las contracciones uterinas no son suficientemente intensas, se ha</p>	

		<p>utilizado este procedimiento para tratar el trabajo de parto prolongado.</p> <p>La estimulación del trabajo de parto puede ser beneficiosa para prevenir el trabajo de parto prolongado, puede ser perjudicial si se la usa de manera inadecuada: puede originar la hiperestimulación uterina con reacciones adversas, como la asfixia fetal y la rotura uterina y, por lo tanto, aumentar el riesgo de desencadenar una cascada de intervenciones durante el trabajo de parto y el parto. La intervención clínica injustificada también priva a la mujer de su autonomía y dignidad durante el trabajo de parto y puede afectar de manera negativa su experiencia.</p>
<p>Control de casos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Andrea continua con duración de dinámica de 3 en 10 min, Intensidad +, duración 40 seg. Signos vitales maternos estables. • Andrea no percibe alteración en la dinámica uterina. • Se interpreta Registro cardiotocográfico en conjunto con el personal médico. Categoría 1 (variabilidad moderada, aceleraciones que coinciden con contracciones uterinas, ausencia de desaceleraciones). • Se asegura el estado de salud materno fetal con la continua monitorización de las posibles complicaciones por el uso uterotónicos. 	

SEGUNDA VALORACIÓN FOCALIZADA	
Fase activa del trabajo de parto	
Fecha y hora: 05 de diciembre de 2019, 03:30 horas	Servicio: Tococirugía
Requisito de autocuidado: Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.	
Sistema de enfermería: Parcialmente compensatorio	Método de ayuda: Guiar y dirigir
Signos vitales: T/A: 110/67 FR: 21 FC: 84 latidos por minuto TEMP: 36 FCF: 146 latidos por minuto.	
Factores relacionados con la estructura y la función	
Andrea expresa preocupación por la evolución de su trabajo de parto. Comenta que los gritos de una usuaria la asustan. Además de que le incomodan los tactos vaginales que realiza el médico y la enfermera.	
Factores relacionados con la estructura y la función	
La segunda valoración se centra en la dinámica uterina, valoración cervical y datos hipertensión. A la palpación abdominal se percibe dinámica uterina de 3 contracciones en 10 minutos, con duración de 40 segundos, intensidad ++. Andrea refiere que aumento en la frecuencia, duración e intensidad en las contracciones, con nivel del dolor 4 según la escala de EVA. A la exploración vaginal, se tacta cérvix central, reblandecido con 7 cm de dilatación y 80% de borramiento, amnios íntegros, en segundo plano de Hodge, se observa guante explorador sin pérdida transvaginal. Reflejos patelares presentes y normales, extremidades inferiores sin edema.	

Requisito de autocuidado	Previsión de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.		
Operaciones de Diagnóstico de enfermería	Proceso de maternidad ineficaz r/c posibles agentes estresores ambientales y psicológicos m/p sentimientos de alteración emocional y expresión conductual de intranquilidad al observar alteración obstétrica de otras mujeres.		
Objetivo	Lograr que Andrea mejore su estado emocional a través de intervenciones que reduzcan los agentes estresores, fisiológicos, ambientales y psicológicos durante la jornada obstétrica.		
Sistema de enfermería	Parcialmente compensatorio	Método de ayuda	Guiar y dirigir
Prescripción del cuidado	Tratamiento regulador		
Implementación de estrategias no farmacológicas durante el parto	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer musicoterapia colocado cerca de la almohada de la usuaria con música favorita. • Brindar masoterapia en zonas de presión, ardor o sensación de dolor, o donde la usuaria lo solicite. • Buscar cambios posturales que mejoren el confort • Realizar las técnicas de respiración para mejorar estado emocional. • Acompañar a la usuaria, atender sus necesidades y ayudar a resolverla. • Aplicar compresas frías y calientes según la tolerancia de la usuaria. • Aplicar compresión a nivel de la cadera de la usuaria. 		

Control de casos	<ul style="list-style-type: none">• Andrea refiere distraerse con la música de los distractores ambientales que le causaban nervios.• Comenta que los masajes en la zona lumbar y espalda le ayudan a disminuir la sensación de dolor.• Andrea expresa sentirse bien en posición decúbito lateral izquierda o derecha.• Andrea realiza con dificultad las técnicas respiratorias durante las contracciones.• Acepta sólo las compresas calientes en la zona lumbar, comenta que le ayudan a aliviar la sensación de dolor.• Andrea no tolera la compresión de cadera.• Expresa sentirse bien y le causa confianza y tranquilidad la atención continua de la E.E.P.
-------------------------	--

TERCERA VALORACIÓN FOCALIZADA	
Periodo expulsivo	
Fecha y hora: 05 de diciembre de 2019, 10:30 horas	Servicio: Sala de expulsión
Requisito de autocuidado: Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.	
Sistema de enfermería: Parcialmente compensatorio	Método de ayuda: Guiar y dirigir
Signos vitales: T/A: 120/79 FR: 26 FC: 156 latidos por minuto TEMP: 37.2 FCF: 152 latidos por minuto.	
Factores relacionados con la estructura y la función	
<p>Andrea expresa no aguantar el dolor, se observa llanto y conducta evasiva al dolor, localiza y dirige sus manos a sus extremidades inferiores.</p> <p>Andrea expresa disminución del dolor posterior al nacimiento, expresa sentimiento de felicidad por el resultado positivo para ella y su hija. Agradece la atención brindada y solicita información sobre su hija.</p>	
Factores relacionados con la estructura y la función	
<p>con actividad uterina de 5 contracciones en 10 minutos, con duración de 50 segundos, intensidad ++++. cérvix central, con 10 cm de dilatación y 100% de borramiento, ruptura espontánea de membras, líquido amniótico sin datos de meconio, en tercer plano de Hodge, occipito anterior. Se pasa a sala de expulsión, se colocada en posición de litotomía, aseo regional genital, se colocan campos estériles. Por periné corto y resistente, se infiltra con lidocaína y se realiza episiotomía media lateral derecha. Mediante Maniobra de Rigten modificada se obtiene polo cefálico, se libera hombro anterior, hombro posterior y resto del cuerpo, se obtiene recién nacido único vivo que llora y respira al nacer vigorosamente, se realiza pinzamiento de cordón umbilical y corte de este. Se pasa a médico interno de Pediatría para atención del recién nacido. Se dirige alumbramiento manual de la placenta, mediante tracción de cordón y contra tracción de útero con maniobra de Brand-Andrews y posteriormente con maniobra de</p>	

Dublín, se obtiene placenta aparentemente completa en mecanismo de Shultze, se inicia manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto con 10 UI de oxitocina intravenoso, se revisa placenta y membranas íntegras, se aplica masaje uterino. Se revisa canal vaginal y se procede a reparar con crómico 1, con puntos anclados sin presencia de hematomas, se coloca DIU, previo consentimiento informado. Se da por terminado el procedimiento, se verifica hemostasia. Pasa estable a sala de recuperación. Estado de salud estable con Diagnóstico: Puerperio posparto inmediato.

Hallazgos:

Recién nacido: femenino, Hora de nacimiento: 10:33hrs, Talla:50cm Peso:3000 grs, Apgar:8/9, Silverman/Anderson: 0, sangrado 250 ml, Capurro:38 SDG Malformaciones: ninguna aparente.

Cuenta de textiles y materiales completos

Pasa a toco a observación

Pronósticos reservados a evolución.

4.6 Plan de alta.

Después de un parto vaginal en todas las instituciones de salud, las madres y los recién nacidos sanos deben recibir atención en el centro durante al menos 24 horas después del nacimiento, mínimo de 2 controles médicos en su unidad médica.

Cuidados de la madre:

- Orientación sobre medidas higiénico-dietéticas.
- Andrea debe continuar con la ingesta de líquidos, alimentos ricos en hierro.
- Continúa con ingesta de ácido fólico 400 mcg cada 24 horas durante tres meses posterior al postparto.
- Se valora y educa sobre la involución uterina y características de sangrado durante las primeras 24 horas posterior al parto y su vigilancia durante los próximos 42 días en casa.
- Se vigilan los signos vitales cada 6 horas posterior al parto.
- Se enseña a Andrea los cuidados de herida perineal.
- Educar sobre evitar fumar ya que el consumo de esta sustancia disminuye la circulación sanguínea y retrasa su recuperación.
- Al levantarse de la cama, levantarse poco a poco, para no marearse, realice tres respiraciones profundas, respire profundo por la nariz y saque el aire lentamente por la boca, esto le ayudará aumentar la cantidad de oxígeno en su cuerpo, evitando que presente mareo.
- Orientación sobre los signos y síntomas de la depresión postparto.
- Orientación sobre los signos de alarma durante el puerperio.
- Conocer y disponer de las redes de apoyo para afrontar la depresión si se presenta.
- Orientación sobre los métodos de planificación familia, explicar ventajas y desventajas, sus efectos adversos.
- Se enseñan técnicas de la lactancia materna.
- Se enseña sobre conservación de la leche materna.

Cuidados de recién nacido:

- Orientar sobre cuidados del cordón umbilical
- Apego, contacto visual y verbal con el recién nacido
- Educación sobre lactancia materna exclusiva (durante los primeros 6 meses de la persona recién nacida y promover continuarla de manera complementaria hasta el segundo año de vida.
- Vigilancia de los signos vitales
- Orientación sobre la técnica del baño recién de nacido
- Orientación sobre el esquema vacunación
- Seguimiento longitudinal y crecimiento en su unidad de salud.
- Identificar signos de alarma (succión e ingesta adecuada, micción y evacuación presente, estado de alerta, fiebre, ictericia, apnea, cianosis, dificultad respiratoria, llanto inconsolable, crisis convulsivas, vómito, distensión abdominal e hipotermia).

CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

El modelo de nacimiento con enfoque humanizado implica un cambio de paradigma en cuanto a la atención del parto, con aspectos fundamentales, generalmente desestimados en la formación de personal de salud, pero que tienen un efecto determinante en el bienestar físico y emocional de la mujer.

El modelo del trabajo de parto con enfoque humanizado logró que Maribel obtuviera una experiencia de parto positivo, ya que ejerció sus derechos humanos y se respetó en todo momento su dignidad humana. Además, de acuerdo con el modelo, la enfermera perinatal se limitó a realizar intervenciones invasivas que, según la evidencia científica, obstaculizan la adecuada progresión del trabajo de parto.

De la misma manera, el modelo Teórico de Autocuidado de Dorothea Orem, permitió identificar sus necesidades y con ellos hacerla protagonista a través de la potenciación de sus propias capacidades. De igual manera, con el uso del Proceso de Atención de enfermería, fue posible documentar y orientar las intervenciones de enfermería de manera sistemática, metódica y continua.

El cuidado especializado de la Enfermera Perinatal con enfoque humanizado pone en evidencia el logro de una experiencia de parto positivo en la usuaria. Impacta en el panorama del estado de la salud de las mujeres, pues se reducen las altas cifras de cesáreas en nuestro país y en las cifras de mortalidad materna y fetal por complicaciones durante el trabajo de parto en embarazos de bajo riesgo. En el ámbito económico, impacta el costo del gasto público, pues se obtiene mayor satisfacción al menor costo.

Cómo enfermera especialista, permite consolidar los conocimientos obtenidos y motiva al compromiso de brindar una atención de calidad, humana, con calidad, con eficiencia y con la mayor evidencia científica actualizada. Que los cuidados especializados dignifican, dan realce y colocan a la profesión de enfermería en otra concepción de su práctica en todos los ámbitos en los que se ejerce.

5.2. Recomendaciones

De acuerdo con los resultados encontrados en este estudio de caso y de la revisión teórica realizada y de las conclusiones a las que se arribaron, se proponen algunas recomendaciones:

1. Establecer un programa de capacitación en torno al parto humanizado y respetado dirigido al personal del hospital a fin de generar una reflexión y un análisis del impacto positivo durante el parto.
3. Se recomienda establecer al interior del hospital y hacia los usuarios un programa de difusión de los derechos de las usuarias, del establecimiento del parto humanizado, en español y en las lenguas originarias de la región, mediante carteles, spot y talleres, encaminado a generar la interiorización de prácticas y actitudes que mejoren la atención respetuosa y comprometida del personal médico y el empoderamiento de las y los usuarios que les permita reclamar sus derechos y demandar mejores servicios de salud;
4. Incorporar en los planes y/o programas de estudios de enfermería, medicina, trabajo social, etc., asignaturas sobre antropología médica en salud a fin de que la y el estudiante en formación pueda conocer, entender y atender otras formas de concepción y atención de la salud y la enfermedad;
5. Asimismo, introducir durante toda la formación profesional en salud, asignaturas relacionadas con el humanismo para que los y las estudiantes adquieran una sensibilidad y una capacidad de escucha que van más allá de la dimensión biológica. Del mismo modo, las asignaturas con enfoque humanista permitirán profundizar sobre la narrativa del paciente, adentrarse en el plano subjetivo y comprender de la dimensión vivencial de las usuarias.
7. Realizar reuniones o foros de reconocimiento de limitaciones que obstaculizan la atención humanizada en las instituciones de salud, con participación de todos los actores que participan en la atención obstétrica.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la salud [Internet] Centro de prensa. Mortalidad Materna [actualizado el 19 de septiembre de 2019; citado el 14 de octubre de 2019] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
2. Dirección General de Epidemiología [informes semanales para la vigilancia epidemiológica de muertes maternas 2020]. México: [actualizado el 04 de enero de 2019; citado el 20 de octubre de 2019] Disponible en https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/544226/MM_2020_SE13.pdf
3. Naciones Unidas. La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible Una oportunidad para América Latina y el Caribe [en línea]. Santiago. Naciones Unidas; 2018. [Citado el 28 de octubre de 2019] Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141_es.pdf
4. Grupo de Trabajo Regional para la reducción de la Mortalidad Materna. Panorama de la Situación de la Morbilidad y Mortalidad Maternas: América Latina y el Caribe [en línea] Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2017. [Citado el 14 de octubre de 2019] Disponible en <https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/MSH-GTR-Report-Esp.pdf>
5. Organización Mundial de Salud. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. [internet]. 2015. [Consultado:12/10/2017]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf;jsessionid=ED132F5977DC10DB2163FD50D87CE7B3?sequence=1
6. Guendelman S., Gemmill A., Thornton D., Walker D., Harvey M., Walsh J., Perez-Cuevas R. Prevalence, Disparities, And Determinants Of Primary Cesarean Births Among First-Time Mothers In Mexico. Health Affairs. 2017; 4 (36): 14–722; <https://www.healthaffairs.org/doi/pdf/10.1377/hlthaff.2016.1084>
7. INEGI. Comunicado de prensa. ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL DÍA DE LA MADRE DATOS NACIONALES. [Internet]. 2022. Disponible en:

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/madre2020_Nal.pdf

8. Instituto Nacional de Estadística y Geografía Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018. Diseño conceptual. [Internet]. 2018. [citado 12 diciembre de 2019] Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ensanut/2018/doc/ensanut_2018_diseño_conceptual.pdf

9. Stoll, K. H., Hauck, Y. L., Downe, S., Payne, D., Hall, W. A., & International Childbirth Attitudes- Before to Pregnancy (ICAPP) Study Team. Preference for cesarean section in young nulligravid women in eight OECD countries and implications for reproductive health education [en línea] 2017. Reproductive Health. [citado: 2021 marzo 24]; [14-116 pp.]. Disponible en: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12978-017-0354-x.pdf>

10. Coates D., Thirukumar P., Spear V., Brown G. y Henry A. ¿Cuáles son las preferencias de modo de nacimiento de las mujeres y por qué? Una revisión sistemática del alcance. [en línea] 2020. *Las mujeres y el nacimiento: revista del Colegio Australiano de Matronas*. [citado: 2021 marzo 24]; 33(4): [323–333 pp.]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.09.005>

11. Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV_171215.pdf

12. Villanueva LA., Gutiérrez M., Valdez S., Lezana MA. ¿De qué hablamos cuando hablamos de Violencia obstétrica? [en línea] 2016. *Revista CONAMED* Vol. 21. [citado: 2021 marzo]; [323–333 pp.]. Disponible en: [http://www.comego.org.mx/formatos/violencia%20obstetrica%20CONAMED\[2\].pdf](http://www.comego.org.mx/formatos/violencia%20obstetrica%20CONAMED[2].pdf)

13. Organización Mundial de la Salud. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. Ginebra: OMS [WHO/RHR/14.23], 2014. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/mater>.

14. Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva [en línea]. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2019. [Citado el 30 de octubre de 2019] Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51552/9789275321027_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
15. 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. Diario Oficial de la Federación la Norma Oficial Mexicana, México, D.F., [citado el 19 de octubre de 2019]
16. Guía de Práctica Clínica. Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo, Evidencias y recomendaciones, IMSS-052-08. Actualización 2019 Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. [Internet] [Citado el 03 de noviembre de 2019] Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/052GER.pdf>
17. Guía de implantación. Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque Humanizado, Intercultural y Seguro [en línea]. Secretaría de Salud. [Citado el 23 de septiembre de 2019] Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29343/GuiaImplantacionModeloParto.pdf>
18. Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. Declaración de la FIGO. Parto: una declaración de derechos. [en línea]. 2021. Disponible en: <https://www.figo.org/es/%20resources%20/%20figo-statement%20/%20childbirth-bill-rights>
19. Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, para la práctica de enfermería en el sistema nacional de salud. Diario Oficial de la Federación la Norma Oficial Mexicana, México, D.F., [citado el 12 de octubre de 2019] Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5263263&fecha=13/08/2012
20. Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. 9^{na} ed. España: Elsevier; 2018.

21. Ibid.
22. Secretaría de salud. Modelo del cuidado de Enfermería [en línea]. Secretaría, México, D.F.;2018 [Citado el 20 de septiembre de 2019] Disponible en: http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/programa/docs/modelo_cuidado_enfermeria.pdf
23. Ibid.
24. Herdman T y Kamitsuru S. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017. Barcelona, España: Elsevier; 2015.
25. Ibid.
26. Ibid.
27. Ibid.
28. Zanuttini, E. Temas de obstetricia [en línea]. 3a. ed. Buenos Aires: Corpus Editorial, 2019. [Citado: 12 marzo 2022]. Disponible en: <https://elibro.net/es/ereader/bibliotecauv/105483?page=156>.
29. Suárez H., Meden J. W. El ABC de la Ginecología y Obstetricia [en línea]. Ciudad de México: Editorial Alfil, 2016. [Citado: 12 marzo 2022]. Disponible en: <https://elibro.net/es/ereader/bibliotecauv/117509?page=35>.
30. Mejías J., (Coord.). Obstetricia y trastornos ginecológicos para médicos de Atención Primaria [en línea]. 2a. ed. Málaga: Editorial ICB, 2012. [Citado: 13 marzo 2022]. Disponible en: <https://elibro.net/es/ereader/bibliotecauv/120565?page=77>.
31. Thorp, J M., Laughon K. Aspectos clínicos del parto normal y anómalo. [en línea]. España: Elsevier, 2020. [Citado: 11 marzo 2022]; [723–757pp.].
32. Beckmann CR., Ling FW. Obstetricia y ginecología. 7a. ed. Barcelona: Wolters Kluwer Health, 2015. [Citado: 06 marzo 2022]. Disponible en: <https://elibro.net/es/ereader/bibliotecauv/125331?page=114>
33. Torres L. Parto. Mecanismo, clínica y atención. México, D.F.: Manual moderno; 2009.

34. Ibid.

35. Ibid.

36. Evans, A. T. Manual de obstetricia. 8a. ed. Barcelona: Wolters Kluwer Health, 2015. [Citado: 11 marzo 2022]. Disponible en: <https://elibro.net/es/ereader/bibliotecauv/94666?page=51>

37. Arnau J., Martínez ME., Nicolás MD, Bas E., Morales R., Álvarez L. Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área 1 de salud de la región de Murcia. AIBR. [Internet]. Revista de Antropología Iberoamericana. 2012. [Citado: 28 febrero 2022]. 7(2):225-247. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=62323322005>

38. Solórzano C. La magia de nacer: partos para ser contados. Buenos Aires, Argentina: Editorial Antroposófica. 2019. [Citado: 14 marzo 2022]. Disponible en: <https://elibro.net/es/lc/bibliotecauv/titulos/201541>

39. Odent M. El bebé es un mamífero. España. OB STARE. 2014.

40. Buckley S. Nacimiento extático. Nuestra herencia genética hormonal para el trabajo de parto. [en línea] 2009. Junio 17. [Citado el 12 de septiembre de 2019] Disponible en: https://www.crianzanatural.com/documentos/Nacimiento-extatico-herencia-genetica-hormonal-para-trabajo-de-parto_art118.

41. Prieto BM., Gil JC., Madrid, DC. Terapias complementarias durante la gestación y parto. Revisión integrativa. Rev Cuid [en línea]. 2020, vol.11, n.2, e1056. Epub Nov 04, 2020. ISSN 2216-0973. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1056>

42. Ibid.

43. Ibid.

44. Ibid.

45. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Informe sobre la atención al parto y

nacimientos en el SNS. Diciembre 2012. [Citado el 10 de marzo de 2019]; Disponible en:

https://www.federacionmatronas.org/wpcontent/uploads/2021/02/InformeFinalEAP_N_revision8marzo2015.pdf

46. Cuartero MM., Burugorría A., Tazueco E., Ondiviela PC., Bueicheku RD. Revista Sanitaria de Investigación [en línea]. 2021. Vol. 2, Nº. 9, septiembre, 2021. ISSN-e 2660-7085. [Citado:15 febrero 2022]; Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/alivio-del-dolor-en-el-parto-revision-bibliografica/>

47. Ibid.

48. Ibid.

49. Ibid.

50. Ibid.

51. Ibid.

52. Ibid.

53. Días S. Mendoza V. y Porrás C. Una guía para la elaboración de estudios de caso. [en línea] 2011. Febrero-abril [citada el 21 de noviembre de 2019]; [aproximadamente 25 pp]. Disponible en: http://www.razonypalabra.org.mx/N/N75/varia_75/01_Diaz_V75.pdf

54. Álvarez C. y San Fabián J. L a elección del estudio de caso en investigación educativa. [en línea] 2012. Junio [citada el 21 de noviembre de 2019]; 28 (1) Disponible en: https://www.ugr.es/~pwlac/G28_14Carmen_Alvarez-JoseLuis_SanFabian.html

55. Ley General de Salud. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984. Texto vigente. Última reforma publicada DOF 22-11-2021. (19 de noviembre de 2019).

56. Comisión Interinstitucional de Enfermería. Código de ética para las enfermeras y enfermeros en México. [en línea] 2001. México, D.F. Secretaría de Salud. [Citado el 18 de diciembre de 2019] Disponible en: http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/codigo_etica.pdf

57. CONBIOÉTICA. Carta de los derechos generales de las pacientes y los pacientes. [en línea] Secretaría de salud. [Citado 14 de diciembre de 2019] Disponible en: http://www.conbioeticamexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normativa_nacional/4.NAL_Derechos_de_los_Pacientes.pdf

58. Peplau, Hildegard E., autor Teoría interpersonal en la práctica de la enfermería: trabajos seleccionados de Hildegard E. Peplau / Barcelona: Masson, 1996.

59. Cuesta U., Peñafiel C. y Terrón JL. Comunicación y Salud [En Línea]. Madrid: Dextra Editorial, 2017 [consultado 29 Mar 2022]. Disponible en: <https://elibro.net/es/ereader/bibliotecauv/138491?page=81>

60. Martínez JM., y Delgado M. Contribución de la educación maternal a la salud materno infantil. Revisión bibliográfica. [En Línea]. Matronas prof. [consultado 29 Mar 2022]; [137-141]. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-131999>

61. Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto: manual del usuario [WHO labour care guide: user's manual]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

63. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones para la estimulación del trabajo de parto. [internet]. 2014. [Consultado:12/10/2017]; Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/200213/WHO_RHR_15.05_spa.pdf?sequence=1

ANEXOS

Instrumento de valoración perinatal

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

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN PERINATAL

Fecha: _____ Servicio: _____ Enfermera Perinatal: _____

1.- DATOS GENERALES

Nombre _____ Dx: _____ No. Registro: _____

Fecha de ingreso: _____ Fecha de egreso: _____ No. Cama: _____

Edad: ____ Estado Civil: _____ Ocupación: _____ Tipo de esfuerzo que implica: _____

Peso I: _____ T: _____ Talla: _____ Grupo Rh: _____ Religión: _____

Escolaridad _____ Origen y Residencia: _____ Domicilio: _____

Delegación: _____

Teléfono: _____ Persona Responsable _____ Parentesco: _____

Pareja: Edad _____ Escolaridad: _____ Ocupación: _____ Grupo y Rh: _____

Trabaja actualmente: _____ Padecimiento: _____

2.- CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA.

Tipo de familia: Nuclear ____ Extensa ____ Integrada ____ Desintegrada ____ Num. de integrantes: _____

Con quien vive: _____ Comunicación con: La pareja ____ Hijos: ____ Otros: _____

Cada cuando se reúne con su familia: _____ Actividades que realiza con la familia: _____

Quien es el sustento de la familia _____ Ingreso mensual: _____

3.- CARACTERÍSTICAS EL AMBIENTE.

Vivienda: Casa: ____ Departamento: ____ Propia ____ Rentada ____ Otra _____ Num. cuartos _____

Cuántas ventanas: ____ Vent. ____ Ilumin. ____ Tipo de Construcción: Perecedero ____ Durable: ____ Mixta: ____ Gas: ____

Petróleo: ____ Leña: ____ Otros: ____ Agua: ____ Luz: ____ Drenaje: ____ Pavimentación: ____

Vigilancia: ____ Recolección de basura cada cuando/como: _____

Teléfono público: ____ Medio de transporte: _____ Centros Educativos: Kinder ____ Prim. ____ Sec. ____ Prepa.

____ Univ. ____ Recreativos _____ Comerciales _____

Zoonosis: ____ Tipo: _____ Fauna nociva: _____

REQUISITOS DE AUTO CUIDADO

1. AIRE

1. Hábitos de salud:

Higiene de fosas nasales _____

Fuma ____ Cuántos cigarrillos al día ____ convive con fumadores: ____ Quienes: _____

Exposición a gases nocivos: ____ Usa técnicas que mejoren su respiración (tipo de relajación) _____

Requiere de algún apoyo respiratorio: _____

2. Revisión por sistemas:

Aparto respiratorio: FC: _____ FR: _____ T/A: _____ TEMP: _____ FCF _____
Nariz: (deformación, obstrucción, desviación, mucosas, u otra): _____

Tórax y pulmones: (forma y simetría, auscultación, tos, sibilancias, estertores, u otros): _____

Sistema cardiovascular: (inspección, soplos): _____

Sistema vascular periférico: extremidades superiores y pélvicas (temperatura, color, llenado capilar, varices, uñas, edema periférico): _____

2. LÍQUIDOS

1. Hábitos de salud:

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

Líquidos que le gustan y/o desagradan: _____

Líquidos Parenterales (Tipo) _____

2. Revisión por sistemas:

Hidratación de Mucosas: _____ Piel: _____

3. ALIMENTOS

1. Hábitos de salud:

Cuántas comidas realiza durante el día: _____ Por semana consume: leche _____ carne: _____ huevo: _____

verduras: _____ Frutas: _____ tortillas: _____ pan: _____ quesos: _____ embutidos: _____ sal: _____ azúcar: _____

Alimentos que le gustan / desagradan: _____

Variantes dietéticas (culturales, religiosas, médicas) _____

Suplementos alimenticios: (vitaminas, minerales) _____

Problemas relacionados con la digestión / ingestión: _____

Qué sentido le da a la comida: (amor, recompensa, supervivencia, paliativo, aburrimiento)

Con quien come, donde y cuánto tiempo dispone para cada comida (desayuno, comida y cena): _____

	Horarios	Alimentos
Desayuno		
Comida		
Cena		

2. Revisión por sistemas:

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

Utiliza prótesis dental _____ tiene caries: _____ dientes flojos: _____

Garganta: (dolor, disfagia, antecedentes estreptocócicos, dolor abdominal, ingestión por acidez): _____

Aparato digestivo (náusea, vómito, anorexia, polifagia, eructos frecuentes, dolor abdominal, indigestión por acidez): _____

4. ELIMINACIÓN Y EXCREMENTOS

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

Ha presentado problemas en la eliminación intestinal: _____ ¿Cuáles?: _____

Consumo algún producto para mejorar su eliminación: ____ ¿Cuál? _____
Vesical: (describir características y frecuencia) _____
Ha presentado problemas en la eliminación vesical: ____ ¿Cuáles?: _____
¿Ingiere algo para mejorar su eliminación?: _____ ¿qué? _____

5. ACTIVIDAD Y REPOSO

1. Hábitos de salud

Tipo de actividad que realiza en: casa _____ trabajo _____

Tiempo libre: _____

¿Cuántas horas duerme? ____ Sensación al despertar _____

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

2. Revisión por sistemas

Sistema músculo esquelético: Fuerza _____ Debilidad _____ Tono muscular _____

Gama de movimientos _____ Dolor _____ Fatiga _____ Rigidez _____

Tumefacción o Deformaciones: _____

Sistema neurológico: estado de conciencia _____ Entumecimiento _____ Hormigueos _____

Sensibilidad al: Calor ____ Frío ____ Tacto ____ Mov. Anormales ____ Parálisis ____ Vértigo _____

Cefalea _____ Alteraciones de la memoria _____ Reflejos _____

6. INTERACCIÓN SOCIAL

1. Hábitos de salud

Comunicación verbal: Directa _____ Abierta _____ Clara _____ Evasiva _____

Habilidades de Comunicación _____ Barreras idiomáticas _____ tartamudeos _____

Comunicación no verbal: ____ Contacto visual ____ Lenguaje corporal ____ Gestos ____ tono de voz _____

Mecanismos de defensa: ____ Negación ____ Inhibición ____ Agresividad ____ Hostilidad _____

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

2. Revisión por sistemas

Oído: Dolor _____ Secreción _____ Aumento o disminución de Audición _____ Acúfenos _____

Ojos: Dolor _____ Lagrimeo _____ Secreción _____ Simetría _____ Pupilas ____ Edema _____

Vista: Lentes de corrección _____ Visión borrosa _____ Nictalopia _____ Daltonismo _____

7. RIESGOS PARA LA VIDA FUNCIONAMIENTO Y BIENESTAR HUMANO

Prácticas de Seguridad Personal:

¿Conoce las medidas de prevención de accidentes? ____ trabajo _____ casa _____ calle _____

¿Acostumbra a realizar revisiones de salud periódicas recomendados para cada edad y medidas terapéuticas? ____

____ Mamografía (tiempo y resultado) _____

Dentista: _____ Oculista: _____

¿Conoce las medidas de autocontrol para prevenir enfermedades? ____ ¿Cuáles? _____

¿De qué manera maneja las situaciones de tensión en su vida? Auto enfado ____ Enfado con los demás _____

Culpa a otros _____ Habla con las personas _____ Ansiedad _____ Reza _____ Lectura _____

Escucha música _____ Baja autoestima _____ Sumisión _____ Deportes ____ Otro _____

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

Concepto de su auto imagen. De sí mismo _____

Espiritualidad _____ Corporal _____

Consumo medicamentos: _____ Drogas _____

Alcohol _____ Tabaco _____ Café _____ Té _____ Bebidas de cola _____

8. PROMOCION DE LA NORMALIDAD

1. Hábitos de salud

¿Cada cuando se baña? ____ Cambio de ropa: ____ Aseo bucal: ____ Aseo perineal _____

¿Cuándo se lava las manos?: _____

Productos usados para higiene personal _____

¿Qué significa para usted la limpieza? Buena imagen corporal _____ Buen estado emocional _____
 Relación o comunicación con los demás _____

2. Revisión por aparatos y sistemas

Piel: Erupción _____ heridas _____ Turgente _____ Protuberancias _____ Masas _____
 Cambio de color _____ Cambio de olor _____
Pelo: Distribución _____ Cantidad _____ Parásitos _____
Uñas: Aspecto general _____
Mamas: Simetría _____ Tipo de Pezón _____ Secreciones _____ Ganglios _____ dolor _____
Genitales: Aspecto General _____

REQUISITOS DE AUTO CUIDADO SEGÚN LAS ETAPAS DE DESARROLLO

MENARCA	RITMO	DISMENORREA	GESTA	P	C	A	O	E

1. Descripción ginecológica

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

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

2. Descripción de embarazos previos

Gesta	PIC	Necha de nacimiento	Sexo	Peso	Complicaciones	SDG	APGAR	LM Tiempo	Defectos al nacimiento	Vivo/Muerto Salud actual

3. Descripción del embarazo actual

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

4. Resolución de embarazo actual

Fecha	Vía	Hora	Sexo	Apgar	Silverman	Peso	Talla	Capurro	Servicio	LM

COMPLICACIONES:

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO ANTE UNA DESVIACIÓN DE LA SALUD.

1. Desviación actual (Percepción de la desviación)

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

2. Mecanismos de adaptación.

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

3. Efectos de la desviación sobre el estilo de vida

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

4. Historia previa de desviaciones de la salud

Enfermedades en la edad adulta _____

Enfermedades de la infancia _____

Hospitalizaciones _____

Medicamentos prescritos o por iniciativa _____

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES:

ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETES:

Última revisión realizada en septiembre de 2006 por Licenciados en Enfermería y Obstetricia: Mtra. Rosalba Barbosa, Lic. Alexandra Hernández, Lic. Angélica Pérez, Lic. Erika Morales, Lic. Erika González, Lic. Flor Tamariz, Lic. Osiris Pérez, Lic. Sandra García.

Consentimiento informado



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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente me dirijo a usted para solicitar su autorización, para que participe en la elaboración de un estudio de caso el cual lleva por título: “ESTUDIO DE CASO REALIZADO A UNA MUJER EN TRABAJO DE PARTO ABORDADO DESDE LA PERSPECTIVA TEÓRICA DE DOROTHEA E. OREM Y CON ENFOQUE DE PARTO HUMANIZADO”. El tiempo requerido será el estimado durante su estancia de atención obstétrica dentro de la Clínica comunitaria. El proceso será estrictamente confidencial. Su nombre no será utilizado en ningún informe cuando los resultados de la investigación sean publicados. La participación es estrictamente voluntaria. La participante tendrá el derecho de retirarse de la investigación en cualquier momento. No habrá ningún tipo de sanción o represalias. Si deseas participar, favor de llenar el documento de autorización y devolver al investigador. Preguntas o dudas comunicarse con la investigadora del proyecto: Saraí Martínez Llergo. Estudiante de la Especialidad en Enfermería Perinatal de la ENEO-UNAM.

Autorización

Por la presente. autorizo y acepto participar. He leído el procedimiento descrito arriba, estoy enterada y acepto que los datos y los resultados obtenidos, sean analizados, discutidos y autorizo sean utilizados para su publicación. Con el conocimiento de que nunca seré identificada y siempre se mantendrá el anonimato y confidencialidad de mi identidad personal. Estoy enterado(a) que este estudio es confidencial y libre de costo.

ATENTAMENTE

Nombre, firma y fecha de la Participante

Nombre, firma y fecha de la Investigadora