



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA**

**ESTUDIO DE CASO: ADOLESCENTE CON DÉFICIT
DE ADAPTACIÓN AL TRABAJO DE PARTO BAJO
MODELO DE OREM.**

ESTUDIO DE CASO

PARA OBTENER EL GRADO DE:

ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA PERINATAL

P R E S E N T A :

L.E. ERIKA JANET ISLAS PONCE DE LEÓN

A S E S O R :

E.E.P. LUCIA ILLESCAS CORREA



CIUDAD DE MÉXICO 2023





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA**

**ESTUDIO DE CASO: ADOLESCENTE CON DÉFICIT
DE ADAPTACIÓN AL TRABAJO DE PARTO BAJO
MODELO DE OREM.**

ESTUDIO DE CASO

**PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA PERINATAL**

P R E S E N T A :
L.E. ERIKA JANET ISLAS PONCE DE LEÓN

A S E S O R :
E.E.P. LUCIA ILLESCAS CORREA



CIUDAD DE MÉXICO

2023



RESUMEN.

ESTUDIO DE CASO REALIZADO EN ADOLESCENTE CON DÉFICIT DE ADAPTACIÓN AL TRABAJO DE PARTO, BAJO EL ENFOQUE DEL MODELO TEÓRICO DE DOROTHEA OREM.

Introducción: Se resume la atención brindada desde el enfoque del modelo teórico de Dorothea Orem, a una adolescente primigesta, con múltiples factores de riesgo. Se expone la problemática actual del embarazo adolescente, puntualizando la importancia del acceso a una atención perinatal especializada de manera holística, y su impacto en la disminución de la morbi-mortalidad perinatal.

Objetivo: Evidenciar el impacto de las intervenciones de enfermería perinatal, basado en la teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, en una adolescente en trabajo de parto fase activa con déficit de adaptación al proceso perinatal.

Método: Estudio de caso. Estructuración jerarquizada de diagnósticos en formato PES y establecimiento de intervenciones basadas en evidencia científica mediante la búsqueda en diferentes bases de datos y literatura actualizada.

Descripción del caso: G.Ch.N, 13 años, residente de Tula, Hidalgo. Ingresa al servicio de Tococirugía del Hospital General con embarazo de 37.5 SDG, trabajo de parto en fase activa y deficiente adaptación física y emocional al trabajo de parto.

Consideraciones éticas: El presente estudio se realizó bajo las disposiciones de la normativa del “Código de ética para las enfermeras y enfermeros de México.” Y consentimientos informados.

Conclusiones: Es necesario visualizar el alcance obtenido cuando la mujer recibe atención especializada e individualizada, con un modelo de atención que ofrece seguridad, respeto y acompañamiento emocional continuo. Que se garantice brindar esta atención a la mujer adolescente en el proceso perinatal, creando un ambiente seguro y cómodo, permitiéndole adaptarse adecuadamente a la transición a la maternidad.

Palabras Clave: Embarazo adolescente, trabajo de parto, atención perinatal, déficit de adaptación, morbi-mortalidad perinatal.

SUMMARY.

CASE STUDY CONDUCTED IN ADOLESCENT WITH DEFICIT ADAPTATION TO LABOR, UNDER THE FOCUS OF THE THEORETICAL MODEL OF DOROTHEA OREM.

Introduction: The care provided from the approach of Dorothea Orem's theoretical model to a primigesta adolescent with multiple risk factors is summarized. The current problem of adolescent pregnancy is presented, pointing out the importance of access to specialized perinatal care in a holistic manner, and its impact on the reduction of perinatal morbidity and mortality.

Objective: To demonstrate the impact of perinatal nursing interventions, based on Dorothea Orem's theory of Self-Care Deficit, in an adolescent in labor active phase with deficit adaptation to the perinatal process.

Method: Case study. Hierarchical structuring of diagnoses in PES format and establishment of interventions based on scientific evidence by searching different databases and updated literature.

Case Description: Case description: G.Ch.N, 13 years old, resident of Tula, Hidalgo. She entered the Tocosurgery service of the General Hospital with a pregnancy of 37.5 SDG, labor in the active phase and poor physical and emotional adaptation to labor.

Ethical considerations: The present study was conducted under the provisions of the regulations of the "Code of ethics for nurses in Mexico." And informed consents.

Conclusions: It's necessary to visualize the scope obtained when the woman receives specialized and individualized attention, with a model of care that offers security, respect and continuous emotional accompaniment. That it be guaranteed to provide this care to adolescent women in the perinatal process, creating a safe and comfortable environment, allowing them to adapt adequately to the transition to motherhood.

Key Words: Adolescent pregnancy, labor, perinatal care, adaptation deficit, perinatal morbidity and mortality.

Agradecimientos.

- ❖ Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT), por su compromiso, apertura y apoyo a la investigación humanista, científica y tecnológica en mi formación profesional vinculada a la atención perinatal y salud materna.
- ❖ A la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), mi alma máter y la cuna que me ha forjado, dado alas y abierto puertas.
- ❖ A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO), por abrirme sus puertas y brindar herramientas invaluableles para mi formación profesional y crecimiento personal.
- ❖ Al Programa Único de Especialización en Enfermería (PUEE) por poner en alto el gremio de Enfermería al formar enfermeras especialistas capaces de desarrollar una práctica de alta calidad para responder a las demandas de atención especializada de enfermería que presenta la población del país.
- ❖ Al Centro de Investigación Materno Infantil (CIMIGEN) donde encontré las experiencias, aprendizajes, conocimientos, y personas indispensables en este proceso formativo y que prevalecerán de por vida.
- ❖ A mis profesoras Lucy Illescas y Magdalena Laiza, de la especialidad. Quienes con pasión a la enfermería perinatal y partería profesional me hicieron tener fe y mi corazón puesto en la premisa de que es posible cambiar el mundo, cambiando la manera de nacer. Gracias por mostrar y ser ejemplo día con día con su pasión desbordada y preocupación incansable hacia la salud del binomio en el proceso perinatal. Gracias por imprimir en mí el amor incondicional a la atención perinatal.

Dedicatoria:

- ❖ A mi familia. Por ser mi pilar y mi fortaleza inquebrantable, mi sitio seguro. Gracias por su amor, su paciencia, gracias por ser ustedes y nunca haberme soltado. Especialmente a mis padres, quienes me brindan su apoyo cada que lo necesito y genuinamente se preocupan por que culmine mis metas y logre mis propósitos. Este logro es de ustedes. Gracias infinitas.

- ❖ A Esli. Por tantas formas de tejer mi corazón con el tuyo, por recibirme y ser mi familia y mi hogar en la lejanía, quiero hacerte saber que valió toda la pena ir, pero también volver. Es este el medio que encuentro hoy para decírtelo. Mi eterna gratitud hermanita.

- ❖ Fernanda Gastelu. Mi luz guía. Eres el ejemplo de que los límites están sólo en la mente. Gracias por siempre estar, por ser tan real y por enseñarme a ser valiente y creer en mí.

- ❖ Richard Parker, mi mejor amigo y mi ángel, me has protegido de mí misma, has sido mi motivación y apoyo invaluable, acompañándome siempre leal en cada dificultad y reto que he tenido en mi vida desde que llegaste a ella. Haces que cada día desee abrir los ojos y existir.

GRACIAS A LA VIDA

ÍNDICE

Cuadros y figuras.....	7
I. Introducción.....	1
II. Objetivos.....	3
General:	3
Específicos:.....	3
1. Fundamentación.....	4
2. Marco teórico.....	6
2.1 Marco conceptual.....	6
2.2 Marco Empírico.	8
2.3. Descripción del Proceso de Atención de Enfermería	13
2.4 Descripción General del Modelo De Dorothea Orem	20
2.5 Daños a la Salud.	27
3. Metodología.	40
3.1 Estrategia de investigación: estudio de caso.....	40
3.2 Consideraciones Éticas.....	43
4. Aplicación Del Proceso De Atención De Enfermería.	44
4.1 Valoración:.....	44
4.1 Esquema Metodológico.	59
4.2 Jerarquización de Problemas	60
4.3 Diagnósticos de Enfermería.....	60
4.4 Plan de Intervenciones	61
4.5 Plan de Alta.....	89
5. Conclusiones Y Recomendaciones.....	91
5.1 Conclusiones:	91
5.2 Recomendaciones.....	92
Referencias	93
Anexos	101
Apéndices	107

Cuadros y figuras

- Tabla 1 Referencia: Paralelo entre Modelo de Dorothea Orem y Etapas del Proceso de Enfermería. Referencia: Navarro Peña, “Modelo de Dorothea Orem Aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería”. Enfermería global 19. _____ 16
- Tabla 2 Referencia: Fernández Alba. Teoría de Orem y el proceso enfermero en las salas de urgencias. Revista EHI. Vol. 2, 2015 _____ 17
- Tabla 3. Elaborada por Erika Islas. Referencia: Pecal Rug G. El embarazo en la adolescente. ADOLESCERE. Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia. Volumen III. Mayo 2015. _____ 22
- Tabla 4. Referencia: Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. Washington, D.C. 2019. _____ 31
- Tabla 5. Elaborada por Erika Islas. Descripción Ginecológica. Extraída de instrumento de valoración Perinatal. _____ 39
- Tabla 6 Elaborada por Erika Islas. Antecedentes Gineco-Obstétricos.. Extraída de instrumento de valoración Perinatal. _____ 39
- Tabla 7. Elaborada por Erika Islas. Biometría Hemática, Grupo y RH, Tiempos de coagulación. Extraída de Expediente Clínico. _____ 43
- Tabla 8. Elaborada por Erika Islas. Horarios de alimentación. Extraída de instrumento de valoración Perinatal _____ 46
- Tabla 9. Elaborada por Erika Islas. Jerarquización de problemas en el Proceso de Atención de Enfermería. _____ 52

I. Introducción

El marco normativo y legal de la Partería Profesional hasta hace algunos años, era casi inexistente, desde el año 2015 se reconoce que la Partería profesional mejora la calidad de la atención, aumenta la cobertura y la equidad con el empleo de trabajadores profesionales de la salud, en zonas marginadas y vulnerables y en la eficacia financiera del sistema de salud al transferir los partos normales a unidades de salud de primer nivel y permitir así que las instituciones hospitalarias dediquen sus recursos a la atención de mujeres con embarazos complicados. Importante recalcar que los partos hospitalarios tienden a ser sobre medicalizados; y claro reflejo de lo anterior es que en México las cesáreas, ocupan la cuarta tasa de más alta en el mundo y la segunda en América Latina.

Esta tendencia hacia adoptar un enfoque más integral en la atención obstétrica está plasmada en los Objetivos de Desarrollo Sostenible que México ratificó en 2015. Así mismo, debemos tener presente que México ocupa el primer lugar a nivel mundial en embarazos en adolescentes entre las naciones de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, con una tasa de fecundidad de 77 nacimientos por cada mil adolescentes de 15 a 19 años de edad.

Recordando además la reciente reforma a la Ley General de Salud y la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en la cual se incorporó el término “violencia obstétrica”. En el caso de Hidalgo, dicha reforma, la cual entró en vigor en agosto de 2018, incluye en esta definición todas aquellas acciones u omisiones que inciden directamente en la mujer y su proceso de embarazo, parto o puerperio. En donde se incluye el trato deshumanizado, obstruir o negar el apego inmediato del recién nacido con su madre, la sobre medicalización injustificada, y cualquier acto que viole los derechos de la mujer en cualquier momento del periodo gestacional, perinatal y puerperal. Importante recalcar que, seguido del apartado en el que se aborda la violencia obstétrica, se retoma la violencia contra los derechos sexuales y reproductivos, en donde se hace referencia e hincapié a no vulnerar el derecho de las mujeres de cualquier edad que elijan la maternidad, así como su derecho para que su maternidad sea segura, además, no debe ser vulnerado ni negados los servicios de atención prenatal, y obstétricos de emergencia cuando la mujer lo solicite.

Por ello, el presente estudio de caso tiene por objetivo integrar mediante un estudio de caso, las intervenciones de enfermería perinatal con enfoque respetado, intercultural y seguro, así como el impacto que tienen las mismas, basado en la teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, en Guadalupe, una mujer adolescente en periodo de trabajo de parto fase activa con déficit de adaptación al proceso perinatal. Y de este modo, aportando al campo de conocimiento de la enfermería perinatal, alternativas no farmacológicas, amigables, respetuosas y protegiendo los derechos y la dignidad de la mujer para el acompañamiento y atención del trabajo de parto, parto y el recién nacido, basadas en evidencia científica y manteniendo así un enfoque respetado, intercultural y seguro para las mujeres que se encuentran en esta etapa de desarrollo cursando embarazos de bajo riesgo. Así como posicionar en el mapa de la atención obstétrica integral la figura de la enfermera perinatal y partera profesional como esencial para redireccionar la atención a la mujer en el periodo perinatal mediante un entorno de respeto, libertad, empatía, con calidad y sin violencia, individualizando las intervenciones de acuerdo a las necesidades y deseos de cada una de ellas y de este modo mejorar la experiencia y calidad de vida del binomio o trinomio.

En este trabajo se plantea un marco conceptual y empírico que resume y justifica mediante la enfermería y medicina basada en evidencia las acciones que se desarrollarán durante la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería. Del mismo modo, se aborda la descripción general del Proceso de Atención de Enfermería y del Modelo Teórico de Dorothea Orem haciendo una comparación entre sí.

Se describe la metodología para la realización del presente estudio de caso, y las consideraciones éticas llevadas a cabo para dicha finalidad. Posteriormente es descrito paso a paso y de acuerdo al modelo teórico de Dorothea Orem, la aplicación del proceso de Atención de Enfermería, con sus cinco pasos. Se plasma el esquema metodológico y se desarrollan mediante la jerarquización y los diagnósticos de enfermería, las intervenciones, su evaluación y el plan de alta.

Se trata del caso de Guadalupe, de 13 años de edad, quien reside en Tula de Allende, Hidalgo, ingresó al servicio de Tococirugía del Hospital General de Tula el 27 de noviembre de 2019 con un embarazo de 37.5 semanas de gestación, trabajo de parto en fase activa y deficiente adaptación física y emocional al trabajo de parto.

II. Objetivos

General:

Integrar mediante un estudio de caso, las intervenciones de enfermería perinatal con enfoque respetado, intercultural y seguro, basado en la teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, en Guadalupe, mujer adolescente en periodo de trabajo de parto fase activa con déficit de adaptación al proceso perinatal, así como el impacto que tienen en la salud materno-neonatal.

Específicos:

- Identificar los requisitos de autocuidado alterados en la salud de Guadalupe en trabajo de parto activo.
- Determinar las intervenciones de enfermería perinatal para compensar los déficits de autocuidado identificados.
- Intervenir oportunamente durante la dificultad de adaptación al trabajo de parto en fase activa, para favorecer el óptimo desarrollo del proceso perinatal.
- Ejecutar las intervenciones y cuidados de enfermería a Guadalupe en trabajo de parto activo, mediante el sistema parcialmente compensatorio y de apoyo educativo.
- Plasmar el impacto en el bienestar y salud materno-fetal de una atención respetuosa, intercultural, segura y no medicalizada.

1. Fundamentación

Relevancia:

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, en 2019, se calculó que las adolescentes de entre 15 y 19 años de los países de ingreso mediano bajo tenían 21 millones de embarazos al año, de los cuales aproximadamente el 50% eran no deseados.¹

Además, los datos sobre partos entre niñas de 10 a 14 años no están ampliamente disponibles; los escasos datos disponibles de Angola, Bangladesh, Mozambique y Nigeria apuntan a que las tasas de natalidad en este grupo de edad superaron los 10 nacimientos por cada 1000 niñas en 2020⁴

En las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014 se indica que la tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes de 15 a 19 años es de 49 por 1000 mujeres. Las tasas nacionales oscilan de 1 a 299 nacimientos por 1000 mujeres. En países de ingresos medianos y bajos más del 30% de las adolescentes contraen matrimonio antes de los 18 años, y cerca del 14% antes de los 15 años.^{2,3}

En septiembre de 2022, la Organización Mundial de la Salud publicó un análisis estadístico en el cual demuestra que el embarazo en la adolescencia tiende a ser mayor en personas con menos educación o de bajo estatus económico. Además, el progreso en la reducción de los primeros nacimientos de madres adolescentes es más lento en estos y otros grupos vulnerables, lo que conduce a una creciente desigualdad. El matrimonio infantil y el abuso sexual de niñas ponen a estas últimas en mayor riesgo de embarazo, a menudo no deseado. En muchos lugares, los obstáculos para obtener y usar anticonceptivos impiden que las adolescentes eviten embarazos no deseados. Las madres adolescentes (de 10 a 19 años) tienen mayor riesgo de eclampsia, endometritis puerperal e infecciones sistémicas que las mujeres de 20 a 24 años, y los bebés de madres adolescentes tienen un mayor riesgo de padecer bajo peso al nacer, nacimiento prematuro y afección neonatal grave.⁵

Para 2018, según datos de la Encuesta Intercensal 2020, 16% de las adolescentes de 15 a 19 ya eran madres.⁶ La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que las adolescentes menores de 16 años corren un riesgo de defunción materna cuatro veces más alto que las mujeres de 20 a 30 años. De las 812 muertes maternas registradas en 2016, 12.8% correspondieron a menores de 19 años; incluida una defunción de una niña de 10 a 14 años.

El Instituto Nacional de las Mujeres publicó cifras estadísticas en el año 2019, donde se demuestra que en 2016 se registraron 399,140 nacimientos de madres menores de 19 años, es decir, 17 de cada cien nacimientos reportados en dicho año. De los cuales, 737 fueron de madres de 10 a 12 años de edad, así como 8,818 de niñas de 13 a 14 años de edad.⁷

De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), en el año 2018, el porcentaje de nacimientos registrados de madres adolescentes (menores de 20 años) asciende a 17.5 en la República Mexicana. De los cuales, en el estado de Hidalgo se reporta el 17.9%⁸

Mora y Hernández, en 2015 sustentaban que, en la actualidad, la población mundial estimada es de 6090 millones, 17.5% son individuos entre 15 y 24 años de edad; de estos últimos, 10% se embarazan, lo que equivale a 10% de todos los nacimientos del mundo. Esto quiere decir que cada año, aproximadamente, 15 millones de mujeres de 15 a 19 años de edad dan a luz, y representan lo que se conoce como embarazo en la adolescencia. En lo que se refiere a México, en ese mismo grupo de edad se registran 400,000 nacimientos anuales, 20% en mujeres menores de 20 años de edad.⁹

2. Marco teórico

2.1 Marco conceptual.

La OMS en 2019 define a la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia.¹⁰

Según la OMS, en el año 2018, el embarazo a temprana edad, o embarazo adolescente es aquel que se produce en la etapa de la pubertad de la mujer, etapa en la que la adolescente es muy fértil y donde se encuentra desarrollando cambios hormonales que son los que pueden traer consecuencias durante el embarazo.¹¹

De aquí que conocemos la definición de salud sexual y reproductiva como un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad, la cual no es la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Esta incluye la salud sexual cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.

Por otro lado, en el año 2020 el Poder Ejecutivo de los Estados Unidos Mexicanos conceptualizó la violencia obstétrica como toda conducta u omisión por parte del personal de servicios de salud que tenga como consecuencia la pérdida de la autonomía y capacidad de la mujer para decidir libremente sobre su parto y sexualidad y que por negligencia y/o una deshumanizada atención médica durante el embarazo, parto o puerperio dañe, lastime o denigre a las mujeres de cualquier edad, que le genere una afectación física, psicológica o moral, que incluso llegue a provocar la pérdida de la vida de la mujer o, en su caso, del producto de la gestación o del recién nacido, derivado de la prestación de servicios médicos.¹²

El déficit de adaptación, se trata de un trastorno adaptativo que comprende estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que, por lo general, interfieren con la actividad social y que aparece en el periodo de adaptación a un cambio biográfico significativo o de un acontecimiento vital estresante.¹³

La disociación, de acuerdo a la Asociación Americana de Psiquiatría (A.P.A) está definida como una disrupción de las funciones integradas de la conciencia, la memoria, la identidad, o la percepción del ambiente. Sin embargo, su presencia en el periodo perinatal, o bien disociación perinatal, aún no está descrita, identificada o adecuadamente documentada a pesar de encontrarse una alta incidencia de casos de mujeres que padecen estos estados transitorios. Es importante hacer mención, que el Manual Diagnóstico – Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV, por sus siglas en inglés) sostiene que los estados de trance disociativo no deben ser vistos con enfoque patológico, ya que estos pueden aparecer como un fenómeno normal ante ciertas experiencias.⁵⁵

Parto humanizado: Se refiere al modelo de atención que hace énfasis en el protagonismo de las mujeres, la/el bebé y la pareja durante el parto, dando prioridad a la toma de decisiones de las mujeres, la posición vertical del parto, el apego inmediato y la lactancia materna.¹⁴

Atención intercultural a las mujeres en el parto: Modelo que tiene como esencia a la sinergia entre los métodos de la medicina occidental y los de las parteras tradicionales, además de retomar las demandas de los grupos de la sociedad civil en cuanto a un trato más humano y sin violencia, donde las mujeres sean protagonistas de su parto.¹⁴

Pertinencia cultural: Al modo de convivencia en el que las personas, grupos e instituciones con características culturales y posiciones diversas, conviven y se relacionan de manera abierta, horizontal, incluyente, respetuosa y sinérgica en un contexto compartido.¹⁵

De acuerdo a los Descriptores en Ciencias de la Salud¹⁶, en su biblioteca virtual en salud, se describen los siguientes conceptos fundamentales para el desarrollo del presente Estudio de Caso:

Trabajo de parto: Contracción uterina repetida durante el alumbramiento y que está asociado con la dilatación progresiva del cuello uterino. Se da un parto con éxito cuando se expulsa el feto y la placenta. El trabajo de parto puede ser espontáneo o inducido.

Atención Perinatal: Atención de la madre y el feto o recién nacido antes, durante o después de las 28 semanas de gestación hasta el 7mo. día después del parto.

Mortalidad Perinatal: La mortalidad perinatal es aquella muerte que se produce desde la semana 22 de gestación hasta los 28 días después del nacimiento. Se estima que su prevalencia es de 1 cada 200 embarazos.

2.2 Marco Empírico.

Para la fundamentación teórica de este estudio de caso se recurrió además a la consulta y análisis de distintos artículos científicos de investigación relevantes al tema. A continuación, se describen algunos datos importantes de dichos artículos mencionados.

El artículo de revisión “Construcción de adolescencia”: una concepción histórica y social inserta en las políticas públicas”, menciona que se debe reflexionar frente a la concepción de la adolescencia que se hace desde el enfoque de ciclo vital como algo único y determinante en todos los sujetos, puesto que no se trata de una etapa vital que sea transitada de igual forma por todas las personas, sino que es una situación que vive el ser humano de acuerdo con contextos y momentos históricos de manera diversa. También muestra algunos hallazgos que hacen ver que se deben definir estrategias que prioricen a esta población adolescente, reconociéndola como un grupo de múltiples riquezas sociales y culturales con características diversas, que requieren, por lo tanto, nuevas políticas públicas (incluidas las de salud) y programas que apunten al mejoramiento de sus condiciones de vida y que no solamente se inserten dentro de las normativas como un grupo que se clasifica etariamente, sin que sean reconocidas sus dimensiones como personas que sienten y piensan de manera diversa.¹⁷

El artículo “Maltrato durante el embarazo adolescente: Un estudio descriptivo en gestantes que se atienden en un hospital público de Lima”¹⁸ aterriza en un estudio

observacional descriptivo, la constante violencia psicológica que viven las adolescentes gestantes, la cual es más frecuente en este grupo etario, que en mujeres adultas gestantes. Sin olvidar que, en América Latina, las mujeres adolescentes tienen mayor vulnerabilidad, dependencia económica y social, asimismo, son las más perjudicadas por la violencia en cualquiera de sus formas. Esta constante, debe ser motivo de atención y actuación en pro del cambio en la calidad de la atención de grupos vulnerables, tomando en cuenta que se trata de un grupo poblacional doblemente vulnerable por tratarse de una mujer gestante, y adolescente. Si a esto aunamos factores agregados como la pobreza, o las variaciones culturales como, por ejemplo, pertenecer a algún grupo indígena; nos daremos cuenta de la necesidad que existe en que el personal de salud haga conciencia de esto y tenga un mejor actuar, lo cual podría evitar repercusiones a corto, mediano y largo plazo.

Abordado el tema de la violencia obstétrica, el artículo “Estratificación de la reproducción y violencia obstétrica en servicios públicos de salud reproductiva.” De Sosa Sánchez¹⁹, nos presenta una investigación cuantitativa en el cual se demuestra que los embarazos de las mujeres que reúnen ciertas características estigmatizadas (ser adolescente, pobre, con baja escolaridad, indígena, soltera, con alta paridad, o considerada “demasiado vieja o demasiado joven” para tener hijos) tienden a ser percibidos como un problema social que debe combatirse. Son también estas mujeres muchas veces indígenas (y comúnmente etnicizadas o racializadas), solteras, adolescentes, con alta paridad, pobres, etcétera, las que en general son percibidas (y construidas) socialmente y por el personal de salud como irresponsables y poco capaces de controlar sus capacidades reproductivas. Estas prácticas expresan tanto la estratificación de la reproducción como una valoración social diferencial y jerarquizada de maternidad, y cuestionan la autonomía sexual y reproductiva de las mujeres dificultando su reconocimiento como sujetos plenos de derecho y de este modo imposibilitando la participación activa de la mujer en el desarrollo de su propio evento obstétrico. Lo antes mencionado ocurre en un contexto de marcada y creciente desigualdad social en México, y de un complejo sistema de estratificación social y cívica que se articula con jerarquías de clase social, de generación y étnico-raciales (por mencionar algunas), lo cual, en un país diverso y marcadamente

desigual, adquiere consecuencias específicas sobre los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres durante la atención de eventos reproductivos.

También, existe evidencia en la cual son mencionadas las causas y repercusiones en la diada del embarazo adolescente, en donde se menciona que, dentro de las características principales de las jóvenes embarazadas destacan: una gran diversidad de adversidades sociales acumuladas, los aspectos biológicos (la maduración sexual temprana y la actividad sexual prematura), la región que habitan (rural o suburbana, principalmente), los usos y costumbres, la religión, y el bajo nivel educativo. Es indispensable considerar que las consecuencias del embarazo adolescente afectan a ambos miembros de la pareja, aunque probablemente es la mujer quien más las sufre. De ellas, destacan la fuerte carga emocional como consecuencia de su cambio físico y por la influencia, habitualmente negativa, del medio donde vive. El embarazo adolescente tiene otras consecuencias además de los cambios hormonales, entra en juego la emotividad de la adolescente. Su proceso de formación emocional se altera, la confianza en sí misma se ve vulnerada al no saber si será capaz de superar la etapa que vive y ello, entre otras cosas, puede afectar su salud física.²⁰

En México, se han puesto en marcha diversos programas educativos y preventivos sobre educación sexual, planificación familiar y prevención de enfermedades de transmisión sexual. Sin embargo, su frecuencia, persistencia y continuidad no han dado los resultados deseados ni esperados. Aunque las y los jóvenes reciben dicha información, la que, por cierto, consideran adecuada, a la hora de ejercer su responsabilidad sexual fracasan. Es obvio que los programas informativos y/o educativos no han sido lo suficientemente impactantes ni convincentes como para prevenir un embarazo, un aborto ilegal, adicciones ilícitas o una enfermedad de transmisión sexual. Es indispensable e inaplazable que, en la familia, y en la sociedad en general, se planteen, implementen y desarrollen programas orientados hacia la educación sexual, la prevención del embarazo, de adicciones lícitas e ilícitas. Dichos programas deben tener una continuidad organizada y real, cuyos resultados puedan ser evaluados a corto, mediano y largo plazo. Es fundamental insistir sobre el respeto que merece la mujer embarazada, sin importar su edad. Tiene prioridad el cuidado y mantenimiento de su salud durante la gestación para

evitar problemas y complicaciones en ella y en la vida de su hijo; son derechos inalienables que deben ser acatados al máximo. Estas acciones se deben observar y procurar una vez que ha nacido su hijo. Con ello se puede impedir que se presente alguna modalidad de maltrato infantil, condición que, tanto en México como a nivel mundial, es un problema de salud pública.

Suscribiendo a la mirada desde la marginación social en el embarazo adolescente que se describe en su artículo, Laureano, Gil, Mejía, & De la Torre²¹, la marginación es un fenómeno multidimensional expresado en la desigual distribución del progreso entre una población y otra, excluyendo diversos grupos sociales del proceso y beneficios del desarrollo, siendo estos los elementos que configuran el escenario social donde la adolescente vive su embarazo, parto y puerperio (Desde una perspectiva sociocultural, el acceso de las adolescentes a servicios de salud materna, y la negación / ocultamiento del embarazo es la principal barrera para acudir a iniciar y llevar adecuada atención prenatal de manera oportuna y constante, aunado a la vulnerabilidad familiar y social en que viven, no identificando además una figura de apoyo que se convierta en un facilitador para acudir a control prenatal, por lo que el sistema de salud en estos contextos, debe constituirse como un facilitador que acompañe desde muy temprano a las adolescentes embarazadas, favoreciendo un vínculo de confianza y respeto.

De acuerdo a este estudio cuantitativo realizado en la Secretaría de Salud de Jalisco, el alto porcentaje de cesáreas en adolescentes, está por arriba de los establecido por la Normatividad en México (máximo de 15% en hospitales de 2º nivel de atención y 20% en 3er nivel), reportando ya otros estudios una mayor realización de cesáreas en menores de 20 años, lo cual sobrepasa los beneficios y transgrede los derechos reproductivos de las mujeres. Otros estudios en México reportan la existencia de gran diversidad de criterios del personal médico para programar la cesárea, evidenciando la falta de protocolos de tratamiento, sobre todo en hospitales escuela, pues es muy atractivo elegir la operación cesárea y olvidar o ignorar conceptos básicos de responsabilidad profesional y éticos. Los aspectos de orden sociocultural son un marco de análisis para la toma de decisiones en Salud Pública. El análisis desde la desigualdad social es un instrumento indispensable en la justificación de los programas de atención en salud.

Por otro lado, es necesario destacar la importancia que cobra la atención prioritaria e integral a la adolescente en periodo perinatal. De acuerdo a una revisión sistemática titulada “Percepción de las adolescentes frente al embarazo”, se hace referencia a la manera en la que la percepción del proceso del embarazo, trabajo de parto, parto y maternidad, que tiene la adolescente embarazada, derivado de factores intrínsecos y extrínsecos (es decir, los propios de la mujer, y los que la rodean en el ambiente en el cual se encuentra) impacta directa y estrechamente la manera en la que la salud se ve afectada. De modo que, el estado fisiopatológico influirá de manera directa en la percepción y estado emocional de la adolescente, y viceversa; un estado emocional alterado sin manejo, atención y soporte profesional adecuado, derivará en un aumento considerable de factores de riesgo para padecer complicaciones frecuentes en el embarazo, parto y puerperio, lo que hace imprescindible que el abordaje a la adolescente embarazada, sea brindado siempre en un ambiente de seguridad, respeto, confianza y con máxima disposición para el acompañamiento, y acciones educativas necesarias, basadas en evidencia científica, que mejore la percepción, el conocimiento de sus procesos, el autocuidado, la vinculación positiva madre-hijo, y disminuya riesgos y complicaciones materno-neonatales.

Citando dicha revisión sistemática realizada por Figueroa, Rivera y otros:

“Es común que el estado de gravidez a temprana edad implique riesgos de complicaciones a nivel fisiológico, por la falta de madurez en los sistemas y aparatos corporales, a la vez que todos estos cambios fisiopatológicos conllevan a que estas alteraciones generen cambios en el estado emocional, pues las reacciones emocionales mantienen niveles de activación fisiológica intensos, que pueden deteriorar la salud. La adolescente al afrontar la responsabilidad de la maternidad se ve enfrentada a un caos interno que genera una serie de emociones, conductas y pensamientos; dicho estado psicoafectivo influiría en el estado de salud- enfermedad, llegando a ser factores predisponentes para las patologías más frecuentes como el trabajo de parto prolongado, parto prematuro, enfermedad hipertensiva, aborto, entre otras. Por esto es importante tomar en cuenta que el estado fisio-patológico puede ser detonante para la aparición de cambios psicoafectivos en la gestante, por la inmadurez física y emocional común de la edad adolescente cuya etapa de cambios ya conlleva riesgos; sin embargo, también se debe resaltar la presencia de situaciones inversas a la planteada, en la que

los cambios psicoafectivos influyen en la percepción, generando conductas de riesgo que podrían llegar a ser causales de múltiples patologías que en el peor de los casos desenlacen en complicaciones tanto maternas como neonatales.

La salud mental, social como física son un todo, y cuando un componente se ve alterado, repercute en toda la esfera. La percepción del dolor o de un malestar está atravesada por una serie de factores relacionados con condicionantes estructurales, pero también con la propia experiencia de vida, y se inscribe dentro del proceso general de percepción. Las formas de percibir el problema de salud de la gestante pueden ser diversas y estarán socialmente condicionadas por los factores intrínsecos y extrínsecos a los que se afronte; dicha percepción influirá en el estado general de la adolescente y la forma de concebir su gestación.”.⁵⁶

2.3. Descripción del Proceso de Atención de Enfermería

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) constituye una herramienta primordial para el desarrollo de las actividades de enfermería como instrumento del cuidado, brindando atención integral y con fundamento en evidencia científica. Como su nombre lo dice, está constituido por una serie de pasos o etapas, las cuales se encuentran íntimamente relacionadas: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación.

La Valoración constituye la base de las siguientes, pudiendo ser considerada como la piedra angular del PAE. Permite reunir la información necesaria que permitirá formular el problema (Diagnostico), y a partir de éste proponer (Planificar) y llevar a cabo las intervenciones encaminadas a un logro (Objetivo), y luego proceder a la Evaluación.

El Proceso de Atención de Enfermería es por tanto la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de Enfermería.

- **La Valoración:** Es la primera fase del Proceso de Enfermería pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier

otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia. Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de Enfermería. La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

- Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies": sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.
- Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.
- Criterios de valoración por "patrones Funcionales de Salud": la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud.

En la recogida de datos necesitamos:

Conocimientos científicos (anatomía, fisiología, etc....) y básicos (capacidad de la enfermera de tomar decisiones), habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas, convicciones (ideas, creencias, etc....), capacidad creadora, sentido común y flexibilidad.

Tipos de datos a recoger:

Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado. Nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades. Pueden ser:

- Datos subjetivos: No se pueden medir y son propios de paciente. Lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (Sentimientos).

- Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).
- Datos históricos - antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (Hospitalizaciones previas).
- Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.

Diagnóstico: Según se utilice el PAE de 4 fases o el de 5 es el paso final del proceso de valoración o la segunda fase. Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente. Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico.

Los pasos de esta fase son:

- Identificación de problemas:
- Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis
- Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.
- Formulación de problemas. Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.

Tipos de diagnósticos:

- Real: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición, características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 1990). El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato

PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.

- De Riesgo: es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. 1. a descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo". Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en i los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.
- **Planeación:** Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas, Carpenito (1987) e Iyer (1989)

Etapas en el Plan de Cuidados:

- Establecer prioridades en los cuidados. Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos

económicos, materiales y humanos... Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.

- Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados. Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.
- Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario, así como los cuidados proporcionados.
- Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades... así como los recursos de la comunidad. Se deben fijar a corto y largo plazo.
- Por último, es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia y/o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/comunidad.
- Elaboración de las actuaciones de enfermería, esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.
- Para un Diagnóstico de Enfermería real, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el Diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación.

- Para un Diagnóstico de Enfermería de riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.

- **Ejecución:** La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:
 - Continuar con la recogida y valoración de datos.
 - Realizar las actividades de enfermería.
 - Anotar los cuidados de enfermería Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas
 - Dar los informes verbales de enfermería,
 - Mantener el plan de cuidados actualizado.
 - El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

De las actividades que se llevan a cabo en esta fase quiero mencionar la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

- **Evaluación:** La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios. Los dos criterios más importantes que

valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones. El proceso de evaluación consta de dos partes:

1. Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
2. Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son las siguientes áreas:

1.- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:

- Observación directa, examen físico.
- Examen de la historia clínica

2.- Señales y Síntomas específicos

- Observación directa
- Entrevista con el paciente.
- Examen de la historia

3.- Conocimientos:

- Entrevista con el paciente
- Cuestionarios (test)

4.- Capacidad psicomotora (habilidades)

- Observación directa durante la realización de la actividad

5.- Estado emocional:

- Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.
- Información dada por el resto del personal

6.- Situación espiritual (modelo holístico de la salud):

- Entrevista con el paciente.
- Información dada por el resto del personal

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas estudio, veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar:

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.
- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

2.4 Descripción General del Modelo De Dorothea Orem

Dorothea Orem presenta su “Teoría de enfermería del déficit de autocuidado” como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas: la teoría de autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas; la teoría de déficit de autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente, y la teoría de sistemas de enfermería, que describe y explica las relaciones que hay que mantener.²²

Para aplicar el Modelo de Orem es necesario conocer cómo este define los conceptos paradigmáticos de persona, enfermería, y salud.

- Persona: concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.
- Salud: la salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia

de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Por tanto, lo considera como la percepción del bienestar que tiene una persona.

- Enfermería: servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto, es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.
- Aunque no define al entorno como tal, lo reconoce como el conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlo.

Es necesario reconocer que la importancia de conocer estos conceptos, permiten al gremio definir los adecuados cuidados de enfermería con el fin de ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta. Así mismo, siempre tener presente que, de acuerdo con las definiciones elaboradas por Dorothea E Orem la persona debe ser vista holísticamente desde el punto de vista biológico, psicológico y social.²³

Dorothea Orem concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante; los seres humanos tienen la capacidad de reflexionar sobre sí mismos y su entorno, capacidad para simbolizar lo que experimentan y usar creaciones simbólicas (ideas, palabras) para pensar, comunicarse y guiar los esfuerzos para hacer cosas que son beneficiosas para sí mismos y para otros, define los cuidados de enfermería como el ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de ésta. El entorno es entendido en este modelo como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean estos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona, finalmente el concepto de salud es definido como un estado que, para la persona, significa cosas diferentes en sus distintos componentes y cambia a medida que cambian las características humanas y biológicas de la persona.

Para aplicar el Modelo de Orem a través de proceso de enfermería, es necesario también definir los conceptos básicos utilizados en esta teoría, para asegurar así su comprensión y correcto manejo, conceptos como el de autocuidado, requisitos de autocuidado, demanda terapéutica de autocuidado, agencia de autocuidado, déficit de autocuidado, agencia de enfermería y sistemas de enfermería, los cuales se encuentran definidos en la cuarta edición de su modelo publicada en 1991 de la siguiente forma:

- Autocuidado: Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia su entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar. Es una actividad aprendida por los individuos y orientada hacia un objetivo.
- Requisitos de Autocuidado: Son reflexiones formuladas y expresadas sobre acciones que se sabe que son necesarias o que se supone que tienen validez en la regulación de aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, son expresiones de los objetivos a lograr al ocuparse intencionalmente del autocuidado. Se identificaron tres tipos de requisitos de autocuidado: universales, del desarrollo, y de desviación de la salud.
- Requisitos de autocuidado universal: son necesidades comunes a todos los individuos e incluyen:
 1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
 2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
 3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
 4. Provisiones de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.
 5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
 6. Mantenimiento del equilibrio entre la sociedad y la interacción social.
 7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano, y el bienestar humano.
 8. Promoción del funcionamiento y el desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal (normalidad).

- Requisitos de autocuidado del desarrollo: Su finalidad es promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano, mismos que se enumeran a continuación:
 1. Vida intrauterina y nacimiento.
 2. Vida neonatal.
 3. Lactancia.
 4. Etapas de desarrollo de la infancia, adolescencia y adulto joven.
 5. Etapas de desarrollo de la edad adulta.
 6. Embarazo, ya sea en la adolescencia o en la edad adulta.

- Requisitos de autocuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud que el individuo presenta.
- Demanda terapéutica de autocuidado: Es una entidad construida por las personas. Representa la suma de actividades de autocuidado requeridas por los individuos, en un lugar y en un momento determinado y durante un cierto tiempo, para cubrir los requisitos de autocuidado especificados por los individuos en relación con sus condiciones y circunstancias.
- Agencia de autocuidado: Es la compleja capacidad desarrollada que permite a los adultos y adolescentes en proceso de maduración, discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, para decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a la regulación, para exponer los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico y finalmente para realizar las actividades de cuidado determinadas para cubrir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo. La agencia de cuidado dependiente es la compleja capacidad desarrollada por los adultos cuidadores o responsables de hacer todo lo anteriormente señalado por las personas que de ellos dependen, como principales ejemplos se encuentran los infantes, adultos mayores, y adultos dependientes.

- Déficit de autocuidado: Se produce cuando las habilidades del individuo para ejercer el autocuidado requerido son menores que las que se necesitan para satisfacer una demanda de autocuidado conocida.
- Agencia de enfermería: Es una compleja propiedad y atributo de las personas educadas y entrenadas como enfermeras, tiene que ver con las capacidades para conocer y ayudar a otros a conocer sus demandas de autocuidado terapéutico, para cubrir las demandas de autocuidado terapéutico de otros o ayudarles a cubrir las por sí mismos, y para ayudar a otros a regular el ejercicio o desarrollo de su agencia de autocuidado o su agencia de cuidados dependientes.
- Sistema de enfermería: La teoría de los sistemas de enfermería articula las teorías porque señala la manera como la enfermería contribuirá para superar el déficit y que de este modo el individuo recupere el autocuidado. El profesional de enfermería, al activar alguno de estos sistemas, considera los componentes de poder, atributos y habilidades que la persona, comunidad o grupo posee. Los componentes de poder están constituidos por la capacidad para mantener la atención; para razonar; para tomar decisiones; para adquirir conocimiento y hacerlo operativo; para ordenar acciones de autocuidado tendientes a conseguir objetivos; para realizar e integrar operaciones de autocuidado en las actividades de la vida diaria; para utilizar habilidades en las actividades de la vida diaria y el nivel de motivación. Los sistemas de enfermería que se proponen son:
 - Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera sule al individuo.
 - Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona aquellas actividades de autocuidado que el paciente no puede realizar, por limitaciones del estado de salud u otras causas y la persona realiza las actividades de autocuidado que están al alcance de sus capacidades.
 - Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado. Para Orem el objetivo de la enfermería radica en: "Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar

las consecuencias de dicha enfermedad”. Además, afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda, actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

-Paralelo entre modelo de Dorothea Orem y etapas del proceso de enfermería

Modelo de Dorothea Orem	Proceso de Enfermería
<p>Teoría del autocuidado:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Autocuidado ● Requisitos de autocuidado 	<p>Valoración</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Identificar requisitos de autocuidado. ● Evaluar situación de autocuidado.
<p>Teoría de déficit de autocuidado</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Demanda terapéutica ● Agencia de autocuidado ● Déficit de autocuidado 	<p>Continúa valoración.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Evaluar agencia de autocuidado ● Evaluar demanda de autocuidado
<p>Teoría de sistemas</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Agencia de enfermería ● Sistema de enfermería 	<p>Planeación y ejecución de intervenciones</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Planificar los cuidados de enfermería para abordar los déficits de autocuidados detectados, plantear objetivos, según agencia y sistema que corresponda. ● Ejecutar las intervenciones a través del sistema de enfermería que corresponda.

Tabla 1 Referencia: Paralelo entre Modelo de Dorothea Orem y Etapas del Proceso de Enfermería. Referencia: Navarro Peña, “Modelo de Dorothea Orem Aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería”. Enfermería global 19.

Proceso de Enfermería	Modelo de Dorothea Orem
Valoración	Factores básicos condicionantes descriptivos de la persona Requisitos de autocuidado universales Requisitos de autocuidado de desviación de la salud
Diagnóstico	Se analizan los datos obtenidos de la valoración, basándose en el conocimiento científico, la concepción de los cuidados enfermeros, los componentes de la situación y la percepción del paciente. La correcta identificación de problemas y su priorización son los principios para el establecimiento posterior de una planificación adecuada de los cuidados.
Planificación	Se establece la demanda y agencia de autocuidado, así como el Sistema de enfermería
Ejecución	El personal de enfermería lleva a cabo el plan de cuidados diseñado para contribuir al mantenimiento y/o restablecimiento de la salud del paciente y al logro de los objetivos, mediante los sistemas de enfermería y agencias de autocuidado.
Evaluación	Por último, evalúa y modifica el plan de cuidados basándose en las respuestas del paciente y en la consecución de los objetivos y resultados. El Proceso de Atención de Enfermería es un método dinámico, flexible, que requiere evaluaciones continuas, incluye la decisión de introducir cambios en el plan de cuidados o regresar

	<p>a las fases anteriores. En esta última etapa, se formula la pregunta: la agencia de autocuidado (paciente) ¿Cubre las demandas de autocuidado?²⁴</p>
--	--

Tabla 2 Referencia: Fernández Alba. Teoría de Orem y el proceso enfermero en las salas de urgencias. Revista EHI. Vol. 2, 2015

2.5 Daños a la Salud.

Embarazo en la adolescencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como adolescencia el período de la vida en que el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la infancia a la vida adulta, y consolida la independencia socioeconómica, fijando sus límites entre los 10 y 19 años.²⁵ En general, esta etapa se considera con una baja demanda de problemas de salud, pero desde el punto de vista de la salud reproductiva, la adolescencia es, en muchos aspectos, un aspecto delicado y que requiere de grandes esfuerzos a nivel mundial. El conocer y considerar los cambios físicos y del desarrollo psicosocial de este período, en conjunto con las condiciones socioculturales, y políticas en las que las mujeres adolescentes se encuentran viviendo, permite comprender los riesgos a los que están expuestas las adolescentes embarazadas, y brinda la oportunidad de poner en marcha programas para promover conductas de autocuidado y prevenir riesgos potenciales a su salud. El protocolo de actuación ante una adolescente embarazada debe incluir a la adolescente y por supuesto, a su entorno (familia, pareja, instituto y redes de apoyo primarias), así como, a un equipo de profesionales de diversas disciplinas de la salud, adecuadamente sensibilizados y capacitados que puedan dar una asistencia integral, respetado, intercultural y seguro a la salud de esta adolescente.

En México, 20% de los nacimientos anuales ocurren en mujeres menores de 20 años de edad. La importancia de esto radica en que la repercusión del embarazo en las adolescentes empieza con los riesgos para la salud de la madre y su hijo. Estos riesgos son mayores conforme menor es la edad de la gestante, en especial cuando las

condiciones sociales y económicas hacen que el cuidado de la salud sea inferior a lo ideal, lo que es determinante en el desarrollo psicosocial posterior. Los jóvenes con baja escolaridad, bajo nivel socioeconómico, con menores expectativas académicas y laborales, con conductas psicológicas de riesgo, tienden a iniciar a más temprana edad su vida sexual activa, a desconocer las opciones y el adecuado uso de anticonceptivos y por ende, usarlos con menor frecuencia, y una de las principales consecuencias, a embarazarse, aumentando así el riesgo de morbilidad y mortalidad materno - fetal ante la falta de condiciones y conocimientos que faciliten una mejor decisión. Es imprescindible, por lo tanto, tomar en cuenta el contexto cultural y las características especiales de las familias mexicanas para entender en forma precautoria la situación de la adolescente en riesgo de embarazo.

El embarazo adolescente es el que se produce entre los 10-19 años, independientemente de la edad ginecológica.²⁶

- El 60% ocurren dentro de los primeros 6 meses de inicio de las relaciones sexuales.
- El 73-93% de las adolescentes embarazadas son primigestas.
- El 60% de las primigestas adolescentes vuelven a embarazarse dentro de los 2 años siguientes.
- Incidencia:
- Sobre el total de embarazos: U.S.A. (12,8%) América Latina (25%) África (45 %).
En España: Tasa de embarazos adolescentes 2010 es: 2.2/1000 a los 15 años; 20.7/1000 a los 19 años. El 60-90% son no deseados

Desarrollo cognitivo y psicoemocional:

El embarazo en la mujer adolescente, es una crisis que se superpone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente. Una adolescente embarazada se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando. Se comete un error al suponer que el embarazo la hace madurar a etapas posteriores.

Desarrollo biológico:

La maduración física comienza y acaba antes que la maduración cognitiva y psicosocial.

Talla:

- Durante la adolescencia se alcanza entre el 15-25% de la talla final del adulto.
- El llamado “estirón” puberal en las niñas se inicia entre los 9.5 -14.5 años; dura 2-3 años y finaliza a los 16 años.
- Pueden crecer entre 20-25 cm.
- Un 50 % de las adolescentes continúan el crecimiento después de los 16 años.

Peso:

- Durante la adolescencia se gana el 25-50% del peso final del adulto.
- En las niñas el pico de ganancia de peso ocurre 6 meses después del brote de crecimiento (12.5 años) y pueden ganar aproximadamente 8.3 Kg/año.
- El aumento de peso continúa luego más lentamente durante la última etapa de la adolescencia en donde se pueden alcanzar 6.3 Kg más.²⁷

Composición corporal:

- Disminuye la masa magra del 80% al 74%.
- Aumenta la masa grasa del 15,7% al 26,7%, ganando aproximadamente 1.140 Kg de masa grasa/año. El pico se alcanza entre los 15-16 años.

Masa ósea:

- El 90% se alcanza a los 18 años.
- Un tercio del total se acumula en los 3-4 años posteriores al inicio de la pubertad.

Adolescente embarazada en crecimiento:

- Los requerimientos de energía y nutrientes de la adolescente compiten directamente con los del feto.
- El crecimiento materno continúa durante el embarazo en el 50% de las adolescentes y puede tener efectos negativos sobre el crecimiento fetal si no se asocia a una ganancia ponderal aceptable.

- Las adolescentes con una edad ginecológica < 2 años y/o edad < 16 años continúan su crecimiento lineal, la ganancia ponderal y los cambios en la composición corporal.
- Requieren una adecuada ganancia ponderal y aporte de nutrientes: proteínas, hierro, calcio, vitamina D, Vitamina B6 y zinc.
- Aumentan la grasa corporal especialmente en el 3º trimestre (período de máximo crecimiento fetal). Tienen neonatos con bajo peso al nacimiento (130 gramos menos en promedio) y ganan más peso durante el embarazo (> 2.5 Kg).
- El flujo placentario disminuye en el último trimestre.
- La masa grasa central aumenta en el postparto y es común el sobrepeso residual.
- La ganancia ponderal durante el embarazo influye en el crecimiento fetal, en el peso de nacimiento y en la duración de la gestación.
 - < 4.3 Kg a las 24 semanas. Duplica el riesgo de RCIU.
 - < 0.4 Kg / semana después de las 24 semanas, aumenta el riesgo de prematuridad.
- El Peso o el IMC previos al embarazo modifican la relación entre la ganancia ponderal y el peso de nacimiento.

-Acciones preventivas en los diferentes ámbitos:

- Psicosocial: Es necesario conocer los factores predisponentes y determinantes del embarazo en adolescentes.

PREDISPONENTES	CONDICIONANTES
Menarquia temprana	Relaciones sexuales sin protección
Inicio precoz de las relaciones sexuales	Abuso sexual
Familia disfuncional	Violación
Mayor tolerancia del miedo a la maternidad adolescente	

Bajo nivel educativo	
Migraciones recientes	
Pensamientos mágicos	
Fantasías de esterilidad	
Falta o distorsión de la información	
Controversias entre sus sistemas de valores y el de sus padres	
Factores socioculturales	

Tabla 3. Elaborada por Erika Islas. Referencia: Pekał Rug G. El embarazo en la adolescente. ADOLESCERE. Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia. Volumen III. Mayo 2015.

- Somático: Reconocer los factores de riesgo obstétrico y perinatal.

Alto riesgo:

- Edad ginecológica < 2 años y/o cronológica < 16 años.
- Estatura < 1.50 m.
- Bajo peso o sobrepeso previo al embarazo.
- Escasa / excesiva ganancia ponderal durante el embarazo.
- Náuseas o vómitos persistentes.
- Anemia ferropénica u otras deficiencias nutricionales.
- Infecciones recurrentes.
- Enfermedad crónica.
- Tabaquismo y/o consumo de alcohol y otras sustancias.
- Embarazo previo.
- Periodo intergenésico corto.
- Antecedente de RCIU.
- Antecedente de trastorno de la conducta alimentaria.
- Embarazo no deseado.

- Antecedente de abuso sexual.
- Redes de apoyo inestables o ausentes.
- Bajo nivel socioeconómico.

Salud integral de la adolescente

En la atención integral a la adolescente embarazada, además de todo lo expuesto, debemos tener en cuenta el enfoque biopsicosocial y, para ello, es esencial trabajar con un equipo multidisciplinario que cubra las necesidades de este grupo etario.

- Atención integral de la adolescente enfoque de riesgo:
 - a) Factores protectores:
 - a. Familia
 - b. Comunicación fluida con un adulto referente
 - c. Rendimiento escolar satisfactorio
 - d. Grupo social con conductas adecuadas
 - b) Factores de riesgo:
 - a. Psicosociales
 - b. Biológicos
- La consulta con adolescentes:
 - 1) Características que la diferencian de la mujer adulta:
 - a. Menor o poca conciencia de salud
 - b. Falta de elaboración de la identidad de género
 - c. Pensamiento mágico
 - d. Temor a los procedimientos invasivos
 - e. Falta de información
 - f. Desconocimiento de cambios en su cuerpo
 - 2) Dificultad para el vínculo con el hijo:
 - a. Dificultad para diferenciarse del bebé
 - b. Prioriza sus necesidades a las del niño
 - c. Tolera poco las frustraciones
 - 3) Perfil del personal de salud que atiende a la/los adolescentes:

- a. Tener idoneidad: no sólo en perinatología sino también en características biopsicosociales particulares de la adolescencia.
 - b. Saber escuchar
 - c. Saber respetar
 - d. Ser capaz de registrar
 - e. Es esencial que el sistema nacional de salud brinde servicios integrales a la salud del adolescente siempre con el respeto a sus Derechos Humanos, con perspectiva de género e interculturalidad.
- 4) Contexto de la maternidad adolescente.
- 5) Objetivos del equipo de salud:
- a. Ayudarla a aceptar su embarazo.
 - b. Fortalecer los vínculos familiares y/o redes de apoyo.
 - c. Supervisar los hábitos alimenticios y valorar la necesidad de suplementos nutricionales.
 - d. Brindar atención perinatal integral.
- 6) Estrategias del equipo de salud:
- a. Equipo interdisciplinario: ginecólogo, enfermera perinatal, partera, pediatra o médico de familia, psicólogo, trabajador social.
 - b. Atención al padre y familiares cercanos.
 - c. Seguimiento postparto.

Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud Para la Atención Obstétrica.

En el país también se están atendiendo las recomendaciones de la OMS durante el parto, para una experiencia de parto positiva que centra a la mujer como la protagonista de su parto, el siguiente cuadro señala algunas de estas recomendaciones: ²⁸

Atención	Recomendación
<u>Atención durante todo el trabajo de parto y el nacimiento.</u>	
Atención respetuosa de la maternidad	Remite a la atención organizada y proporcionada a todas las mujeres de manera que mantenga y respete su dignidad, privacidad y confidencialidad, asegure la integridad física y el trato adecuado y permita tomar una decisión informada y recibir apoyo continuo durante el trabajo de parto y el parto.
Comunicación efectiva	Entre los prestadores de atención y las mujeres en trabajo de parto mediante el uso de métodos simples y culturalmente aceptables.
Acompañamiento durante el trabajo de parto y el parto.	La mujer deberá estar acompañada durante el trabajo de parto y el parto por la persona de su elección.
Continuidad de la atención.	Los modelos de continuidad asistencial impulsada por parteras – consistentes en que una partera conocida o un pequeño grupo de parteras conocidas brinda apoyo a una mujer a lo largo del continuo de servicios de atención prenatal, postnatal y durante el parto – se recomiendan para las embarazadas de entornos en los que existen programas de partería eficaces.
Definiciones de las fases latente y activa del período de dilatación.	— La fase latente del período de dilatación es un período que se caracteriza por contracciones uterinas dolorosas y cambios variables del cuello uterino, incluso con un

	<p>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 de dilatación activa es un período que se caracteriza por contracciones uterinas dolorosas y regulares con un grado importante de borramiento y dilatación más rápida del cuello uterino a partir de los 5 cm hasta la dilatación total para los primeros trabajos de parto y los subsecuentes</p>
<p>Duración del período de dilatación.</p>	<p>Se debe informar a las mujeres que no se ha establecido una duración estándar de la fase latente del período de dilatación y que puede variar ampliamente de una mujer a otra. Sin embargo, la duración de la fase activa del período de dilatación activa (a partir de los 5 cm hasta la dilatación total del cuello uterino) generalmente no excede las 12 horas en los primeros partos y, normalmente, no excede las 10 horas en los partos subsecuentes.</p>
<p>Tacto vaginal.</p>	<p>Se recomienda realizar un tacto vaginal a intervalos de cuatro horas para valoración de rutina e identificación de la prolongación del trabajo de parto activo.</p>
<p>Auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal durante el trabajo de parto.</p>	<p>Auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal ya sea mediante un dispositivo de ecografía Doppler o un estetoscopio de Pinard para embarazadas sanas en trabajo de parto. Evitar monitorización continua en partos de bajo riesgo o de manera rutinaria.</p>
<p>Técnicas de relajación para el tratamiento del dolor.</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</p>

	durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer.
Técnicas manuales para el tratamiento del dolor.	Se recomiendan masajes o aplicación de compresas tibias, para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer.
Líquido y alimentos por vía oral.	Para las mujeres con bajo riesgo, se recomienda la ingesta de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto.
Movilidad y posición de la madre.	Se recomienda alentar la movilidad y adoptar una posición erguida durante el trabajo de parto en mujeres de bajo riesgo.
Limpieza vagina	No se recomienda la irrigación vaginal de rutina con clorhexidina durante el trabajo de parto para prevenir infecciones
Amniotomía temprana y oxitocina.	No se recomienda el uso temprano de la amniotomía con conducción temprana con oxitocina para la prevención del retraso del trabajo de parto
Periodo expulsivo	
Definición y duración del período expulsivo.	<p>Se recomienda para la práctica clínica el uso de la siguiente definición y duración del período expulsivo.</p> <p>El período expulsivo es el período comprendido entre la dilatación total del cuello uterino y el nacimiento del bebé durante el cual la mujer tiene un deseo involuntario de pujar como resultado de las contracciones uterinas expulsivas.</p> <p>Se debe informar a las mujeres que la duración del período expulsivo varía de una mujer a otra. En los primeros partos, el nacimiento se completa normalmente</p>

	en 3 horas, en tanto en los partos subsecuentes, el nacimiento se completa por lo general en 2 horas.
Posición para dar a luz (para mujeres sin anestesia peridural).	Para las mujeres sin anestesia peridural, alentar la adopción de una posición para dar a luz que sea de su elección, inclusive las posiciones erguidas.
Método para pujar.	Se debe alentar y asistir a las mujeres en el período expulsivo para que sigan su propia necesidad de pujar.
Técnicas para prevenir el traumatismo perineal.	En el caso de mujeres en el período expulsivo, se recomiendan técnicas para reducir el traumatismo perineal y facilitar el nacimiento espontáneo (inclusive los masajes perineales, compresas tibias y conducta de protección activa del perineo), en función de las preferencias de la mujer y las opciones disponibles.
Política para la episiotomía.	No se recomienda el uso ampliado o de rutina de la episiotomía en mujeres que presentan un parto vaginal espontáneo.
<u>Alumbramiento.</u>	
Uterotónicos profilácticos.	Se recomienda para todos los nacimientos el uso de uterotónicos para prevenir la hemorragia posparto (HPP) durante el alumbramiento. <ul style="list-style-type: none"> • La oxitocina (10 UI, IM/IV) es el medicamento uterotónico recomendado para prevenir la hemorragia posparto (HPP). • Para los entornos en los que la oxitocina no está disponible, se recomienda el uso de otros uterotónicos inyectables (si corresponde, ergometrina/metilergometrina o la poli terapia fija de oxitocina y ergometrina) o misoprostol por vía oral (600 µg).

Pinzamiento tardío del cordón umbilical.	Se recomienda el pinzamiento tardío del cordón umbilical (no menos de 1 minuto después del nacimiento) para mejores resultados de salud y nutrición para la madre y el bebé
Tracción controlada del cordón (TCC).	Para los entornos en los que existen asistentes obstétricos especializados disponibles, se recomienda la tracción controlada del cordón (TCC) para los partos vaginales si el prestador de atención de salud y la parturienta consideran que una pequeña reducción en la pérdida de sangre y una pequeña reducción en la duración del alumbramiento son importantes.
Masaje uterino.	No se recomienda el masaje uterino sostenido como una intervención para prevenir la hemorragia posparto (HPP) en mujeres a las que se les ha administrado oxitocina como medida profiláctica.
Atención del recién nacido.	
Contacto piel con piel	Se debe mantener a los recién nacidos sin complicaciones en contacto piel con piel (CPP) con sus madres durante la primera hora después del nacimiento para prevenir la hipotermia y promover la lactancia.
Lactancia.	Todos los recién nacidos, incluso los bebés con bajo peso al nacer (BPN) que pueden amamantarse, se deben colocar al pecho tan pronto como sea posible después del nacimiento tras corroborar la estabilidad clínica, y en tanto la madre y el bebé estén listos.
Baño y otros cuidados posnatales inmediatos del recién nacido.	El baño se debe retrasar hasta 24 horas después del nacimiento. Si esto no es posible por motivos culturales, el baño se debe retrasar al menos seis horas. Se recomienda vestir al recién nacido con prendas

	<p>adecuadas a la temperatura ambiente. Esto significa de una a dos capas de prendas más que los adultos, además del uso de sombreros o gorros. La madre y el bebé no deben estar separados y deben permanecer en la misma habitación las 24 horas del día.</p>
<p><u>Atención a la mujer tras el nacimiento.</u></p>	
<p>Evaluación del tono muscular del útero.</p>	<p>Se recomienda para todas las mujeres la evaluación posparto abdominal del tono muscular del útero para identificar de forma temprana la atonía uterina.</p>
<p>Profilaxis antibiótica de rutina para la episiotomía.</p>	<p>No se recomienda la profilaxis antibiótica de rutina para mujeres con episiotomía.</p>
<p>Evaluación materna de rutina después del parto.</p>	<p>Durante el puerperio, a todas las mujeres se les debe hacer un examen de rutina de hemorragia vaginal, contracción uterina, altura del fondo uterino, temperatura y frecuencia cardíaca (pulso) durante las primeras 24 horas a partir de la primera hora posterior al parto. La presión arterial debe tomarse poco después del nacimiento. Si la presión es normal, deberá tomarse nuevamente en el plazo de seis horas. La orina se debe documentar en el lapso de seis horas.</p>

Tabla 4. Referencia: Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. Washington, D.C. 2019.

3. Metodología.

3.1 Estrategia de investigación: estudio de caso.

El instrumento utilizado para el desarrollo del presente estudio de caso, cumple con las características principales del mismo; es cualitativo, particular, descriptivo y heurístico.

Lugar de estudio (Entorno): Unidad Tocoquirúrgica del Hospital General de Tula ubicado en Carretera Tula -Tepeji Km 1.5, El Carmen, 42830 Tula de Allende, Hidalgo

Tula de Allende:

Superficie: 336.22 km².

Población: 103,919. Densidad de población: 309.08 hab./km²

Cobertura del Hospital General de Tula al año 2010: 38,874 habitantes, 38.7% de la población total de Tula.

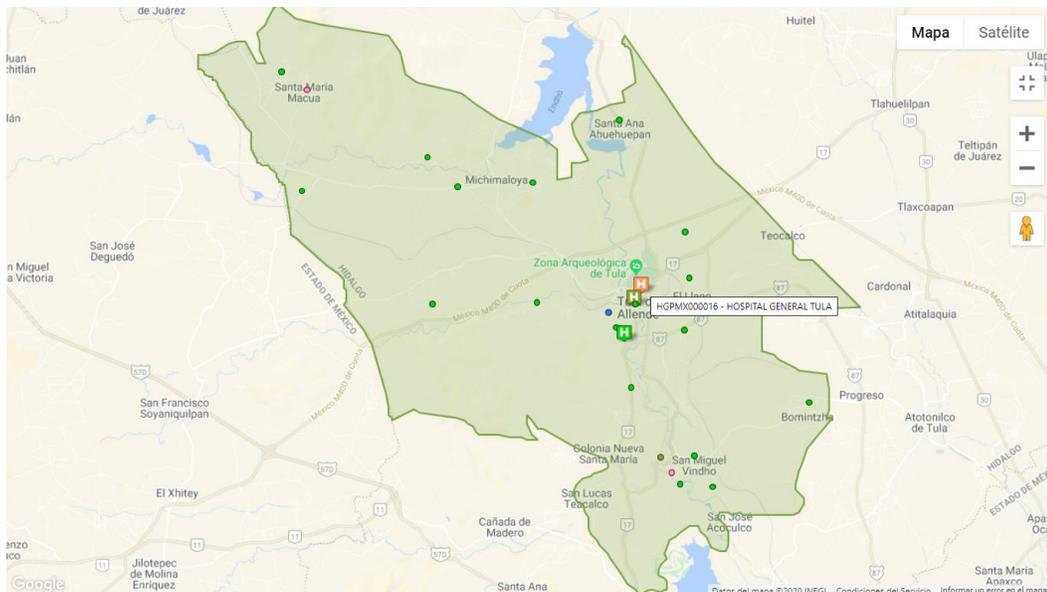


Ilustración 1 Hospital General de Tula. Ubicación geográfica. INEGI

Indicadores Sociales

Pobreza

Indicadores	Porcentaje	Número de personas
Pobreza		
POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE POBREZA	42.90	51,151
POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE POBREZA MODERADA	36.80	43,936
POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE POBREZA EXTREMA	6.00	7,214
POBLACIÓN VULNERABLE POR CARENCIAS SOCIALES	30.70	36,638
POBLACIÓN VULNERABLE POR INGRESOS	7.10	8,524
POBLACIÓN NO POBRE Y NO VULNERABLE	19.20	22,958
Privación Social		
POBLACIÓN CON AL MENOS UNA CARENCIA SOCIAL	73.60	87,789
POBLACIÓN CON AL MENOS TRES CARENCIAS SOCIALES	28.10	33,469
Indicadores de Carencia Social		
REZAGO EDUCATIVO	20.30	24,193
ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD	31.70	37,866
ACCESO A LA SEGURIDAD SOCIAL	57.40	68,452
CALIDAD Y ESPACIOS DE LA VIVIENDA	8.90	10,622
ACCESO A LOS SERVICIOS BÁSICOS EN LA VIVIENDA	27.50	32,769
ACCESO A LA ALIMENTACIÓN	23.90	28,542
Bienestar Económico		
POBLACIÓN CON INGRESO INFERIOR A LA LÍNEA DE BIENESTAR MÍNIMO	11.90	14,217
POBLACIÓN CON INGRESO INFERIOR A LA LÍNEA DE BIENESTAR	50.00	59,675

Fuente: Medición Municipal de la Pobreza 2010, CONEVAL

De acuerdo a los indicadores sociales, la población de mujeres adolescentes de Tula de Allende, Hidalgo, es altamente vulnerable, pues en los hogares se padecen de

condiciones que se identifican como Factores Determinantes del Embarazo en Adolescentes (de acuerdo al Consejo Nacional de Población en 2021) como es: la población en situación de pobreza en el 43%, el rezago educativo en casi una cuarta parte de la población, la inaccesibilidad a la seguridad social en más del 50% de la población, entre otros, lo cual conduce a un escenario de desigualdad económica y social, en donde no existe educación integral en sexualidad universal y de calidad, así como una necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos. Mismo que puede estar estrechamente relacionado con el inicio temprano de la vida sexual sin protección, el matrimonio y/o uniones tempranas infantiles, así como abuso y coerción sexual.

Se selecciona para estudio de caso en la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital General de Tula ubicado en Carretera Tula -Tepeji Km 1.5, El Carmen, 42830 Tula de Allende, Hidalgo, el 27 de noviembre del 2019 a las 09:30 horas, al identificar el ingreso de Guadalupe, adolescente en fase activa de trabajo de parto.

Selección de estudio de caso (Persona):

Los datos fueron obtenidos mediante entrevista directa, (por medio del instrumento de valoración perinatal) e indirecta (a través del expediente clínico).

Se realiza una breve entrevista libre y se orienta a Guadalupe, y al identificarla como sujeto viable para la posible realización del estudio de caso, se solicita a ella y a su madre, autorización para poder llevar a cabo el presente estudio, por medio del consentimiento informado.

Salud: Para este estudio de caso se obtiene información, por medio de la entrevista directa con la mujer en trabajo de parto, así como mediante observación, búsqueda activa mediante testimonios e historia de vida, recabar datos por medio de expediente clínico y conversaciones informales con la madre de la mujer seleccionada.

Cuidado: La metodología se fundamentó en las cinco etapas del proceso de enfermería, para el registro de los datos de valoración se utilizó la historia clínica perinatal; un instrumento basado en las teorías del autocuidado, del déficit de autocuidado y de sistemas de Dorothea Orem.

3.2 Consideraciones Éticas.

El presente estudio de caso se realizó con las consideraciones éticas bajo las disposiciones de la normativa del “Código de ética para las enfermeras y enfermeros de México.”²⁹

Además:

- Se solicitó autorización para la realización de todo procedimiento.
- Se entregaron consentimientos informados a la mujer seleccionada, y al tratarse de una menor de edad, a su madre, para el manejo de la información, y la autorización de la realización del estudio de caso.
- Durante la realización de este estudio de caso se mantuvo el respeto por la verdad y la transparencia, así como el respeto por los valores, principios, la igualdad, la dignidad de cada individuo y el reconocimiento del derecho a la autodeterminación.
- Al proporcionar la atención en todo momento se respetaron los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales de las personas involucradas en el presente estudio de caso.
- Se verificó que las personas (mujer, familiar) recibieran información suficiente para aceptar o rechazar el manejo de la información para el estudio de caso, así como los cuidados y tratamientos con los debidos consentimientos informados.
- Se aboga por el uso de avances científicos y tecnológicos compatibles con la seguridad, la dignidad y los derechos de las personas.
- Se realiza el presente estudio de caso con la finalidad de compartir con la sociedad la responsabilidad de iniciar y apoyar acciones para satisfacer las necesidades de salud y sociales de la población, en particular aquellas necesidades de grupos vulnerables.
- Todas las intervenciones realizadas están debidamente fundamentadas en la normatividad actual como normas oficiales mexicanas, guías de práctica clínica, y enfermería basada en evidencia, así como recomendaciones internacionales.

4. Aplicación Del Proceso De Atención De Enfermería.

4.1 Valoración:

Fecha: 27/09/2019
Servicio: Unidad Tocoquirúrgica
Hora: 09:30 horas

- Factores Básicos Condicionantes Descriptivos

M. Guadalupe Ch. N., 13 años. Gesta 1, Estado civil: soltera. Fecha de nacimiento: 15/03/2006, Peso inicial: 47.500 kg, Peso actual: 58.5 kg, Talla: 1.49 m, Alergias: Negadas, Embarazo adolescente de 37.5 semanas de gestación por fecha de última menstruación con trabajo de parto fase activa. No derechohabiente.

Abuela paterna con hipertensión arterial, desconoce tiempo de evolución. Niega antecedentes heredofamiliares de diabetes, cáncer, enfermedades psiquiátricas, neoplasias, enfermedades reumáticas, cardiopatías, nefropatías.

- Factores Ambientales

Guadalupe se refiere residente de Tula de Allende, Hidalgo, considerada área rural en transición. Vive en casa de su madre, construida de tabique, techo de lámina y loza, piso de cemento, cuenta con servicio de luz, agua, drenaje, cocina con leña y gas, su colonia no cuenta con pavimentación, tiene un mercado cerca, medio de transporte público a 5 minutos. Convive con perros y pájaros, los cuales coexisten en el patio de la casa.

- Factores del Sistema Familiar

Es la hija única de una familia nuclear. Integrada por tres personas; padre, madre y ella. El sustento familiar está a cargo de su madre y padre, quienes son comerciantes. El grado máximo de estudios de su madre es la primaria concluida y de su padre la secundaria concluida. No tiene comunicación con el padre biológico de su futuro bebé.

- Factores Socioculturales y Socioeconómicos

Lugar de nacimiento: Tula de Allende, Hidalgo. Escolaridad: Primaria concluida. Se dedica al hogar y a veces ayuda a sus padres con las ventas. Como creencia religiosa refiere practicar el catolicismo.

- Factores del Patrón de Vida

Guadalupe refiere que solía trabajar en horarios compartidos con sus padres en el comercio de plantas ornamentales, macetas y herramientas, al saber de su embarazo deja los trabajos pesados y que impliquen carga, y realiza mayormente actividades del hogar, y ocasionalmente atiende el puesto de sus padres refiriendo estas actividades como una demanda de esfuerzo medio. Menciona que no desea entrar en detalles ni revelar información acerca del padre de su hijo. Sin embargo, no tiene contacto con él.

- Factores de Salud y del Sistema de Salud

Guadalupe aparentemente goza de buen estado de salud. Tiene antecedente de amenaza aborto en el primer trimestre secundario a infección cérvico vaginal, la cual es tratada y remitida con tratamiento de óvulos vaginales. Niega otros antecedentes de riesgo durante el embarazo. Llevó su atención prenatal en centro de salud con 3 consultas previas. No cuenta con carnet del embarazo al momento de la valoración. Refiere no encontrarse satisfecha con la atención debido a que nunca le explicaron cómo sería el trabajo de parto, parto y puerperio. Actualmente consume ácido fólico y hierro, 1 tableta de cada uno al día.

- Factores Básicos Condicionantes del Estado De Desarrollo
 - Capacidad de autogobierno.

A su ingreso y primer contacto con ella, Guadalupe se encuentra en estado disociativo. Se muestra inquieta y ansiosa, poco receptiva.

- Factores Negativos

Se aborda a Guadalupe a su ingreso al servicio de tococirugía y se identifica estado de disociación perinatal, emociones negativas respecto al trabajo de parto, angustia, miedo, desesperación y capacidad de atención limitada.

Refiere preocupación y desesperación por el desconocimiento del tiempo y desenlace del trabajo de parto, duda sobre su capacidad de parir por sí misma, refiere temor de “no hacer las cosas bien y que algo malo le pase a su bebé por ello”.

- Potencial de desarrollo

En el periodo entre contracción y contracción, se logra abrir una ventana de comunicación asertiva con Guadalupe y ella muestra interés y disposición para recibir orientación, apoyo y acompañamiento sobre las medidas no farmacológicas para el manejo del dolor, ejercicios de respiración y relajación. Así mismo, refiere que su principal soporte emocional ha sido su madre y manifiesta el deseo de ser acompañada por ella.

- Requisitos de Autocuidado Según la Etapa de Desarrollo
 - Etapa de Desarrollo: Embarazo adolescente.

- Antecedentes Gineco - Obstétricos

MENARCA	RITMO	DISMENORREA	GESTA	PARTOS	CESÁREAS	ABORTOS	ÓBITOS	EMBARAZO ECTÓPICO
11	28/4	No	I	0	0	0	0	0

Tabla 5. Elaborada por Erika Islas. Descripción Ginecológica. Extraída de instrumento de valoración Perinatal.

Inicio de vida sexual activa	N° de parejas sexuales	Circundados	Infecciones ginecológicas y tratamiento	Papanicolaou (último)	Cirugías ginecológicas	Sangrados anormales	Incontinencia urinaria
13	1	Desconoce	Sí, remitida con óvulos vaginales	Nunca realizado	Ninguna	Primer trimestre, remitido.	No
Tumores	Dispareunia	Sangrado al coito	Último método anticonceptivo	Tiempo de Uso	Fecha de última menstruación	Fecha probable de parto	
No	No	No	Ninguno	--	08/03/2019	15/12/2019	

Tabla 6 Elaborada por Erika Islas. Antecedentes Gineco-Obstétricos. Extraída de instrumento de valoración Perinatal.

Guadalupe presenta menarca a los 11 años, telarca y pubarca a los 11 años con ciclos menstruales regulares de 28/4. Niega dismenorrea. Inicio de vida sexual a los 13 años, 1 pareja sexual, sin ningún método anticonceptivo previo. Gesta I, Fecha de última menstruación 08/03/ 2019, fecha probable de parto 15/12/2019. Embarazo no planeado, deseado. Inicia ingesta de ácido fólico en la semana 20 al enterarse de su embarazo. Sospecha de embarazo por amenorrea y síntomas como náuseas, vómito, y distensión abdominal, confirma con prueba de orina y posteriormente con ultrasonido abdominal, sin embargo, no acude a control prenatal si no hasta aproximadamente la semana 21 de gestación por presentar sangrado y dolor abdominal intenso, donde es diagnosticada por la institución como Adolescente embarazada con 21 semanas de gestación con infección cérvico vaginal y amenaza de aborto. Se envía tratamiento con Metronidazol y Nistatina óvulos y la infección es remitida. Inicia con atención prenatal periódica en su centro de salud. Refiriendo un total de 3 consultas prenatales. Refiere ingesta de ácido fólico y

hierro a partir de la semana 21 de embarazo. Niega otros antecedentes de importancia obstétrica. No presenta CLAP.

- Requisitos de Autocuidado Ante la Desviación de la Salud
 - Desviación actual:

Acude a triage obstétrico acompañada de su madre, por presentar contracciones intensas cada 2 a 3 minutos. Ingresa al servicio de tococirugía con el diagnóstico: Gesta I, con embarazo de 37.5 semanas de gestación por fecha de última menstruación en trabajo de parto fase activa, Embarazo adolescente.

- Mecanismos de Adaptación
 - Uso previo de mecanismos de adaptación:

Refiere haber dejado de laborar en el negocio de sus padres al hacerles saber de su embarazo para disminuir los riesgos, debido a que ella y sus padres la consideraban una actividad de alta demanda energética y de alto esfuerzo físico.

- Mecanismos de adaptación actuales:

Mantiene comunicación activa con su madre, refiere acudir con ella a las consultas prenatales y comentar con ella todas sus dudas, incertidumbres o miedos. Menciona que juntas se han mantenido muy pendientes de cualquier dato de alarma.

- Factores concomitantes de estrés:

Tras ser valorada, y abordada, Guadalupe asimila que se encuentra en periodo de trabajo de parto fase activa y acepta apoyo y orientación para comprender lo que está sucediendo en su cuerpo y con su bebé, así mismo, muestra disposición para realizar actividades que mejoren su proceso perinatal en acompañamiento de su elección.

Manifiesta temor de estar sola, sin saber qué pasa, en un ambiente totalmente nuevo para ella y rodeada de desconocidos que no están pasando por lo que ella. Así mismo, manifiesta temor por la sensación de ser incapaz de parir por sus propios medios.

- Cumplimiento de los Requisitos de Autocuidado Ante la Desviación de la Salud.

- I. Busca y asegura la ayuda médica y de enfermería oportunamente:

Guadalupe pide a su madre la acompañe y acude al hospital con ella, por decisión propia al notar que las contracciones uterinas eran recurrentes y le causaban molestias que no podía calmar con nada.

- II. Tiene conciencia y presta atención a los efectos y resultados de los procesos fisiológicos, incluyendo los efectos sobre el desarrollo

Ingresa en estado disociativo, ansioso y con un alto nivel de estrés y temor al no tener conciencia del proceso fisiológico que está atravesando. No presta atención a la comunicación verbal. Se encuentra completamente enfocada en la sensación física de las contracciones.

- III. Lleva a cabo efectivamente las medidas terapéuticas prescritas

A su ingreso, no lleva a cabo efectivamente las medidas terapéuticas prescritas. Reacciona a la contracción con movilidad brusca y pujos prematuros.

- IV. Tiene conciencia, presta atención y regula los efectos de las medidas de cuidados prescritos por el médico y la enfermera perinatal.

Guadalupe no presta atención ni toma en cuenta las medidas de cuidados prescritos a su ingreso. Es hasta el abordaje cuidadoso y pasivo en un momento clave de su proceso que logra abrir un canal de comunicación para exponer sus inquietudes, dudas y temores.

- V. Modifica el autoconcepto y la autoimagen para aceptarse a sí misma como ser humano con un estado particular de salud.

Manifiesta que el embarazo ha alterado su autoimagen de manera negativa, y sentirse a disgusto con su autoimagen por el aumento de peso.

- VI. Aprende a vivir con los efectos de las condiciones y estados fisiológicos y los efectos de las medidas de diagnóstico y tratamiento médico.

Expresa y demuestra desorientación, desesperación y desconocimiento y negación al proceso perinatal que se encuentra viviendo: El trabajo de parto en fase activa.

- Historia previa de desviaciones de la salud.

Niega enfermedades actuales, niega cirugías, transfusiones, alergias y traumatismos.

Esquema de vacunación en el embarazo completo.

- Análisis de Estudios de Laboratorio y Gabinete

Fecha: 27/11/2019

Grupo sanguíneo	“A”
Factor RH	Positivo

Tiempos de coagulación	
Tiempo de protrombina	12.3 seg
Tiempo de plasma control normal	13.1 seg
Tiempo de tromboplastina parcial activada.	27.0 seg

Biometría hemática.

Eritrocitos	4.06
Hemoglobina	13.2 g/dL
Hematocrito	38.4%
Volumen globular medio	94.5 fL
Conc. Media de HB	32.5 pg
Conc. Media corpuscular	34.4 g/dL
Índice de distribución de eritrocitos	10%
Volumen plaquetario medio	8.8 fL
Leucocitos totales	19.20
Neutrófilos totales	85%
Neutrófilos segmentados	85%
Eosinófilos	1.0%
Basófilos	0.0%
Monocitos	3.0%
Leucocitos	11.0%

Tabla 7. Elaborada por Erika Islas. Biometría Hemática, Grupo y RH, Tiempos de coagulación. Extraída de Expediente Clínico.

*No presenta EGO ni Química sanguínea

Ultrasonido segundo trimestre:

26/08/2019

Reporta embarazo de 22.6 Semanas de gestación. Feto único vivo y reactivo cefálico, longitudinal, dorso izquierdo con Frecuencia Cardiaca Fetal de 136 latidos por minuto. Sin alteraciones estructurales aparentes al momento del estudio. Peso fetal estimado de 563 gramos. Placenta corporal posterior con grado 0 de maduración.

Ultrasonido tercer trimestre:

17/10/2019

Reporta embarazo de 30.3 semanas de gestación. Feto reactivo en situación longitudinal y presentación cefálica. Presencia de asa de cordón umbilical a nivel del cuello. Estructuras orgánicas sin alteraciones aparentes y visibles por ultrasonido. Frecuencia cardiaca fetal de 144 latidos por minuto. Peso fetal aproximado de 1700 gramos. Índice de Líquido Amniótico de 13.1 cc. Placenta corporal posterior con grado 0 de madurez.

- Valoración de los 8 Requisitos Universales de Autocuidado:

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire:

- a) Hábitos de salud

Realiza higiene de fosas nasales en el baño diario. Niega consumir tabaco ni haber fumado antes ni durante el embarazo. No convive con fumadores. Exposición a gases nocivos ya que vive muy cerca de una refinería y cementera. No realiza ejercicio ni usa técnicas que mejoren su respiración como ejercicios de respiración - relajación. No requiere algún tipo de apoyo respiratorio.

- b) Revisión por sistemas:

Frecuencia Cardiaca 103x', Frecuencia Respiratoria: 20x' T/A. 127/70 mm Hg,
Temp:36.4°C, FCF 147x'

Aparato respiratorio: Nariz simétrica, narinas permeables con adecuada entrada y salida de aire. Mucosas hidratadas. No se percibe desviación, obstrucción u otra anormalidad.

Tórax y pulmones: Tórax simétrico con adecuada mecánica respiratoria. Ruidos respiratorios normales sin presencia de sibilancias, estertores u otros.

Sistema cardiovascular: Sistema cardiovascular sin alteraciones aparentes. Ruidos cardiacos normales.

Sistema vascular periférico: Extremidades superiores simétricas, íntegras, adecuada coloración e hidratación, adecuados arcos de movilidad. Adecuada implantación ungueal. Llenado capilar 1". Extremidades inferiores simétricas, adecuada coloración e hidratación, adecuados arcos de movilidad. Reflejos rotulianos normales, sin presencia de edema. Llenado capilar 1".

2. Mantenimiento de una ingesta suficiente de agua:

a. Hábitos de salud:

Acostumbra tomar agua natural. Refiere que aproximadamente 500 ml al día, además toma una taza de café al día y una taza de leche entera al día.

Entre los líquidos que le gustan y/o desagradan, refiere que no le gusta el agua simple, le gusta la leche, y agua de frutas, refresco, jugos naturales o embotellados y café.

b. Revisión por sistemas

Mucosas con adecuado estado de hidratación. Piel íntegra, adecuadamente hidratada.

3. Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos:

a. Hábitos de salud:

Refiere realizar 3 comidas durante el día, con colaciones esporádicas (a veces las realiza y a veces no). Consume leche todos los días, carne tres veces por semana, huevo tres veces por semana, verduras todos los días de la semana, frutas cuatro veces por semana, leguminosas tres veces a la semana, cereales cinco veces por semana, tortillas todos los días en al menos dos de tres comidas, consumiendo al menos ocho tortillas al día, come pan dos veces por semana, quesos tres veces por semana, embutidos tres veces por semana, adiciona sus alimentos con sal siempre, consume azúcares todos los días, toma café seis veces por semana y jugos embotellados dos días a la semana. No existen variantes dietéticas culturales, religiosas, o médicas.

Suplementos alimenticios (vitaminas, minerales): Toma ácido fólico 0.4 mg cada 24 horas y fumarato ferroso 200 mg cada 24 horas.

Refiere problemas relacionados con la ingestión/digestión por estreñimiento ocasional. Supervivencia y recompensa es el sentido le da a la comida. Regularmente desayuna con sus padres en su casa, come sola en su casa o a veces con ambos padres en el puesto, y cena con su mamá en casa, emplea entre 30-60 minutos para cada comida.

	Horarios	Alimentos
Desayuno	10:00	Café, fruta o pan, cereal.
Comida	16:00	Guisado de carne con verduras y sopa
Cena	21:00	Pan, o sobrante del desayuno, leche

Tabla 8. Elaborada por Erika Islas. Horarios de alimentación. Extraída de instrumento de valoración Perinatal

b. Revisión por sistemas

Boca: Cavidad oral íntegra, piezas dentarias completas, gingivitis, presencia de placa dentobacteriana. Halitosis. Niega endodoncias, no se observan úlceras. No utiliza prótesis dental. Tiene cuatro caries en molares. No hay piezas dentales flojas. Se observa sarro en toda la cavidad oral.

Garganta: Faringe sin inflamación visible ni palpable, niega disfagia, niega dolor abdominal, niega acidez.

Aparato digestivo: Refiere náusea que inicia aproximadamente 10 minutos antes de ingresar al servicio de Tococirugía, no presenta vómito, poca tolerancia a ingesta alimenticia, adecuada tolerancia a líquidos claros. Refiere estreñimiento desde hace 2 días.

4. Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación urinaria e intestinal:

Intestinal: Refiere evacuaciones de consistencia dura, una evacuación al día o cada dos días. Última evacuación ayer por la tarde (menos de 24 horas).

Ha presentado problemas en la eliminación intestinal como estreñimiento e inflamación. Refiere que consume frutas y capsulas naturistas de fibra para mejorar su eliminación.

Vesical: Adecuada eliminación urinaria, no refiere datos de urosepsis. Orina clara, adecuada densidad y olor. Aproximadamente 150 cc. Patrón de orina 6-8 / 24 horas.

No ha presentado problemas en la eliminación vesical. Ingiere agua simple y de jamaica para mejorar su eliminación urinaria.

5. Equilibrio entre actividad y reposo.

a. Hábitos de salud

El tipo de actividad que realiza en casa son en su mayor parte labores domésticas, hacer limpieza, hacer la comida, lavar ropa.

En su tiempo libre Guadalupe suele salir a caminar y ver televisión. Sus periodos de sueño por las noches son de 8-9 horas, pero suele tomar siestas vespertinas. Refiere que siente sueño casi todo el día. Su sensación al despertar es de pesadez, adinamia.

Presenta dificultades para conciliar el sueño. Lo resuelve mediante cambios de posición, almohadas y consumiendo avena.

b. Revisión por sistemas

Sistema músculo esquelético: Se palpa fuerza. Debilidad leve. Tono muscular adecuado
Gama de movimientos: Adecuados arcos de movilidad. Dolor a la contracción de musculatura uterina. No se detectan tumefacciones ni deformaciones.

Sistema neurológico: Estado de conciencia con Glasgow 15/15 No presenta entumecimiento, hormigueos ni sensibilidad al calor. Presenta sensibilidad al frío., al tacto. No se detectan movimientos anormales ni parálisis. Niega vértigo, cefalea, ni alteraciones de la memoria. Reflejos adecuados

6. Equilibrio entre soledad y la comunicación social.

a. Hábitos de salud

La comunicación verbal fue directa, abierta, no fue clara y fue evasiva. Muestra inseguridad al hablar y responder preguntas. Tono de voz muy bajo.

Dentro de sus habilidades de comunicación, Guadalupe muestra escucha activa. No se identifican barreras idiomáticas, pero sí tartamudeos. Existe comunicación no verbal y contacto visual. El lenguaje corporal no está presente. Tono de voz bajo.

Muestra mecanismos de defensa tales como inhibición y negación. En la valoración de sus interacciones sociales, refiere no pertenecer a ningún grupo social, deportivo ni cultural. Convive esencialmente con sus padres y familia política.

b. Revisión por sistemas

Oído: Sin dolor ni secreción. No se detecta aumento o disminución de audición. Niega Acúfenos.

Ojos: Sin dolor. Lagrimeo presente. Sin secreción. Ojos simétricos, pupilas isocóricas.

Sin edema. No usa lentes de corrección, pero refiere visión borrosa. Sin nictalopía ni daltonismo.

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

a. Prácticas de Seguridad Personal:

Guadalupe refiere conocer las medidas de prevención de accidentes en su trabajo, en casa y en la calle.

No acostumbra realizar revisiones de salud periódicas recomendados para cada edad y medidas terapéuticas, las realiza sólo cuando es necesario. No se ha realizado nunca antes autoexploración de mamas. Hace más de 3 años de su última revisión dental. Refiere no tener afecciones oftalmológicas.

Menciona que conoce las medidas de autocontrol para prevenir enfermedades tales como la importancia de mantener adecuados hábitos alimenticios, hábitos higiénicos, y hacer ejercicio o actividad física moderada. Al preguntar acerca del manejo de las situaciones de tensión en su vida: Sí experimenta auto enfado y enfado con los demás. Llega a culpar a otros, intenta habla con las personas. Niega ansiedad. Entre las actividades que realiza para manejar las situaciones estresantes, Guadalupe reza, lee la biblia, escucha música. Menciona que siente baja autoestima. No practica ningún deporte.

b. Concepto de su autoimagen

El embarazo es un cambio físico que ha alterado su autoimagen. Se percibe como una mujer joven, muy pequeña para ser madre, insegura, con miedo.

Practica el catolicismo, acude a misa cada domingo, cree en Dios. Se expresa a disgusto con su imagen corporal por el aumento de peso. No consume medicamentos. Toma ácido fólico 0.4 mg cada 24 horas y fumarato ferroso 200 mg cada 24 horas. No consume drogas, alcohol, ni tabaco. Sí consume café diario, té y refrescos ocasionalmente.

8. Promoción del funcionamiento humano, y el desarrollo dentro de los grupos sociales de acuerdo al potencial humano.

a. Hábitos de salud

Realiza baño diario, cambio de ropa diario. Aseo bucal diario tres veces al día, aseo perineal diario. Realiza lavado de manos después de ir al baño, antes de comer. Usa shampoo comercial, zacate y jabón para realizar su higiene personal, que comparte con su familia.

En su estado emocional se encuentra ansiosa, nerviosa, manifiesta miedo e incertidumbre.

Relativo a su relación o comunicación con los demás menciona que tiene una buena relación con su familia materna, familia de la ex pareja y amigos de la escuela en la que estudiaba. Mala relación con su expareja.

b. Revisión por aparatos y sistemas

Piel: Se observan erupciones tipo Acné, no se observan heridas. Turgente. Sin protuberancias, masas ni cambio de color u olor.

Cabello con distribución homogénea y cantidad abundante. No se observa parasitosis en el cuero cabelludo tales como presencia de piojos o tiña.

Uñas: Buen aspecto general, adecuada implantación, sin fragilidad, crecimiento normal, sin datos de malnutrición.

Mamas: Simétricas, pezón formado. Lactopoyesis presente. Ganglios sin alteración aparente. Refiere dolor de 2/10 en escala EVA a la palpación.

Genitales: Aspecto general acorde a sexo y edad sin presencia de condilomas internos ni externos, adecuado estado de hidratación. No se visualizan datos de infección. Flujo cristalino no fétido ni pruriticante.

4.1 Esquema Metodológico.

III. Requisito de Autocuidado

según Etapa de Desarrollo

Embarazo Adolescente

II. Requisitos de autocuidado universal.

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

VII. Agencia De Autocuidado

En Vías De Desarrollo. No estabilizado

Demandas de Autocuidado:

. Mayor a la capacidad de autocuidado.

Sistema De Enfermería.

- Parcialmente compensatorio.
- Apoyo - educación.

I. Unidad de Observación

Guadalupe C. N., adolescente, G I, embarazo de 37.5 semanas de gestación **en trabajo de parto en fase activa**, déficit de adaptación al proceso del trabajo de parto.

IV. Requisitos de Autocuidado en la desviación de la Salud.

Busca y asegura ayuda
Presta atención a los efectos y resultados de su estado de salud regularmente
Lleva a cabo algunas medidas preventivas
Ha aprendido a vivir con los efectos de su condición actual

V. Factores Básicos Condicionantes.

- Edad: 13 años.
- Escolaridad: Primaria terminada.
- Estado del desarrollo: Adolescencia.
- Estado de salud: Embarazo de término, trabajo de parto fase activa.
- Factor ambiental: Unidad Tocoquirúrgica.
- Factores del sistema de salud: Hospital Regional de Tula
- Factores del sistema familiar: Familia nuclear, abuela paterna con hipertensión arterial.
- Factor sociocultural: Rural.
- Factor socioeconómico: Bajo.
- Patrón de vida: Abandonó la escuela. Labores propias del hogar.

VI. Exposición de riesgos

Maternos:
Alteración del estado emocional
Ansiedad/miedo
Distocia del trabajo de parto
Expulsivo prolongado
Hemorragia postparto.
Fetales:
Pérdida del bienestar fetal.
Asfisia perinatal.

4.2 Jerarquización de Problemas

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

Tabla 9. Elaborada por Erika Islas. Jerarquización de problemas en el Proceso de Atención de Enfermería.

4.3 Diagnósticos de Enfermería

1. Déficit de adaptación al trabajo de parto relacionado con intolerancia a la actividad uterina y limitación para comprender lo que le sucede manifestado por expresión verbal de miedo y deseos de que termine, imposibilidad para poder respirar adecuadamente mientras se para, camina, o realiza cualquier clase de movimiento fuera de la cama, molestias que se agudizan en la región lumbar inadecuado patrón respiratorio, agotamiento físico y poca receptividad a indicaciones.
2. Incapacidad para adoptar posiciones verticales relacionado con desconocimiento de mecánica corporal durante el trabajo de parto manifestado por temor a levantarse de la cama, mantener la fuerza de las piernas durante la contracción.
3. Alteración del estado emocional relacionado con desconocimiento de su derecho a tener un acompañante en el trabajo de parto y proceso de transición a la

maternidad no planeado manifestado por deseos de estar acompañada, expresión verbal, estado de temor y ansiedad.

4. Riesgo de alteración del bienestar físico materno-fetal relacionado con desconocimiento y negación del proceso del trabajo de parto.
5. Riesgo de pérdida de integridad tisular perineal relacionado con resistencia perineal por estado de desarrollo (adolescente), primigesta.

4.4 Plan de Intervenciones

Requisito afectado: Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.

Valoración.

Guadalupe tiene limitación para comprender lo que le sucede, lo cual le dificulta relajarse y concentrarse en su respiración, sostiene una respiración entrecortada y superficial. Aunado a ello, Guadalupe refiere sentir miedo, expresa deseos de que termine y relaciona la intensidad del proceso con la imposibilidad para poder respirar adecuadamente mientras se para, camina, o realiza cualquier clase de movimiento fuera de la cama, expresa molestias que se agudizan en la región lumbar.

Antes y durante las contracciones muestra desesperación, y su patrón respiratorio se ve alterado; realiza respiraciones pausadas y luego respiraciones muy rápidas, tiene periodos de apnea durante la contracción.

A la exploración física se encuentra consciente, tegumentos semihidratados, signos vitales: tensión arterial 127/70 mm Hg, frecuencia cardiaca: 103 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 26 respiraciones por minuto, temperatura: 36.4 grados centígrados, llenado capilar en 2 segundos, campos pulmonares ventilados, cansancio notorio en sus facies, miembros inferiores sin edema.

Diagnóstico de enfermería.

Déficit de adaptación al trabajo de parto relacionado con intolerancia a la actividad uterina y limitación para comprender lo que le sucede manifestado por expresión verbal de miedo y deseos de que termine, imposibilidad para poder respirar adecuadamente mientras se para, camina, o realiza cualquier clase de movimiento fuera de la cama, molestias que se agudizan

en la región lumbar inadecuado patrón respiratorio, agotamiento físico y poca receptividad a indicaciones.	
Sistema de enfermería. Parcialmente compensatorio. / De apoyo educativo	
Objetivo de Guadalupe	Objetivo de la Enfermera Perinatal.
<ul style="list-style-type: none"> ● Que su bebé nazca ● Ayudar a su bebé a nacer 	<ul style="list-style-type: none"> ● Que Guadalupe tenga un parto seguro y respetado. ● Prevenir complicaciones en la diada materno-fetal mediante la adaptación gradual a las demandas del trabajo de parto ● Favorecer el adecuado patrón respiratorio. ● Disminuir estado emocional alterado mediante la orientación y acompañamiento. ● Lograr que Guadalupe tenga una experiencia positiva del trabajo de parto.
Ejecución.	
Intervención: Establecer comunicación efectiva.	Fundamentación.
<p>1. Se establece contacto con Guadalupe, rompiendo barreras de comunicación.</p> <p>-Se aborda mientras no hay contracción.</p> <p>Iniciando por la presentación, se le explica a Guadalupe que la finalidad de mi aproximación hacia ella en ese momento es ofrecerle orientación y apoyo para propiciar un parto respetado y seguro, y se le pide su consentimiento para</p>	<p>1. La comunicación:</p> <p>La comunicación es un proceso por el cual se transmite una información entre un emisor y un receptor utilizando un código en común, un canal y en un contexto determinado.</p> <p>Entendemos por barreras en la comunicación, a todos aquellos factores que la impiden, deformando el mensaje u obstaculizando el proceso general de ésta.</p> <p>a) Barreras semánticas: Las barreras semánticas tienen relación con el significado de las palabras. De esta manera, este tipo de</p>

permanecer, acompañarla y orientarla.

barreras explican que no entendamos una palabra, una frase o un discurso. Es decir, dificultan que entendamos un mensaje o le dotemos de un sentido.

- b) Barreras psicológicas: éstas tienen que ver con la situación psicológica concreta del emisor o del receptor del mensaje. Así, este tipo de barreras también tienen relación con los estados emocionales de emisor y/o receptor, que pueden llegar a alterar el mensaje. Los prejuicios también juegan un papel causal en este tipo de barreras de la comunicación, ya que influyen en cómo vemos a los demás y en cómo nos llega su mensaje.
- c) Barreras fisiológicas: Éstas, igual que todas las barreras de la comunicación, dificultan o impiden que el mensaje se transmita con claridad y precisión, pero en este caso se debe a ciertas alteraciones fisiológicas por parte del emisor o el receptor. Es decir, si uno de ellos (o incluso ambos) están bajo un estado alterado, a nivel fisiológico, esto alterará la emisión y/o recepción del mensaje, que quedará distorsionado.
- d) Barreras físicas: Se trata de todas aquellas circunstancias del contexto o medio que dificultan una comunicación fluida y clara. Estamos hablando, por ejemplo, de: ruido, falta de luz, distancia excesiva entre los interlocutores, problemas en los medios que

<p>2. Se proporciona información a Guadalupe acerca del trabajo de parto, los cambios fisiológicos, y la dinámica uterina, así como los beneficios de realizar ejercicios físicos y de respiración en este proceso.</p> <p>-Se le explica con lenguaje no técnico y comprensible la importancia que tiene en este proceso el no permanecer en decúbito dorsal, realizar ejercicios, así como respirar adecuadamente para disminuir riesgos, aumentar la oxigenación a su bebé, y facilitar la dilatación, borramiento, y descenso de su bebé.</p>	<p>se usan para comunicarse (televisión, teléfono, móvil...), etc.</p> <p>e) Barreras administrativas: tienen que ver con los canales a través de los cuales se transmite el mensaje en un proceso comunicativo, así como con las estructuras organizacionales o la planificación en un acto comunicativo. Por ejemplo: sobrecarga de información, pérdida de información, falta de planificación, distorsiones semánticas, comunicación impersonal.³⁰</p> <p>2. El trabajo de parto es un proceso progresivo en el que el cuerpo de la mujer se prepara para expulsar al feto y la placenta. Durante la fase activa del periodo de dilatación y borramiento del trabajo de parto:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Las contracciones se vuelven más fuertes, largas y molestas. ● Las contracciones ocurren más seguido. ● La mujer puede no tener mucho tiempo para relajarse entre una contracción y la siguiente. ● La mujer puede sentir presión en la parte baja de la espalda. ● El cuello uterino se dilata por completo hasta llegar a 10 centímetros.³¹
---	--

3. Se enseñan técnicas de respiración.

Durante cada contracción, tomando de la mano a Guadalupe se enseña cómo debe respirar, se sugiere que al inicio de la contracción tome una respiración profunda y se exhale lentamente. (Se le muestra la técnica de respiración torácica, respiración bloqueada, respiración pequeña superficial, respiración jadeante, y respiración completa, y se le explica que en este periodo usaremos la respiración torácica.)

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

Las siguientes técnicas de respiración resultan útiles para permitir que las fases de dilatación y expulsión sean más

llevaderas:

- Respiración torácica: Se inicia con una respiración forzada y se expande el pecho al inhalar, luego se exhala con lentitud.
- Respiración bloqueada: se inicia con una inspiración profunda y cuando la toma de aire llega al máximo se retiene y se cuenta mentalmente hasta cinco antes de expirar el aire por la boca.
- Respiración pequeña superficial: se inhala, luego se exhala ligeramente con rapidez, sólo debe moverse la parte superior del pecho, mientras el abdomen permanecerá casi inmóvil.
- Respiración jadeante: se inhala y exhala con la boca entreabierta repetidas veces.

4. Se ofrece musicoterapia aromaterapia brindándole diversas opciones de aroma para que ella elija el que más le proporcione sensación de agrado y bienestar. Se usa esencia de limón) para fomentar la relajación.

- Respiración completa: Se realiza una respiración profunda, luego se inspira lentamente expandiendo el pecho y la pared abdominal, posteriormente se expulsa el aire contrayendo el vientre.³²

4. Efectos de la musicoterapia / aromaterapia:

Efectos fisiológicos:

- Presión de la sangre.
- Ritmo cardiaco y pulso.
- Respiración.
- Respuesta galvánica de la piel.
- Respuestas musculares y motrices.
- Movimientos peristálticos del estómago.
- Reflejo pupilar a la luz.
- Aumenta el nivel de resistencia al dolor.
- Según el tipo de música, incrementa la actividad muscular.
- Tiene efectos relajantes.

Efectos intelectuales:

- Desarrollar la capacidad de atención sostenida.
- Facilitan iniciar en la meditación y en la reflexión de un modo agradable.
- Estímulo de la imaginación y capacidad creadora.
- Fuente de placer semejante al juego.
- Ayuda a desarrollar la memoria.

5. INTERVENCIÓN: Aplicación de masoterapia lumbar y sacra.

Acción: Se aplica presión palmar en sacro y crestas iliacas para el manejo del dolor con una intensidad de moderada a alta, siempre a tolerancia de Guadalupe.

Mientras Guadalupe permanecía de pie, en decúbito lateral izquierdo y en cuatro puntos se realiza presión de crestas iliacas, manteniendo la presión durante la contracción y continuando con masaje.

Efectos sociales:

- Provoca y favorece la expresión personal.
- Puede sugerir sentimientos e ideas sin necesidad de palabras.
- Lenguaje analógico.
- Puede ser agente socializante.
- El canto, la danza, la interpretación instrumental en grupo tienden a unir a las personas al expresar sentimientos comunes.³³

5. Los masajes, las compresas calientes y los métodos manuales térmicos pueden contribuir a reducir el dolor, disminuir la duración del trabajo de parto y mejorar la sensación de control y la experiencia emocional de las mujeres durante el trabajo de parto.^{34, 35}

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.^{28, 34, 35}

Evaluación.

Guadalupe muestra una mejoría en el patrón respiratorio, su frecuencia respiratoria disminuye a 21 por minuto. Comienza a adaptarse mejor al proceso del trabajo de parto, en cada contracción respira, deja de sostenerse fuertemente, en cada contracción se le nota concentrada en su respiración siempre buscando el contacto físico con su madre. Le es difícil al principio, sin embargo, al realizar las respiraciones juntas y con el apoyo y guía de su madre se adapta y puede tolerar mejor las contracciones.

Le conforta mantener los ojos cerrados, aromaterapia, música de relajación en un volumen discreto, poca iluminación, con aire proporcionado con un abanico improvisado, siempre con el acompañamiento y apoyo de su madre. Guadalupe le pide en algunas ocasiones que le hable. Al sugerir la Masoterapia y presión palmar, la mujer lo duda, sin embargo, conforme avanza el trabajo de parto ella solicita que se presione el sacro y las crestas y además de masaje.

Requisito afectado: Mantenimiento entre la actividad y el reposo.

Valoración.

Guadalupe, con facies de dolor, muestra intolerancia y temor a los cambios de posición. Refiere sentir dolor al levantarse de la cama. Permanece en decúbito dorsal y durante la contracción cambia a decúbito lateral derecho o izquierdo, flexiona las piernas y ejerce presión entre sus muslos. Así mismo, menciona que el dolor lumbar se intensifica cada vez más. Posterior a la contracción vuelve a la posición decúbito dorsal. Se valora dinámica uterina encontrando contracciones de una intensidad de +++, duración de 60-75 segundos, con presencia de cuatro contracciones en 10 minutos. Fondo uterino de 28 cm, frecuencia cardiaca fetal 147 latidos por minuto, feto único vivo, en situación longitudinal, posición dorso a la izquierda y presentación cefálica, se perciben movimientos fetales, genitales acordes a edad y género, al tacto vaginal, cérvix central con 7 cm de dilatación. Bishop de 11, feto en segundo plano de Hodge, no se palpan membranas y variedad de posición occipito anterior izquierdo, guante explorador con restos hemáticos

Diagnóstico de enfermería.

Incapacidad para adoptar posiciones verticales relacionado con desconocimiento de mecánica corporal durante el trabajo de parto manifestado por temor a levantarse de la cama, mantener la fuerza de las piernas durante la contracción

Sistema de enfermería.

Parcialmente compensatorio / De apoyo educativo.

Objetivo de Guadalupe	Objetivo de la Enfermera Perinatal
<ul style="list-style-type: none">● Tolerar el dolor en el trabajo de parto.	<ul style="list-style-type: none">● Guadalupe adoptará diferentes posiciones que favorezcan el descenso y acortamiento de la duración del trabajo de parto.● Ofrecer a Guadalupe mecanismos de movilización que le brinden seguridad, y confort y un mejor manejo del dolor.● Contribuir a la preparación de la pelvis para el periodo expulsivo mediante ejercicios de pelvis móvil.
Ejecución.	Fundamentación.
<p>1. Se le explica a Guadalupe la mecánica corporal de la pelvis mediante un video e imágenes con un dispositivo celular. Así como los beneficios y la importancia de la movilidad durante el trabajo de parto, y evitar la posición en decúbito dorsal para disminuir el temor</p>	<p>1. Ventajas de las posiciones verticales en el trabajo de parto:</p> <ul style="list-style-type: none">● Efectos respiratorios: El peso del útero, bebé, placenta, líquido amniótico y sangre, favorecen que la matriz descienda y no se ejerza presión sobre los pulmones.● Efectos mecánicos y de la gravedad: La acción positiva de las fuerzas de la gravedad favorece el encaje y descenso del feto,

de moverse y levantarse de la cama.

estimándose que la madre gana entre 30 a 40 milímetros de mercurio en valores de presión intrauterina cuando adopta la posición vertical. Esta postura también favorece un mejor acomodamiento del feto para su paso a través de la pelvis. Una vez iniciado el trabajo de parto la inspiración profunda que realiza la mujer hace descender el diafragma, lo cual se complementa con la acción contráctil de la prensa abdominal: entre ambas acciones se impulsa al bebe hacia la abertura vulvar, como única salida. El bebé, una vez iniciado su descenso, estimulado por las contracciones uterinas y por su propio peso, no puede retroceder.

- Disminución de los riesgos de compresión aorto-cava y mejoría de los resultados ácido base en los recién nacidos. Con ello se previene la aparición de dos cuadros que pueden originar sufrimiento fetal, ambos relacionados con la posición de decúbito dorsal de la embarazada: síndrome supino hipotensivo (producido por la compresión de la cava inferior por el útero grávido) y el efecto Poseiro (causado por la compresión de la aorta abdominal y/o arterias iliacas internas contra la columna vertebral por el útero contraído).
- Eficiencia de la combinación matriz prensa abdominal. Se establece una sinergia entre las contracciones uterinas más fuertes y

2. Se motiva y acompaña a realizar ejercicios de movilidad de la pelvis y cambiar de posición sin bajar de la cama, sugiriendo y apoyándola a realizar posiciones que propician movimientos intrínsecos de la pelvis como la nutación sacro iliaca, y rotación iliaca interna y externa, así como la supinación y pronación iliaca, que disminuirán la

eficientes que la posición vertical estimula con el esfuerzo del diafragma y músculos abdominales durante el pujo. Esto implica también menor uso de la oxitocina y menos riesgos de alteraciones de los latidos cardiacos fetales.

- Disminuye la duración del trabajo de parto, tanto la del periodo de dilatación como la del expulsivo.
- La posición vertical disminuye la posibilidad de prolapso de cordón, pues no deja hueco entre la cabeza y el cuello. Aun cuando la bolsa de aguas esté rota y con la presentación no encajada, no se desaconseja la deambulaci3n y la posici3n vertical.³⁶

2. A lo largo del parto, la cabeza del feto se adapta deformándose, lo cual es posible gracias a la maleabilidad de los huesos del cráneo. Más adelante, estos retoman suavemente su forma.

La pelvis materna, ya formada, es mucho más rígida. Sin embargo, dispone de cierta capacidad de movimientos entre los huesos que la componen. Estos movimientos se producen a nivel de las articulaciones propias de la pelvis, provocando una modificaci3n de su forma, en particular de la morfología interior por donde pasa el feto.

sensación de presión lumbar y dolor. Se adopta una posición de “Gaskin” o cuatro puntos y se comienzan los ejercicios.

3. Las intervenciones anteriores se complementan con ejercicios de relajación y respiración anteriormente mencionados en las intervenciones del diagnóstico 1 de enfermería, así como con estimulación cutánea.

En las horas que preceden al parto, estas movi­lidades de la pelvis aumentan excepcionalmente por la presencia de hormonas que provocan que los ligamentos sean más laxos. El hecho de comprender que la pelvis se mueve, pero sobre todo que se deforma en su interior, ya significa un gran paso para no obstaculizar este movimiento en el momento del parto.

Existen diversos movimientos intrínsecos de la pelvis que son útiles trabajar durante el trabajo de parto: nutación sacra, nutación iliaca, contranutación sacra, contranutación iliaca, abducción iliaca, aducción iliaca, rotación interna iliaca, rotación externa iliaca, supinación iliaca, pronación iliaca.³⁷

3. Estimulación cutánea:

Se define como la estimulación de la piel. Se incluyen dentro de este tipo:

- Masaje: Aplicación de presión intensa durante la contracción en la zona lumbar de la gestante con el objetivo de frenar el dolor. Esta presión se puede aplicar con el puño y puede aumentar o disminuir gradualmente según las necesidades de la gestante. Existen estudios^{34, 35} que determinan que la utilización de la técnica del masaje durante el parto favorece la relajación y reduce el dolor, dado que mejora el flujo sanguíneo y la oxigenación de los tejidos. Esta técnica la puede aplicar la pareja o la enfermera perinatal.

<p>4. Se aplica presión manual sobre la cresta ilíaca y pronación ilíaca durante la contracción en posición Gaskin o cuatro puntos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Aplicación superficial de calor o frío: Es una técnica tradicional atenuante del dolor. Durante la dilatación, se puede aplicar calor local en la zona lumbar. La aplicación puede realizarse con una bolsa de caucho con agua caliente, envuelta con una toalla para prevenir quemaduras. También se puede proporcionar calor en las zonas del abdomen, ingle, periné o nalgas. Algunas mujeres prefieren la aplicación de frío, que también puede actuar disminuyendo el dolor. Será necesaria la aplicación con protección de toallas, en caso de frío intenso, para no producir lesiones. Cada mujer deberá decidir qué solución le resulta más efectiva.³² <p>4. Al ejercer una presión sobre las crestas ilíacas, se moviliza la pelvis en el sentido de un acercamiento de las crestas y una separación en la parte baja de la pelvis. Una presión manual en la cresta ilíaca puede provocar una pronación del ilíaco.</p> <p>Si se presionan las crestas ilíacas a nivel de los tubérculos glúteos, el movimiento es una aducción de los ilíacos. Separa los isquiones, abriendo la arcada púbica.³⁷</p>
---	--

Evaluación.

Guadalupe muestra iniciativa para realizar los ejercicios, posiciones, y movimientos propuestos una vez que nota los beneficios de éstos. Realiza movimientos de péndulo, y alterna, notándose más segura de sí misma. Refiere sentirse más cómoda y con menos dolor y ya no tener deseos de permanecer recostada. Muestra mejora en la zona lumbo sacra con las compresas calientes y el masaje que le proporciona su madre, y durante la contracción solicita que sigamos presionando sus crestas iliacas, ya que refiere que dicha acción le proporciona una importante disminución de las molestias.

Requisito afectado: Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.

Valoración.

A su ingreso a la unidad toco quirúrgica, Guadalupe se encuentra sin ningún acompañamiento. Presenta facies de miedo y dolor. Se identifica un estado de ansiedad, temor, miedo y evasión al proceso del trabajo de parto. En seguida Guadalupe expresa la frase “¿Dónde está mi mamita?”.

Diagnóstico de enfermería.

Alteración del estado emocional relacionado con desconocimiento de su derecho a tener un acompañante en el trabajo de parto y proceso de transición a la maternidad no planeado manifestado por deseos de estar acompañada, expresión verbal, estado de temor y ansiedad.

Sistema de enfermería.

Parcialmente compensatorio.

Objetivo de Guadalupe	Objetivo de la Enfermera Perinatal
<ul style="list-style-type: none">● Sentir seguridad.● Disminuir temor y ansiedad.● Tener a su acompañante en todo momento	<ul style="list-style-type: none">● Respetar y respaldar derechos fundamentales de la mujer, los pacientes, y los niños hospitalizados.³⁸● Favorecer la atención respetada, intercultural y segura a Guadalupe.● Evitar la violencia obstétrica.

	<ul style="list-style-type: none"> • Coadyuvar a que Guadalupe tenga una experiencia positiva de parto.
Ejecución.	Fundamentación.
1. De inmediato se solicita el acceso de la madre de Guadalupe.	<p>1. ¿Cuáles son los Derechos del Niño Hospitalizado?</p> <p>La Carta de los Derechos del Niño Hospitalizado, redactada por el Parlamento Europeo en 1986, recoge los principios relacionados con la enfermedad y la hospitalización de todos los menores, sin distinción de sexo, raza, religión o nacionalidad. Se trata de 23 artículos resumidos de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Derecho a que el niño no sea hospitalizado, salvo cuando no pueda recibir los cuidados en casa o en el centro de salud. • Derecho a una hospitalización diurna, siempre y cuando esto no suponga una carga económica adicional para los padres. • Derecho a estar acompañado por sus padres o por las personas que los sustituyan durante su hospitalización. • Derecho del niño a recibir información adaptada a su edad. • Derecho a una recepción y seguimiento. • Derecho a negarse a cualquier propósito que no sea terapéutico. • Derecho de los padres o de las personas que los sustituyan a recibir toda la información relacionada con el estado de salud.

- Derecho de los padres o de las personas que los sustituyan a expresar su conformidad con los tratamientos.
- Derecho de los padres o de las personas que los sustituyan a recibir un tratamiento psicosocial especializado.
- Derecho a no ser sometido a experiencias farmacológicas o terapéuticas.
- Derecho del niño a estar protegido por la Declaración de Helsinki cuando sea sometido a experimentación terapéutica.
- Derecho a no recibir tratamientos médicos inútiles.
- Derecho de contactar con sus padres en los momentos de tensión.
- Derecho a ser tratado con tacto, educación y comprensión.
- Derecho a ser tratado por personal cualificado.
- Derecho a ser hospitalizado a ser posible junto a otros niños.
- Derecho a continuar su formación escolar durante su hospitalización.
- Derecho a disponer de locales equipados según sus necesidades.
- Derecho a disponer de juguetes, libros y medios audiovisuales.
- Derecho a recibir estudios en caso de hospitalización parcial.
- Derecho a la seguridad y la justicia.

2. Al entrar, se le brinda información a la madre de Guadalupe acerca de su estado de salud, y se le solicita que la apoye emocionalmente en su proceso de manera positiva. Se le orienta acerca de la comunicación asertiva, para proporcionar apoyo emocional, mediante elogios y reafirmación para ayudar a Guadalupe a sentirse en control y segura proporcionando una presencia física continua, así como apoyo práctico, incluida la motivación a Guadalupe a que se mueva, hacer masajes y sostener su mano.

- Derecho a recibir ayuda económica, moral y psicosocial.
- Derecho de los padres o de las personas que los sustituyan a solicitar la aplicación de esta Carta en los países que no pertenezcan a la Unión Europea.³⁹

2. La OMS en su documento “Recomendaciones para los cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva”, menciona que se recomienda el acompañamiento durante el parto y trabajo de parto por la persona de su elección.

Es de vital importancia interactuar con el acompañante elegido por la mujer para proporcionarle explicaciones claras sobre cuál es la mejor forma de prestarle apoyo respecto al trabajo de parto y el parto.

Las prácticas no clínicas durante el parto, como el aporte de un apoyo emocional mediante el acompañamiento en el trabajo de parto, la comunicación efectiva y la atención respetuosa, que pueden tener un costo de aplicación bajo, y son componentes esenciales de la experiencia de atención recibida que deben complementar cualquier intervención clínica necesaria para optimizar la calidad de la atención prestada a la mujer y su familia.

La evidencia cuantitativa sobre la efectividad del acompañamiento en el trabajo de parto

	<p>sugiere que este puede reducir las cesáreas en un 25%, los partos vaginales instrumentales en un 10% y el uso de analgesia en un 10%. Parece plausible que estas reducciones pudieran conducir a un ahorro de costos sustancial. ²⁸</p>
--	---

Evaluación.

Una vez que la madre de Guadalupe entra al área de labor y se le otorga información acerca del estado de su hija, así como recomendaciones para brindar acompañamiento y apoyo emocional positivo, Guadalupe muestra disminución en su estado de temor y ansiedad, y comienza a notarse receptiva con las recomendaciones y apoyo educativo que se le brinda. Durante todo el trabajo de parto Guadalupe se apoya en su madre para expresar sus incertidumbres, temores, dudas y deseos.

Al solicitar el ingreso de la madre de Guadalupe, uno de los ginecólogos adscritos menciona que él le había negado el acceso para evitar problemas porque “los familiares son muy aprehensivos”, sin embargo, se logra que acceda al fundamentar la necesidad y el derecho que tiene Guadalupe de que su madre la acompañe.

Requisito afectado: Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar.

Valoración.

Se realiza anamnesis mediante historia clínica a Guadalupe, así como exploración física con la finalidad de detectar los factores de riesgo que presenta. Encontrando los siguientes: Edad extrema (<16 años), embarazo no planeado, sin preparación para el parto, tres consultas prenatales previas, desconoce antecedentes patológicos, no patológicos, y heredofamiliares del padre de su bebé, ingesta deficiente de líquidos claros, ayunos prolongados, no realiza ninguna actividad física ni recreativa, caries sin tratamiento, sin Papanicolaou previo,

condiciones socioeconómicas desfavorables, sin CLAP ni carnet prenatal, procesos familiares disfuncionales, manejo inadecuado de procesos emocionales.

Diagnóstico de enfermería. Riesgo de alteración del bienestar físico materno-fetal relacionado con desconocimiento y negación del proceso del trabajo de parto.

Sistema de enfermería.
De apoyo educativo

Objetivo de Guadalupe

- Aclarar dudas.
- Conocer el proceso por el que atraviesa.
- Conocer los cambios en su cuerpo.
- Disminuir temor y ansiedad.

Objetivo de la Enfermera Perinatal

- Disminuir riesgos obstétricos a través de la identificación oportuna de riesgos.
- Lograr adecuada comunicación e interacción enfermera / mujer para trabajar en conjunto en la disminución de factores de riesgo modificables.
- Establecer vínculo de comunicación con lenguaje claro y comprensible.

Ejecución.

1.- Una vez establecido el circuito de comunicación con Guadalupe, se brinda información acerca de los riesgos obstétricos y fetales, tales como el trabajo de parto prolongado, pérdida de bienestar fetal, necesidad de una cesárea de urgencia, etc, así como las acciones necesarias para disminuirlos significativamente de manera oportuna.

Fundamentación.

1.- El periodo perinatal es uno de los grandes retos a los que se enfrentan los servicios de salud hoy en día, debido a que el embarazo es una de las etapas de mayor morbi-mortalidad a nivel del mundo, se podrá controlar mediante la detección y manejo oportuno de riesgo en pacientes embarazadas.⁴⁰

La Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia constituye una herramienta muy valiosa para el personal obstetra y/o perinatal, y una oportunidad beneficiosa para las gestantes que no lograron

<p>2.- Se explican los cambios en el cuerpo durante el trabajo de parto, así como el proceso del mismo con lenguaje comprensible y se verifica que no existan dudas.</p>	<p>realizar a tiempo su preparación prenatal. La psicoprofilaxis obstétrica de emergencia es la preparación brindada a la gestante faltando pocos días para la fecha probable de parto o la que se ofrece a la parturienta durante su labor de parto. Busca esencialmente la tranquilidad, la colaboración y la participación activa de la gestante y/o parturienta para un mejor control emocional, el cual garantizará un entorno más amigable y seguro para el trabajo de parto y parto, y de este modo, se logra el automatismo (Ausencia de intervención de agentes exteriores en el funcionamiento de un mecanismo o en el desarrollo de un proceso.) de la respuesta condicionada.⁴¹</p> <p>2.- Mientras más joven es la adolescente, son más frecuentes las complicaciones del parto. Esto sería debido principalmente a la falta de desarrollo de la pelvis materna, lo que condicionarán mayor incidencia de desproporción cefalopélvica y de distocias de posición (si el embarazo se produce en los primeros cinco años postmenarquia esto adquiere mayor significación), constituyendo una causa importante de trabajos de parto prolongados y partos operatorios, con el uso de fórceps y cesáreas.⁴²</p>
--	---

<p>3.- Se insiste en visualizar el trabajo de parto y parto como un proceso fisiológico que requiere atención, concentración y trabajo físico y emocional por parte de la madre.</p>	<p>3.-La promoción del parto natural, abre la puerta a la integración de la pareja y familia, el empoderamiento de la mujer y la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. El parto respetado como herramienta para la prevención de la mortalidad materna y la mejora de la salud materno infantil, se basa en tres ideas fundamentales: la primera es que el parto y nacimiento son procesos fisiológicos que por naturaleza la mujer tiene su cuerpo preparado y capacitado, por lo tanto la mujer debe ser la protagonista; la segunda idea es que las herramientas médicas de atención al embarazo y parto son necesarias para salvaguardar la vida y se debe utilizar sólo en caso de emergencia, la tercer idea se refiere a la capacitación y conciencia que deben tener las mujeres para ser madres, ya que la experiencia del parto debe ser satisfactoria.⁴³</p>
<p>4.- Se explica a Guadalupe y a su madre la importancia de la respiración, la movilización, evitar la litotomía, la relajación y la canalización positiva de emociones hacia el proceso que Guadalupe está pasando.</p>	<p>4.-La gestación es una etapa única y especial en cada mujer, independientemente de su condición el adaptarse a los cambios físicos, cognitivos emocionales, va a generar respuestas distintas de acuerdo a diversos factores que la acompañen, incluyendo la edad materna. El embarazo en adolescentes, es considerado de alto riesgo, porque este grupo de mujeres no ha terminado su maduración biológica ni psicológica, por lo que, tiene</p>

<p>5.- Se busca en todo momento mantener acompañamiento y comunicación activa con Guadalupe para de este modo brindar seguridad y disminuir estados emocionales alterados que impliquen riesgos para la diada materno / fetal.</p> <p>6. Valoración periódica de la evolución del trabajo de parto y condiciones obstétricas y fetales.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vigilancia manual de dinámica uterina cada hora. -Auscultación intermitente de frecuencia cardiaca fetal cada 15 - 30 minutos. -Tacto vaginal sólo en caso de ser necesario (o cada 4 horas) -Vigilancia de constantes vitales cada dos horas. 	<p>más probabilidades de hacer complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio o de culminar en un parto por cesárea.^{41,42,43}</p> <p>5.- Las actitudes de las adolescentes que se enfrentan al desarrollo materno infantil están muy influenciadas por las etapas de la vida que está viviendo. Desarrollo adolescente, prestan más atención a sus necesidades personales y no consideran el hecho de que convierten el embarazo en una madre. Los adolescentes, entre las edades de 14 y 16 años, cambian con frecuencia entre la felicidad y la depresión, incorporando una actitud de autocuidado hacia su propia salud y la salud de sus hijos.⁴³</p> <p>6. En todo establecimiento para la atención médica se deben aplicar las normas y procedimientos para la atención del parto y favorecer la seguridad emocional de la mujer, así como su bienestar durante todo el proceso, siendo prioritario facilitar el parto. Estas medidas procuran la atención de calidad y respeto al derecho de la mujer a un parto espontáneo, así como reducir el índice de cesáreas, morbimortalidad y el riesgo de complicaciones a largo plazo.</p> <p>Las contracciones uterinas se deben monitorear cada 30 a 60 minutos por periodos de 10 minutos con la mano extendida sobre el abdomen materno, sin presionar. La frecuencia cardiaca fetal debe</p>
---	---

<p>-Brindar en todo momento información a Guadalupe y su madre acerca de las acciones realizadas, y solicitar su consentimiento previamente.</p> <p>-Favorecer la micción espontánea</p>	<p>auscultarse antes, durante y después de las contracciones y se sugiere un control cada 30 a 45 minutos. La basal se tomará entre contracciones, son valores normales 120 a 160 latidos por minuto. Valores entre 100 a 119 latidos por minuto señalan bradicardia y valores por arriba de 160 latidos por minuto indican taquicardia, ambos signos de hipoxia leve.</p> <p>El registro e interpretación de los signos vitales (pulso, presión arterial, temperatura y frecuencia respiratoria) deben hacerse cada dos horas, de acuerdo a las condiciones clínicas de la paciente.^{44,}</p> <p>45</p>
--	---

Evaluación.

El soporte emocional continuo que se brindó a Guadalupe tomando en cuenta su estado de desarrollo (adolescente) fue fundamental para lograr el cambio de actitud y contar con su participación activa durante el trabajo del parto. El lograr un parto vaginal en una mujer embarazada con factores de alto riesgo con buenos resultados materno perinatales, permitió ofrecer al binomio: el apego inmediato, el pinzamiento y corte tardío del cordón umbilical y el inicio temprano de la lactancia materna. La comunicación eficaz y el apoyo psicoemocional, constituye herramienta valiosa para reducir la morbilidad materna y perinatal, y contribuye a una mejor evolución del trabajo de parto con bienestar materno fetal.

Requisito afectado: Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar.	
<p>Valoración.</p> <p>Guadalupe, gesta 1. A la exploración física, genitales íntegros acorde a sexo y edad. Se observa periné íntegro, ligeramente acortado. Se valora la elasticidad del periné durante el tacto vaginal encontrando ligera resistencia muscular.</p>	
Diagnóstico de enfermería. Riesgo de pérdida de integridad tisular perineal relacionado con resistencia perineal por estado de desarrollo (adolescente), primigesta.	
<p>Sistema de enfermería.</p> <p>Parcialmente compensatorio</p>	
Objetivo de Guadalupe	Objetivo de la Enfermera Perinatal.
<ul style="list-style-type: none"> • Tener un parto sin complicaciones. • Expresa verbalmente no desear episiotomía y temor a la sutura vaginal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Disminuir el riesgo de trauma perineal durante el parto mediante técnicas no invasivas basadas en evidencia. • Brindar confianza a Guadalupe en el periodo expulsivo mediante el uso de medidas de protección perineal. • Fomentar la elasticidad del tejido perineal.
Ejecución.	Fundamentación.
1.- Se explica a Guadalupe acerca de los riesgos existentes de sufrir desgarro perineal, vaginal o parauretral durante el parto, así como algunas de las medidas disponibles para disminuir los riesgos. Y se pide su consentimiento para realizarlos.	La OMS recomienda: En el caso de mujeres en el período expulsivo, se recomiendan técnicas para reducir el traumatismo perineal y facilitar el nacimiento espontáneo (inclusive los masajes perineales, compresas tibias y conducta de protección activa del perineo), en función de las preferencias de la mujer y las opciones disponibles.

<p>2.- Se enseñan técnicas de masaje perineal y digito presión con previo consentimiento, al tener 9 cm de dilatación. Se realizan masajes mediante la técnica estándar con aplicación de gel lubricante por lapsos de 5-10 minutos de masaje / 20 minutos de descanso (usando este tiempo para la aplicación de calor local.</p> <p>Técnica estándar de masaje perineal: Inserción de uno o dos dedos en el interior de la vagina a unos 3-4 cm, llevando a cabo una presión suave sobre el perineo y deslizándolo hacia afuera y hacia los lados.⁴⁴</p>	<p>El masaje del periné con lubricante durante la segunda fase del trabajo de parto no solo reduce la duración de la misma, sino que también aumenta las posibilidades de preservar el periné, principalmente por la reducción de la frecuencia de la episiotomía, siendo por ello, una intervención pertinente en la práctica de la especialista perinatal. La evidencia existente sugiere que el masaje perineal puede aumentar la probabilidad de que se mantenga indemne el periné y reducir el riesgo de desgarros perineales graves (evidencia de calidad moderada); que las compresas tibias perineales reducen los desgarros perineales de tercer y cuarto grado (evidencia de calidad moderada), y que es probable que un enfoque de protección reduzca los desgarros perineales de primer grado.^{46,47}</p> <p>El masaje del perineo con vaselina durante la segunda fase del trabajo de parto no solo reduce la duración de la misma, sino que también aumenta las posibilidades de preservar el perineo, principalmente por la reducción de la frecuencia de la episiotomía, siendo por ello, una intervención pertinente en la práctica de la matrona.⁴⁶</p>
<p>3.- Al completar 10 cm de dilatación y 100% de borramiento, se aplica calor local mediante una compresa caliente (38°C a 44°C medidos mediante termómetro digital) en contacto con periné y vulva durante las</p>	<p>3.- Para realizar la aplicación de calor en el periné se suelen utilizar compresas o gasas húmedas y calientes durante la segunda etapa del parto, aunque también se puede utilizar la inmersión en agua caliente y almohadillas de calor seco. Esta aplicación de calor local directo produce una vasodilatación, con</p>

contracciones y siempre a tolerancia de Guadalupe sin pasar 30 segundos cada aplicación hasta que el feto se encuentra en IV plano de Hodge y es preciso realizar protección del periné mediante maniobras manuales. En el caso de Guadalupe se empleó maniobra Vieneses.

un aumento importante de aporte sanguíneo a los tejidos. También mejora el drenaje venoso y linfático de la zona y actúa sobre las fibras de colágeno produciendo un aumento de la elasticidad tisular, disminuye el tono muscular y el calor produce un efecto analgésico.⁴⁸

La revisión sistemática “Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma”, arrojó que las mujeres que recibieron compresas tibias en comparación con las que no las recibieron o que no recibieron compresas tibias tuvieron, en promedio, menos probabilidades de presentar desgarramiento perineal de tercer o cuarto grado. El uso de compresas calientes dio lugar a una reducción del número promedio de desgarramientos de tercer y cuarto grado (RR promedio 0,46; IC del 95%: 0,27 a 0,79; cuatro estudios, 1799 mujeres). Esta evidencia se calificó como de calidad moderada.⁴⁶

En el meta análisis: “Warm perineal compresses during the second stage of labor for reducing perineal trauma”⁴⁹, se menciona que el grupo de estudio (grupo de compresas tibias) había recibido la atención habitual durante el trabajo de parto hasta la segunda etapa del trabajo de parto y luego los investigadores aplicaron compresas perineales tibias en el perineo de las mujeres durante toda la segunda etapa del trabajo de parto. La compresa perineal tibia aplicada se realizó de la siguiente manera:

-Se llenó un recipiente de metal estéril con agua tibia (45 °C-59 °C)

-Luego se empapó una toalla estéril en el agua y se apretó antes de colocarla suavemente sobre el perineo durante cada contracción uterina.

-La temperatura varió de 38°C a 44°C durante su aplicación.

-Entre las contracciones, la toalla se volvió a remojar en agua para mantener el calor y luego se volvió a aplicar.

-El agua del recipiente de metal se reemplazaba cada 15 minutos hasta la entrega o si la temperatura descendía por debajo de los 45 °C

Por otro lado, en el ensayo clínico aleatorizado titulado “Aplicación de termoterapia en el periné para reducir el dolor perineal durante el parto”⁵⁰, se describen técnicas de uso de calor húmedo y calor seco en periné

-Cuando la presentación fetal alcanzó el III plano de Hodge, a las gestantes se les aplicó en el periné calor húmedo mediante compresas mojadas con agua caliente a 45° y escurridas.

-A las gestantes que se les aplicó calor seco esta intervención fue realizada con compresas cold-hot de gel, que se calentaron en el microondas a 600 W durante 30 segundos y se envolvieron en un campo seco.

En el Ensayo Clínico Aleatorizado titulado “The Effect of Perineal Warm Application on Perineal Pain, Perineal Integrity, and Postpartum Comfort in the Second Stage of Labor.”, se encontró que la integridad del perineo era significativamente mayor en el grupo de aplicación de calor en comparación con el grupo de control. La necesidad de sutura perineal fue significativamente mayor en el grupo de control que en el grupo de aplicación de calor. En el estudio. Por lo que en la segunda etapa del trabajo de parto se encontró que la aplicación de calor disminuye el dolor perineal, mantiene la integridad perineal y mejora el confort posparto.⁴⁷

Evaluación.

Guadalupe aceptó la implementación de masaje perineal anteparto, así como la aplicación local de calor. Posterior al parto se realizó la revisión de cérvix, periné, y canal vaginal, encontrando solo una laceración en pared vaginal no sangrante, que no requirió sutura. El resultado de la aplicación de técnicas de protección de periné en el trabajo de parto y periodo expulsivo resultó satisfactorio para Guadalupe.

Guadalupe aceptó estas técnicas perineales preventivas de bajo costo y valoró altamente los resultados que éstas aportaron.

4.5 Plan de Alta

Agente de autocuidado: Guadalupe C. N.

Edad: 13 años.

Área: Área de recuperación de la Unidad Toco quirúrgica.

Diagnóstico: Puerperio fisiológico inmediato.

-Problemas clínicos pendientes

Vigilancia del puerperio

Cita Guadalupe: 04/12/2019 en ginecología.

***Valoración de la primera semana de vida

Cita a la persona recién nacida: 02/12/2019 a las 10:00 en pediatría para tamiz metabólico, tamiz auditivo, tamiz cardíaco, y aplicación de vacunas BCG y Hepatitis B.

-Plan de manejo y tratamiento

- Paracetamol tabletas de 500 mg vía oral. Tomar una tableta cada 8 horas en caso de dolor.

-Recomendaciones para la vigilancia ambulatoria

1. Dieta normal, rica en proteínas (carne, huevos), alta en hierro (verduras de hojas verdes) y vitamina c (cítricos), baja en grasas e irritantes; tres comidas y dos colaciones al día con abundantes líquidos (agua fresca 2-3 litros al día), evitar consumo frecuente de azúcar, harinas, pan, pastas, dulces, chocolates, café y bebidas azucaradas (refrescos, jugos naturales ni industrializados); no consumir alcohol, tabaco u otras drogas, ni medicamentos que no le hayan sido recetados.

2. Baño diario con agua tibia y jabón neutro; cambio de ropa diario y utilizar ropa interior de algodón.

3. Alimentación del recién nacido: seno materno a libre demanda; no más de tres horas entre toma y toma; mínimo ocho tomas al día e idealmente cada dos horas, durante veinte minutos en cada pecho como mínimo y posteriormente hacer eructar.

4. Cuidado de muñón umbilical y sutura vaginal: lavar diariamente con agua tibia y jabón neutro, secar sin tallar con una toalla de algodón que no deje pelusa y evitar la humedad

Acudir a centro de salud o unidad correspondiente lo más pronto posible para la aplicación de las vacunas que le corresponden a su recién nacido (b.c.g. y hepatitis b).

Cita abierta a urgencias ante cualquier dato de alarma de mamá o bebé.

-Atención de factores de riesgo y datos de alarma

1. Señales de alarma en el puerperio: fiebre (temperatura mayor a 38°C), escalofríos, dolor de cabeza, zumbido de oídos, que vea lucécitas o manchas negras, dificultad para respirar, náusea, mareo, vómito, dolor en el pecho, dolor en mamas (duras, calientes o muy llenas), dolor en el estómago, molestias urinarias (orina mal oliente, concentrada, dolor o ardor al orinar), sangrado (abundante, mal oliente, flujo abundante, mal oliente, ardor o comezón), hinchazón de pies, manos y/o cara.

2. Señales de alarma a la persona recién nacida: fiebre (temperatura mayor a 38° C), fontanela deprimida (mollera hundida), boca seca, deficiencia de alimentación del seno materno, falta de respuesta a estímulos, llanto inconsolable o sin lágrimas, palidez o labios morados, color amarillo en su piel, vómito, dificultad para respirar, diarrea, eliminación urinaria e intestinal en 12 horas, presencia de sangre en evacuaciones.

3. Vigilar datos de infección: en sutura vaginal y el cordón umbilical: dolor, hinchazón, calor, enrojecimiento, pus y/o mal olor.

*****Se refuerzan señales de alarma, cita abierta a triage*****

5. Conclusiones Y Recomendaciones

5.1 Conclusiones:

El presente estudio de caso es una herramienta para fundamentar el impacto positivo del actuar de la especialista perinatal en la morbi – mortalidad materna y perinatal, así como en el mejoramiento de la experiencia de parto en una mujer con múltiples factores de riesgo, y los beneficios que conllevan dichas intervenciones al ser limitadas, fundamentadas en evidencia, basadas en el respeto, la comunicación, el acompañamiento y el otorgamiento del protagonismo a la mujer en el proceso perinatal.

La inserción de la especialista perinatal y personal calificado y sensibilizado con el parto respetado, en todos los niveles de atención es fundamental para garantizar una disminución en la tasa de cesáreas, partos instrumentados, realización de intervenciones de rutinas que ya no son recomendadas, entre muchas otras prácticas innecesarias y de este modo mejorar la experiencia del parto y nacimiento de la mujer y su bebé.

Es necesario visualizar el gran alcance que puede tener que cada mujer reciba atención especializada e individualizada, con un modelo de atención, que ofrezca seguridad, respeto y acompañamiento emocional continuo. Que se garantice brindar esta atención a toda mujer adolescente en el proceso perinatal, creando un ambiente seguro y cómodo para ella y su bebé que le permita adaptarse adecuadamente a la transición a la maternidad.

Es fundamental apropiarnos y responsabilizarnos de nuestro actuar como personal preparado y calificado, para lograr el cambio de actitud y contar con la participación activa durante el proceso del parto y posparto del equipo multidisciplinario, y de las mujeres que requieren, o solicitan atención.

El lograr que Guadalupe tuviera un parto vaginal, considerando que se encuentra en un sector vulnerable, al ser una mujer adolescente con diversos factores de riesgo biopsicosociales, obteniendo buenos resultados maternos perinatales permitió ofrecer al recién nacido: el apego inmediato, el pinzamiento y corte tardío del cordón umbilical

y el inicio temprano de la lactancia materna. Así como llevar a cabo las recomendaciones de la OMS para una experiencia de parto positiva.

5.2 Recomendaciones

Es necesario e importante que los profesionales de salud que brindan atención a mujeres y adolescentes gestantes cuenten con la preparación y sensibilización necesaria, debido al gran impacto que las competencias desarrolladas y aplicadas pueden tener en el proceso perinatal y la vida del binomio madre / hijo. La atención integral, humanizada y basada en un vínculo de confianza y comunicación del profesional de salud a la mujer gestante, (incluidas las adolescentes) y sus familias, sigue constituyendo un gran desafío para la mejora de la calidad de la atención de las instituciones de salud, así como para todas las usuarias de los servicios de salud, quienes, en muchas ocasiones, al no conocer, exigir, o ejercer sus derechos, se vuelven víctimas de la violencia obstétrica que ha aquejado a nuestro país por muchos años. Siempre debemos tener presente la autonomía de la mujer en su proceso.

Necesitamos fundamentar nuestro actuar profesional apoyados en la medicina y enfermería basada en evidencia. De este modo estaremos labrando el sendero hacia una atención perinatal óptima que reduzca significativamente la incidencia en complicaciones y mortalidad materno-neonatal.

Los sistemas de salud pública tienen una fuerte deficiencia de personal capacitado, actualizado, y preparado para responder a las demandas sociales actuales: La autonomía y la no violencia a la mujer, el parto fisiológico, la necesidad e importancia de reducir el número de cesáreas, la prevención, y atención del embarazo adolescente, la disminución del intervencionismo médico cuando no es necesario, etc.

Referencias

1. Aktin L, Keith K, Rees M, Sesia P. Fortalecer la partería: Una deuda pendiente con las mujeres de México, 2017,(1). Disponible en: https://mexico.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Parteria_en_Mexico.pdf
2. Grupo Interinstitucional Para la Prevención Del Embarazo en Adolescentes. Estrategia Nacional Para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA), 2020;(1) 125,126.
3. Poder Ejecutivo del Gobierno del Estado de Hidalgo. (20 de Julio de 2020). Periódico Oficial del Estado de Hidalgo. Recuperado el 30 de 07 de 2020, de <https://cutt.ly/chWITTU>
4. Organización Mundial de la Salud. (31 de Enero de 2020). El embarazo en la adolescencia. Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 18 de Febrero de 2020, de <https://cutt.ly/HhWUOdG>
5. Organización Mundial de la Salud. (15 de Septiembre de 2022) Embarazo adolescente. Datos y cifras. Recuperado el 25 de noviembre de 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
6. INEGI. (2021). INEGI.org.mx. Recuperado el 03 de Marzo de 2022, de <https://cutt.ly/1hWUeT9>
7. Instituto Nacional de las Mujeres. (10 de Mayo de 2019). Las Madres en Cifras. Recuperado el 28 de Enero de 2020, de <https://cutt.ly/zhWUrne>
8. INEGI. (2021). INEGI.org.mx. Recuperado el 03 de Marzo de 2022, de <https://cutt.ly/1hWUeT9>
9. Mora-Cancino, A. M., & Hernandez-Valencia, M. (Febrero de 2015). Embarazo en la adolescencia. Ginecol Obstet Mex, 294-301. Recuperado el 30 de Noviembre de 2019, de <https://cutt.ly/fhWTT1r>

10. OMS. (2019). Desarrollo en la adolescencia. Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 30 Noviembre de 2019, de <https://cutt.ly/QhWUTxL>
11. Organización Mundial de la Salud. (Febrero 2018). El embarazo en la adolescencia. Recuperado el 28 de Diciembre de 2019, de <https://cutt.ly/KhWUBKg>
12. Diario Oficial de la Federación. DECRETO por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Abril 2020. Recuperado el 29/08/2021. Disponible en https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5591565&fecha=13%2F04%2F2020#gsc.tab=0
13. Hospital General de México. Guías Diagnósticas de Salud Mental. 2014. (1) Disponible en: https://hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/salud/1trastornos_adaptativos.pdf
14. Almaguer, José Alejandro, et al. "Nacimiento Humanizado. Aportes de La Atención Intercultural a Las Mujeres En El Embarazo, Parto Y Puerperio." Género Y Salud En Cifras, vol. 10, no. 2/3, May 2012, www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/245170/Nacimientohumanizado.pdf. Accessed 3 Dec. 2021.
15. Decreto Núm. 145 expedido por la LXXV Legislatura 1 LEY DE PROTECCIÓN AL PARTO HUMANIZADO Y A LA MATERNIDAD DIGNA DEL ESTADO DE NUEVO LEÓN TEXTO ORIGINAL LEY PUBLICADA EN EL PERIODICO OFICIAL #143-II DE FECHA 20 DE NOVIEMBRE DE 2019 [Internet]. Gob.mx. [citado el 10 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://acortar.link/ZANfpt>
16. Alves B/. O/. DeCS – Descritores em Ciências da Saúde [Internet]. Bvsalud.org. [citado el 10 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://decs.bvsalud.org/es/>

17. Suárez, C. I., & Parada Rico, D. A. (Junio de 2018). "Construcción de adolescencia": una concepción histórica y social inserta en las políticas públicas. *Universitas humanística*.(85), 347-373. Recuperado el 30 de Noviembre de 2019, de <https://cutt.ly/NhWIOJR>
18. Mejía, C. R., Delgado Milagros, M. F., Torres , R., Verastegui-Díaz, A., & Cárdenas , M. M. (Febrero de 2018). Maltrato durante el embarazo adolescente: Un estudio descriptivo en gestantes que se atienden en un hospital público de Lima. *Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia*, 83(1), 15-21. Recuperado el 6 de Mayo de 2020, de <https://cutt.ly/ShWUKNc>
19. Sosa Sánchez, I. A. (Junio de 2018). Estratificación de la reproducción y violencia obstétrica en servicios públicos de salud reproductiva. *Alteridades*, 28(55), 87-98. Recuperado el 15 de Febrero de 2020, de <https://cutt.ly/KhWIIY2>
20. Loredó-Abdalá, A., Vargas Campuzano, E., Casas Muñoz, A., González Corona, J., & Gutiérrez Leyva, C. (2017). Embarazo adolescente: sus causas y repercusiones en la diada. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(2), 223-229. Recuperado el 09 de Agosto de 2020, de <https://cutt.ly/ahWUd3H>
21. Laureano, J., Gil, E., Mejía, M. L., & De la Torre, A. C. (Julio de 2016). Embarazo en adolescentes de Jalisco, México: una mirada desde la marginación social. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 63(3), 211-220. Recuperado el 12 de Abril de 2020, de <https://cutt.ly/uhWUiEb>
22. Navarro Peña, Y., & Castro Salas, M. (Junio de 2010). Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. *Enfermería Global*(19), 12-13. Recuperado el 17 de Julio de 2020, de <https://cutt.ly/mhWUW0b>
23. Naranjo Hernández, Y., Concepción Pacheco, J. A., & Rodríguez Larreynaga, M. (Diciembre de 2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana*, 19(3), 89-100. Recuperado el 26 de Noviembre de 2019, de <https://cutt.ly/2hWUvsj>

24. Prado Solar LA, González Reguera M, Paz Gómez N, Romero Borges K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista Médica Electrónica [Internet]*. 2014 Dec 1;36(6):835–45. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004&lng=es.
25. Organización Mundial de la Salud. *Desarrollo en la adolescencia*. 2020. Recuperado el 23 de Marzo de 2020, de <https://cutt.ly/ehWUPjL>
26. Rug, G. P. El embarazo en la adolescente. (Mayo de 2015) *ADOLESCERE. Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*, III(2), 26-35. Recuperado el 19 de Agosto de 2020, de <https://cutt.ly/OhWIYPb>
27. Hidalgo Vicario MI, Redondo Romero AM, Castellano Barca G, 2021. eds. *Medicina de la adolescencia. Atención integral*. (3) 27-35. Recuperado el 28 de Enero de 2022
28. OMS. (2019). *Recomendaciones de la OMS. Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado el Noviembre de 2019, de Organización Panamericana de la Salud: <https://cutt.ly/4hWUYC6>
29. Comisión Permanente de Enfermería. *Código de Ética Para las Enfermeras y los Enfermeros de México*. Comisión Interinstitucional De Enfermería. Secretaría de Salud. 2001; 2000 (1): 11-30.
30. Gasperin, R. D. (2005). *Comunicación y relaciones humanas*. 95-135. (U. Veracruzana, Recopilador) Xalapa, Veracruz, México. Recuperado en Marzo de 2020, de <https://cutt.ly/thWY6Ok>
31. Frances E. Likis CNM, NP, DrPH, FACNM. *Second Stage of Labor: Pushing Your Baby Out*. *Journal of Midwifery & Women's Health*. American College of Nurse-Midwives. 2012; 57(1): 107-108.

32. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. (Diciembre de 2019). Educación maternal: preparación para el nacimiento. (Primera edición). Barcelona, España: Dilograf S.L. Recuperado en Enero de 2020, de <https://cutt.ly/VhWUqMw>
33. FAME (Federación de Asociaciones de Matronas de España). (2011). Iniciativa Parto Normal. Guía para madres y padres. (Segunda Edición). Pamplona, España. Recuperado el 02 de Junio de 2020, de <https://cutt.ly/DhWY7zV>
34. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Dahlen HG, Ee CC, Sukanuma M. Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 3. Art. No.: CD009290. DOI: 10.1002/14651858.CD009290.pub3
35. Penny P. Simkin, MaryAnn O'Hara, Nonpharmacologic relief of pain during labor: Systematic reviews of five methods, American Journal of Obstetrics and Gynecology, Volume 186, Issue 5, Supplement, 2002,S131-S159, [https://doi.org/10.1016/S0002-9378\(02\)70188-9](https://doi.org/10.1016/S0002-9378(02)70188-9).
36. Almaguer González, J. A., García Ramírez, H. J., & Vargas Vite, V. Nacimiento humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio. Género y Salud en Cifras, 2012; 10 (2/3): 44-59. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/245170/Nacimientohumanizado.pdf>
37. Calais-Germán, B., & Vives Parés, N. Parir en movimiento. Primera edición ed., Vol. 1; Madrid, España: La liebre de marzo; 2009
38. Perea Martínez, A., García Piña, C. A., Loredó-Abdalá, A., & Trejo Hernández, J. Los derechos del niño. Un paradigma a considerar en la práctica pediátrica cotidiana. Acta pediátrica de México, (Noviembre-Diciembre de 2013). 24(6), 361-365. Recuperado el 14 de Septiembre de 2020, de <https://cutt.ly/yhWIR1d>
39. ACNUR. Agencia de la ONU para los Refugiados. Carta Europea de los Derechos de los Niños y las Niñas Hospitalizados. Comité español ACNUNR, Ajuntament de Barcelona. 2016.

40. Narea Morales, V. E., & Castro Castro, M. M. Riesgo obstétrico en el trabajo de parto en las adolescentes embarazadas de 12–15 años de edad. (29 de Marzo de 2020). Pro Sciences: Revista De Producción, Ciencias E Investigación, 4(32), 66-71. Recuperado el 17 de Septiembre de 2020, de <https://cutt.ly/HhWUnZu>
41. Yábar Peña, M. (2014). La Psicoprofilaxis Obstétrica en gestantes adolescentes: Características y beneficios integrales. Horizonte Médico, 14(2), 39-44. Recuperado el Septiembre de 2020, de <https://cutt.ly/MhWIPhz>
42. Bendezú Guido, Espinoza Daisy, Bendezú-Quispe Guido, Torres-Román Junior Smith, Huamán-Gutiérrez Roberto M. Características y riesgos de gestantes adolescentes. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2016 Ene ; 62(1): 13-18. Disponible en: Http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322016000100002&lng=es.
43. Macías-Intriago, M. G., Haro-Alvarado, J. I., Piloso-Gómez, F. E., Galarza-Soledispa, G. L., Quihspe-Molina, M. D., & Triviño-Vera, B. N. (05 de Julio de 2018). Importancia y beneficios del parto humanizado. Revista Científica Dominio de las Ciencias, 4(3), 392-415. Recuperado el 28 de Julio de 2020, de <https://cutt.ly/BhWUh3E>
44. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-2016, PARA LA ATENCION DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, Y DE LA PERSONA RECIEN NACIDA, Diario Oficial de la Federación, México, D.F., Citado:09/08/2021. Disponible en: <https://cutt.ly/xwuYOZT18>
45. Guía de Referencia Rápida. Vigilancia y Atención Amigable en el Trabajo de Parto en Embarazo no Complicado. Evidencias y Recomendaciones. Actualización 2019., Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.[Internet], [Citado 06/07/2020] Disponible en <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/052GRR.pdf>
46. Aasheim V, Nielsen ABV, Reinar LM, Lukasse M. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. Cochrane Database Syst

Rev. 2017; 6(6): 21-28 CD006672. doi: 10.1002/14651858.CD006672.pub3.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6481402/>

47. Azón E, Mir E, Hernández J, Aguilón JJ, Torres AM, Satústegui PJ. Actualización sobre la efectividad y evidencia del masaje perineal ante-natal. *Anales Sis San Navarra* [Internet]. 2021 Dic [citado 2023 Feb 08]; 44(3): 437-444. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272021000300437&lng=es.
48. Moreno Sánchez, V., González Cintora, M., & Serna García, C. (24 de Junio de 2020). Aplicación de compresas calientes durante el periodo de expulsivo para prevenir el trauma perineal. *Ocronos*, 3(2), 32-36. Recuperado el 09 de Agosto de 2020, de <https://cutt.ly/7hWUzCI>
49. Magoga G, Saccone G, Al-Kouatly HB, Dahlen G H, Thornton C, Akbarzadeh M, Ozcan T, Berghella V. Warm perineal compresses during the second stage of labor for reducing perineal trauma: A meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2019 Sep;240:93-98. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31238205/>
50. Türkmen, Hülya & Çetinkaya, Serap & Apay, Emine & Karamüftüoğlu, Devrim & Kılıç, Hafize. (2020). The Effect of Perineal Warm Application on Perineal Pain, Perineal Integrity, and Postpartum Comfort in the Second Stage of Labor: Randomized Clinical Trial. *Complementary Medicine Research*. 28. 1-8. 10.1159/000507605. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32460297/>
51. Fernández, A. (Julio - Diciembre de 2015). Teoría de Orem y el proceso enfermero en las salas de urgencias. *EHI*, 2(2), 8-20. Recuperado en Junio de 2020, de <https://cutt.ly/1hWY5AG>
52. Instituto Nacional de las Mujeres. (10 de Mayo de 2019). Las Madres en Cifras. Recuperado el 28 de enero de 2020, de <https://cutt.ly/zhWUrne>
53. OMS. (2018). La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 13 de diciembre de 2019, de <https://cutt.ly/PhWURcV>

54. Ferreira-Couto Cristina Manuela, Fernandes-Carneiro Marinha do Nascimento. Prevención del trauma perineal: una revisión integradora de la literatura. *Enferm. glob.* [Internet]. 2017 [citado 2023 Feb 08]; 16(47): 539-575. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000300539&lng=es.
55. Pérez S, Galdón Garrido MJ. Los fenómenos disociativos : una revisión conceptual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2003 May 1;8(2).
56. Figueroa Peñafiel M, Rivera Solis KX, Vinuesa Domo K, Yopez Carpio JS, Rebolledo Malpica D. Percepción de las adolescentes frente al embarazo: revisión sistemática. *Archivos de Medicina (Manizales)* [Internet]. 2019 Dec 15 [cited 2022 Nov 22];20(1):164–80. Available from: <https://www.redalyc.org/journal/2738/273862538017/273862538017.pdf>

Anexos

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: SEGURIDAD EN LA REALIZACIÓN DEL MASAJE PERINEAL ANTEPARTO

Lavin Castañeda M^a Pilar (Matrona del Servicio Cántabro de Salud)



Pérez Zabaleta Andrea (Fisioterapeuta del Servicio Cántabro de Salud)



INTRODUCCIÓN

- ✓ El trauma perineal es una de las complicaciones más frecuentes que se producen en el período expulsivo del parto, bien como desgarro perineal o por realización de una episiotomía, lo que puede generar una alta morbilidad en la mujer a corto y largo plazo repercutiendo en su bienestar físico, psicológico y social.
- ✓ De las mujeres que experimentan trauma perineal, el 40% experimenta dolor en las primeras dos semanas después del parto y del 7% al 9% refieren dolor a los tres meses postparto.
- ✓ Las recomendaciones de la OMS refieren que no hay evidencia clara y demostrable de que el uso rutinario de la episiotomía tenga un efecto beneficioso sobre la mujer, y que tasas superiores al 30% no están justificadas. En España aunque no existen cifras oficiales, la práctica se estima entre un 50-60% en partos no instrumentados.
- ✓ La FAME publicó un documento de consenso para la iniciativa del parto normal en el que se recoge que el masaje perineal durante la gestación es efectivo para reducir el trauma perineal y el número de episiotomías realizadas. Utilizando este documento como referencia, nos preguntamos si es una técnica difundida a las gestantes, si se realiza de una manera correcta y segura y si finalmente aporta los beneficios que detalla.

OBJETIVO

Confirmar que el masaje perineal (MP) reduce la incidencia de traumatismo perineal durante el parto, disminuyendo la incidencia de desgarros de primer y segundo grado así como la necesidad de practicar episiotomías.

METODOLOGÍA

- ✓ Se ha realizado una revisión bibliográfica en las principales bases de datos sobre publicaciones científicas: Pubmed, Medline, Scielo, Cuiden, Dialnet, Elsevier y Cochrane.
- ✓ Se han seleccionado los artículos, según criterios científicos, con los siguientes temas de inclusión: *masaje perineal*, *gestación*, *trauma perineal*.
- ✓ La búsqueda se ha limitado a los artículos escritos en inglés y español publicados entre los años 2000 y 2015 de los que finalmente se seleccionaron 15. Se han incluido los resultados de un estudio realizado en 1997 por la relevancia de sus aportaciones y por servir de base de nuevos estudios.

TÉCNICA



2 - Introducir los pulgares en la vagina unos 2-3 cm y hacer una ligera presión hacia el ano hasta sentir un pequeño hormigueo.

3 - Realizar un movimiento de balanceo de ida y vuelta con los dedos, como el de las agujas del reloj, unos 2-3 minutos o hasta que se sienta adormecida la zona.

4 - Realizar una ligera presión hacia el ano y hacia fuera al mismo tiempo, durante unos 2-3 minutos o hasta sentir entumecimiento.

MASAJE PERINEAL

PRECAUCIONES

- ✓ Lavado de manos (uñas recortadas y limpias).
- ✓ Vaciado de vejiga antes realizar el masaje perineal para evitar infección y/o irritación.
- ✓ Se puede realizar tras aplicar compresas templadas en el periné o después de la ducha.
- ✓ Postura cómoda: posición de cuclillas, semisentada o apoyada en la pared.
- ✓ Si se realiza automasaje es más cómodo usar el pulgar, si lo realiza la pareja índice y/o corazón.
- ✓ Lubricación de los dedos con aceite de Rosa Mosqueta, aceite de almendras dulces o aceite de oliva.

RESULTADOS

- La práctica del MP antenatal:
- ✓ Reduce la probabilidad del traumatismo perineal, principalmente episiotomías, y la notificación de dolor perineal continuo, así como menor probabilidad de dolor a los 3 meses postparto. (Beckmann MM y cols. 2009).
- ✓ Disminuye los desgarros de II o III grado (6,1%) y las episiotomías. Este efecto fue más fuerte en el grupo de edad de mujeres mayores de 30 años. (Shipman MK y cols. 1997).
- ✓ Reduce la probabilidad de traumatismo perineal (principalmente episiotomías) y el dolor perineal mantenido. (Leonid Kalichmann 2008).
- ✓ Reduce el número de episiotomías un 21%, además de obtener menor lesión perineal. (Shimada. 2005).
- ✓ No presenta diferencias significativas con la no realización de ningún tipo de prevención y por tanto no implica beneficios en la reducción de las disfunciones perineales asociadas al parto. (Amaia Esparza Zárate, Universidad Pública de Navarra. 2014).
- ✓ No muestra ni protección ni un efecto perjudicial significativo en relación a la aparición de trauma perineal durante el parto: las tasas de episiotomías, desgarros espontáneos y tasas de periné íntegro fueron similares. (Mei-dan E y cols. 2008).
- ✓ No se observaron diferencias en la incidencia de desgarros perineales de I, II y III grado. (Beckmann MM y cols. 2009).

DISCUSIÓN

- ✓ A pesar de que existen numerosos ensayos clínicos y estudios observacionales que valoran la seguridad del MP no se han descrito diferencias estadísticamente significativas que justifiquen la práctica basada en la evidencia.
- ✓ Hemos encontrado importantes contradicciones entre los resultados obtenidos de los distintos estudios realizados, además, no se ha precisado con exactitud la técnica (frecuencia y duración) y utilización de productos de uso tópico en la realización de la misma.
- ✓ El mantenimiento de la integridad del periné es un gran desafío para los profesionales que asisten a las gestantes, por lo tanto, teniendo en cuenta los beneficios que aporta esta práctica a la salud de la mujer y el bajo coste económico se debería informar a las mujeres sobre las ventajas que supone su realización.
- ✓ Proponemos la necesidad de realizar nuevos estudios e investigaciones que avalen la seguridad de esta técnica, para así promover el autocuidado de las mujeres gestantes.

BIBLIOGRAFÍA

- 1-Mei-danE, Walfisch A, Raz I, Levy A, Hallak M. Perineal massage during pregnancy: a prospective controlled trial. *Isr Med Assoc J.* 2008 Jul;10(7):499-502.
- 2-Cobo Simó C, Sanchez Gómez MJ. ¿Es efectivo el masaje perineal durante el embarazo para obtener un periné íntegro tras el parto?. *Enfermería docente.* 2010.92:35-36.
- 3-Beckmann MM, Stock OM. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006 Jan 25;(1):CD005123. Review.

Determinantes del Embarazo en Adolescentes

Uso de métodos anticonceptivos

APEO

Aborto

Matrimonio/Unión → Violencia

Educación

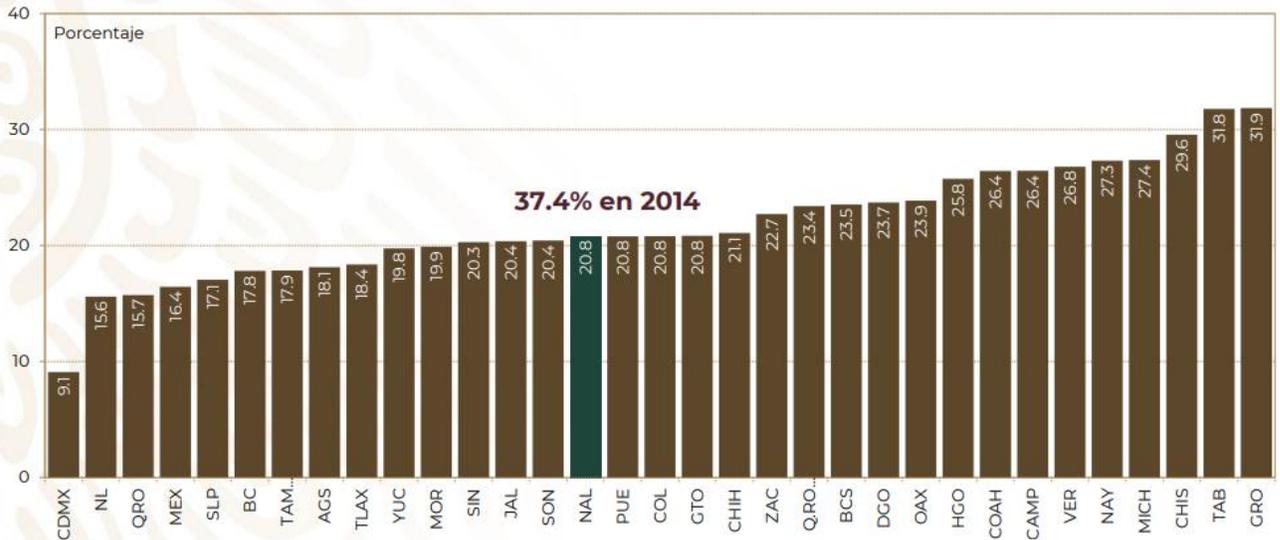
Proyecto de vida

Condiciones socioeconómicas



Unión

Porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que se unieron o casaron¹ antes de cumplir los 18 años por entidad federativa, 2018



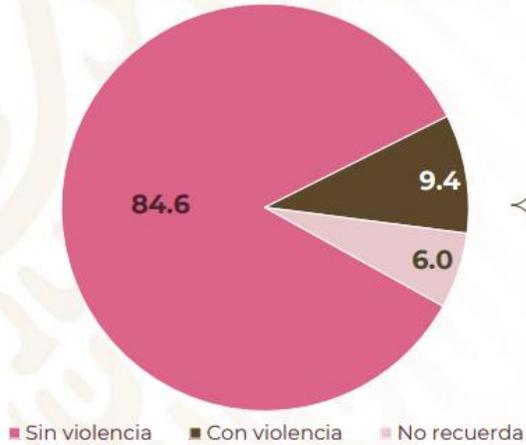
¹ Se refiere a al porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que se unieron o casaron antes de cumplir los 18 años.
Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID, 2014 y 2018.

Violencia



Proporción de **mujeres de 15 años y más que sufrieron abuso sexual en la infancia, 2016**

9.4 por ciento de las mujeres de 15 años y más sufrieron abuso sexual durante su infancia



- 68.2 • Le tocaron sus partes íntimas o la obligaron a tocar las partes íntimas de otra persona sin su consentimiento.
- 41.9 • Intentaron forzarla a tener relaciones sexuales.
- 31.6 • La obligaron a mostrar sus partes íntimas y/o a mirar las partes íntimas de otra persona.
- 26.9 • La obligaron a tener relaciones sexuales bajo amenazas o usando la fuerza.
- 8.6 • La obligaron a mirar escenas o actos sexuales o pornográficos (fotos, revistas, videos, películas pornográficas).
- 8.5 • La obligaron a realizar actos sexuales a cambio de dinero o regalos.

De acuerdo con la ENFaDEA, la proporción de mujeres que inició **su vida sexual en la adolescencia temprana, reportó como razones el convencimiento, la coerción o la violación (14.7%)**

Fuente: Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016. Principales resultados, agosto 2017.

Nota: La suma de las situaciones de violencia sexual en la infancia hasta antes de los 15 años no coincide con el total, pues cada mujer pudo haber padecido más de una.

Violencia, relaciones asimétricas



Relación y edad de los hombres con quien tuvieron el primer embarazo en la adolescencia:

De acuerdo con la ENFaDEA, las niñas de **10 a 14 años que** tuvieron un EA fue con :

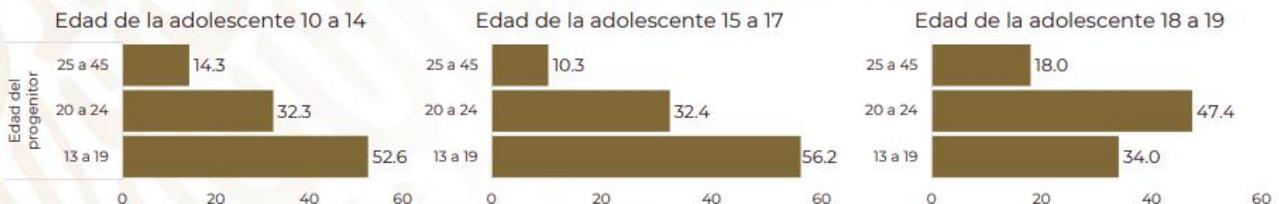
Su novio: 48%

Su esposo o pareja: 25.4%

Un amigo, familiar, desconocido amante o exnovio: 26.6%

Mientras que **en las adolescentes de 15 a 19 años en más de dos terceras partes era su novio, en una cuarta parte su esposo o pareja y en poco menos de 10% un amigo, familiar, desconocido amante o exnovio.**

Distribución porcentual de mujeres de 20 a 24 años según la edad que tenía la persona con quien tuvieron el primer embarazo en la adolescencia

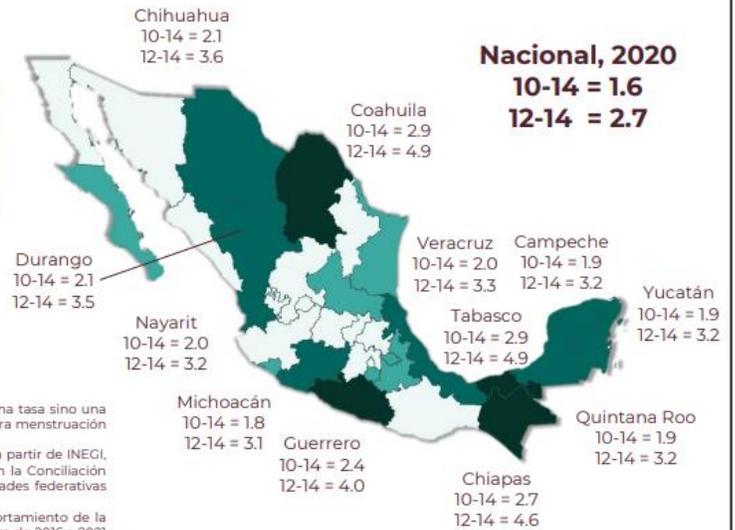


*La edad más temprana al primer embarazo que se reportó en la ENFaDEA fue a los 12 años
Fuente: ENTS/UNAM. Con base en la ENFaDEA, 2017



Razón de fecundidad de niñas y adolescentes de 10 a 14 años¹, y tasa de fecundidad de adolescentes entre 12 y 14 años de edad, 2020

En 2020 se estima que ocurrieron **ocho mil 876 nacimientos en niñas y adolescentes de 10 a 14 años, lo que implica 24 nacimientos diarios.**



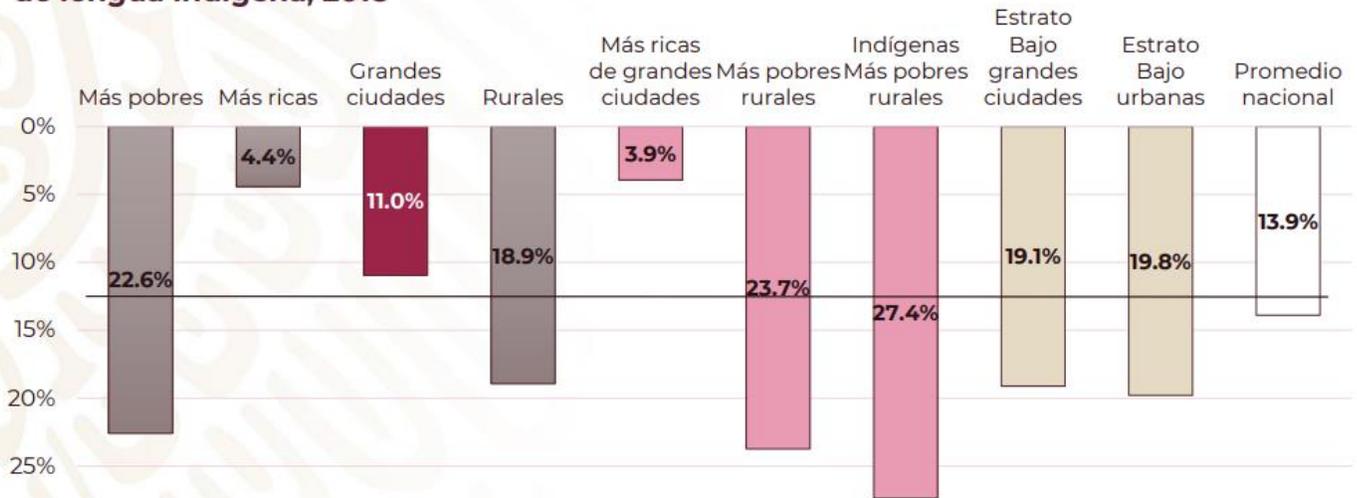
¹ Se considera que la medida de la fecundidad en niñas y adolescentes de 10 a 14 años no es una tasa sino una razón, bajo el supuesto de que la mayoría de las niñas de 10 y 11 años aún no presentan su primera menstruación (denominador), por lo que no pueden considerarse como expuestas al riesgo de embarazo.

² Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la reconstrucción de nacimientos a siete años a partir de INEGI, Estadísticas Vitales de Natalidad, 1990-2019 y CONAPO. Estimaciones del CONAPO con base en la Conciliación demográfica de México 1990-2015 y las Proyecciones de la población de México y de las entidades federativas 2016-2050.

Nota: A partir del año 2013 hasta 2015 se estima el total de nacimientos con base en el comportamiento de la tendencia observada al reconstruir a 4 años para finalmente, realizar una extrapolación logarítmica de 2016 a 2021 basándose en el comportamiento de cada entidad federativa.



Proporción de mujeres entre 15 y 49 años, que fueron madres antes de los 18 años según estrato socioeconómico, lugar de residencia y condición de habla de lengua indígena, 2018



Echarri, Carlos (2018), Interseccionalidad de las desigualdades de género en México. Un análisis para el seguimiento de los ODS. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/data/file/563619/Interseccionalidad_de_las_desigualdades_de_genero_en_Mexico_WEB_FINAL.pdf
Fuente: Estimaciones con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2018.

Consecuencias socioeconómicas del embarazo adolescente en México



GOBERNACIÓN



CONAPO



Entre las mujeres madres en la adolescencia, existe mayor probabilidad de:

- Abandono escolar
- Riesgos para la salud de la madre y la persona recién nacida
- Desempleo o empleos precarios
- Mayor descendencia



- Capacidad de ahorro disminuida
- Mayor dependencia en la vejez

6.7% de las mujeres que fueron **madres en la adolescencia alcanzaron estudios de educación profesional** o de posgrado **vs. 22.2%** que lo fueron en la **aduldez**.



La brecha salarial entre las mujeres con una maternidad temprana y una maternidad adulta es **de más de 20 mil pesos anuales, en promedio ,46.4% más**.



Poco más de dos terceras partes (67.4%) de las mujeres que fueron **madres en la adolescencia nunca han cotizado a un sistema de seguridad social**

Apéndices



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
PROGRAMA ÚNICO DE ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA PERINATAL

Tula, Hidalgo a 27 de Noviembre del 2019

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO DE CASO

Por medio de la presente yo Marta Guadalupe Chavez Nava doy mi autorización, para participar en la elaboración de un estudio de caso realizado por la Lic. En Enfermería Erika Janet Islas Ponce de León, estudiante de la Especialidad en Enfermería Perinatal de la Universidad Nacional Autónoma de México con sede en el Centro de Investigación Materno Infantil (CIMIGEN), con fines académicos y de investigación. Se me ha informado acerca del tiempo de participación el cual será el durante mi estancia de atención obstétrica dentro del Hospital General de Tula, así como el uso que se le dará a los datos obtenidos mediante entrevistas y expediente clínico.

Con el conocimiento de que mis datos personales no serán utilizados y se mantendrá el anonimato y confidencialidad de mi identidad. Estoy enterado(a) que este estudio es confidencial y libre de costo. Mi nombre completo no será utilizado en ningún informe cuando los resultados de la investigación sean publicados y mi información no será divulgada en ningún otro medio que no sea el Estudio de caso resultante. Mi participación es estrictamente voluntaria y se me ha informado que tengo derecho de retirarme de la investigación en el momento que yo lo decida y exprese. No habrá ningún tipo de sanción o represalias en la atención de mi salud ni la de mi bebé ni personales. La persona responsable de la realización de este estudio de caso, la Lic. Erika Janet Islas Ponce de León tiene la obligación de aclarar todas mis dudas de manera clara y veraz acerca de este proceso.

Marta Guadalupe Chavez Nava

Nombre y firma de la usuaria

Erika Janet Islas Ponce de León

EEEP, Erika Janet Islas Ponce de León

Investigadora

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



INSTRUMENTO DE VALUACIÓN 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: _____ A: _____ Talla: _____ Grupo Rh: _____ Religión: _____

Escolaridad: _____ Origen y residencia: _____

Domicilio: _____ Delegación: _____

Teléfono: _____ Persona responsable: _____ Parentesco: _____

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

Trabaja actualmente: _____ Padecimientos: _____

2. CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA

Tipo de familia: Nuclear _____ Extensa _____ Integrada _____ Desintegrada _____ Núm. De integrantes _____

¿Con quién vive? _____ Comunicación con: Pareja _____ Hijos _____ Otros: _____

Cada cuánto se reúne con su familia. _____ Actividades que realiza con su familia _____

¿Quién(es) es/son el sustento de su familia? _____

3. CARACTERÍSTICAS DEL AMBIENTE

Vivienda: Casa _____ Departamento _____ Propia _____ Rentada _____ Otra _____ Número de cuartos _____

¿Cuántas ventanas? _____ Ventilación _____ Iluminación _____ Tipo de construcción: Perecedero _____ Durable _____ Mixta _____

Gas _____ Petróleo _____ Leña _____ Otros _____ Agua _____ Luz _____ Drenaje _____

Pavimentación: _____ Vigilancia: _____ Recolección de basura cada cuánto/cómo: _____

Teléfono público: _____ Medio de transporte _____ Centros educativos: Kinder _____ Primaria _____

Secundaria _____ Preparatoria: _____ Universidad: _____ Recreativos: _____ Comerciales: _____

Zoonosis: _____ Tipo: _____ Fauna nociva: _____

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO

1. AIRE

a) HÁBITOS DE SALUD

Higiene de fosas nasales: _____ Fuma: _____ ¿Cuántos cigarros al día? _____ ¿Convive con fumadores? _____ ¿Quiénes? _____ Exposición a gases nocivos: _____ Realiza ejercicio _____ ¿Qué tipo? _____ Frecuencia: _____ Usa técnicas que mejoren su respiración (tipo de relajación): _____ Requiere algún tipo de apoyo respiratorio: _____

2. REVISIÓN POR SISTEMAS:

Frecuencia Cardíaca: _____ Frecuencia Respiratoria: _____ T/A. _____ TEMP: _____ FCF _____
Aparato respiratorio: Nariz (deformación, obstrucción, desviación, mucosas, u otra). _____

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

Sistema cardiovascular: (inspección, soplos) _____

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

2. LÍQUIDOS:

1. HÁBITOS DE SALUD:

Acostumbra 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: leche: _____ carne: _____ huevo: _____
Verduras: _____ Frutas: _____ Leguminosas: _____ Cereales: _____ Tortillas: _____ Pan: _____
Quesos: _____ Embutidos: _____ Sal: _____ Azúcar: _____ Café: _____ Jugos embotellados: _____
Variantes dietéticas: (culturales, religiosas, médicas) _____
Suplementos alimenticios (vitaminas, minerales): _____
Problemas relacionados con la ingestión/digestión: _____
¿Qué sentido le da a la comida? (amor, recompensa, supervivencia, paliativo, aburrimiento): _____

¿Con quién come, dónde y cuánto tiempo dispone para cada comida? (desayuno, comida y cena) _____

	Horarios	Alimentos
Desayuno		
Comida		
Cena		

2. REVISIÓN POR SISTEMAS

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

Utiliza prótesis dental: _____ Tiene caries: _____ Dientes flojos: _____
Garganta: (dolor, disfagia, antecedentes estreptocócicas, dolor abdominal, ingestión por acidez): _____

Aparato digestivo (nausea, 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

Tipos de actividad que realiza en: Casa _____ Trabajo: _____
Tiempo libre: _____
¿Cuántas horas duerme? _____ Sensación al despertar: _____
¿Presenta alguna dificultad para conciliar el sueño? ¿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. _____ Movimientos anormales. _____ Parálisis _____
Vértigo _____ Cefalea: _____ Alteraciones de la memoria: _____ Reflejos: _____

6. INTERACCIÓN SOCIAL

1. HÁBITOS DE SALUD

Comunicación verbal: Directa _____ Abierta _____ Clara _____ Evasiva _____ Comentario: _____
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

a) Prácticas de Seguridad Personal:

¿Conoce las medidas de prevención de accidentes? Trabajo _____ Casa _____ Calle _____

¿Acostumbra 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 autoimagen? _____

b) Concepto de su autoimagen

Concepto de sí mismo _____

Espiritualidad _____ Corporal _____

¿Consumo medicamentos? _____ Drogas: _____

Alcohol _____ Tabaco _____ Café _____ Té _____ Refrescos _____

8. PROMOCIÓN DE LA NORMALIDAD

1.HÁBITOS DE SALUD

¿Cada cuánto se baña? _____ Cambio de ropa _____ Aseo bucal _____ Aseo perineal _____

¿Cuándo se lava las manos? _____

Productos usados para la 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 AUTOCUIDADO ANTE UNA DESVIACIÓN DE SALUD

A. DESVIACIÓN ACTUAL

1. 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 adecuación de los mismos _____
- c) Factores concomitantes de estrés: (hechos cotidianos) _____

3. Efectos de la desviación sobre el estilo de vida

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

B. HISTORIA PREVIA DE DESVIACIONES DE LA SALUD

Enfermedades en la edad adulta _____

Enfermedades de la infancia _____

Hospitalizaciones _____

Medicamentos prescritos o por iniciativa _____

C. ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES:

D. ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE:

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. Oanis Pérez, Lic. Sandra García.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO SEGÚN LAS ETAPAS DE DESARROLLO

MENARCA	RITMO	DISMENORREA	GESTA	PARTOS	CESÁREAS	ABORTOS	ÓBITOS	EMBARAZO ECTÓPICO

1. DESCRIPCIÓN GINECOLÓGICA

Inicio de vida sexual activa	Nº de parejas sexuales	Circundados	Infecciones ginecológicas y tratamiento	Papanicolaou (último)	Cirugías ginecológicas	Sangrados anormales	Incontinencia urinaria
Tumores	Dispareunia	Orgasmos	Sangrado al coito	Último método anticonceptivo	Tiempo de Uso	Fecha de última menstruación	Fecha probable de parto

2. DESCRIPCIÓN DE EMBARAZOS PREVIOS

Gesta	Periodo Intergenésico	Tipo de nacimiento	Sexo	Peso	Complicaciones	Semanas de Gestación	APGAR	Seno materno Tiempo	Defectos al nacimiento	Vivo/ Muerto Salud actual

3. DESCRIPCIÓN DEL EMBARAZO ACTUAL

Fecha	Semanas de Gestación	Peso	Tensión Arterial	Fondo Uterino	Situación	Presentación	Frecuencia Cardíaca Fetal	VAREFE	Edema	Medicamentos	Tratamiento

4. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO ACTUAL

Fecha	Vía	Hora	Sexo	APGAR	SILVERMAN	Peso	Talla	Capurro	Servicio	Lactancia materna

COMPLICACIONES: _____

