



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

DESPROPORCION
CEFALOPELVICA

ESTUDIO CLINICO EN PROCESO
DE ATENCION DE ENFERMERIA

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE;
LICENCIADO EN
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :

MARIA ANGELICA BAZAN HERNANDEZ



FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D.F.

MAYO DE 1990



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está 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.

C O N T E N I D O

I. Objetivos.....	1
II. Campo de investigación	2
III. Metodología	3
IV. Marco teórico	4
4.1 Anatomía y fisiología de la pelvis ósea.	
4.2 La pelvis como conjunto.	
4.3 Articulaciones y ligamentos de la pelvis	
4.4 Estrechos de la pelvis	
4.5 Morfología de la pelvis	
4.6 Relaciones pélvicas.	
4.7 Curso clínico del trabajo de parto.	
V. Historia natural de la desproporción cefalopélvica.	22
VI. Historia clínica de enfermería.....	27
VII. Plan de atención de enfermería	34
7.1 Problema.	
7.2 Manifestación del problema	
7.3 Fundamentación teórica.	
7.4 Acción de enfermería.	
7.5 Fundamentación teórica.	
7.6 Evaluación.	
VIII. Conclusiones y sugerencias.....	51
IX. Bibliografía.....	52

X. Anexos.....	55
10.1 Glosario de términos.	
10.2 Esquema de la historia natural de la despropor ción cefalopélvica.	
10.3 Cronograma.	

I N T R O D U C C I O N

El presente trabajo se realizó en el Hospital General de Cuautitlán "General José Vicente Villada" Estado de México.

Para su realización se seleccionó a una paciente con desproporción cefalopélvica. Se elaboró el proceso atención de enfermería el cual incluye la historia clínica, el plan de cuidados de enfermería y la historia natural del problema.

El motivo para la elaboración de éste trabajo es que en circunstancias normales un 95% de las parturientas tienen productos en presentación cefálica, y un 5-4% en otras presentaciones o distocias del embarazo a término que desvían el curso normal del trabajo de parto y parto. El propósito consiste en recopilar información de la desproporción cefalopélvica, ya que una pelvis puede tener sus diámetros reducidos y sin embargo ser compatible con el paso de un producto pequeño; en cambio una pelvis podrá ser amplia y no resultar útil para que se efectúe el parto por vía vaginal de un producto macrosómico, por lo que se debe precisar si existen modificaciones en los huesos de la pelvis materna y conocer los principales diámetros de la cabeza fetal, para realizar un diagnóstico oportuno y evitar complicaciones proporcionando un manejo obstétrico específico.

La causa más frecuente de desproporción cefalopélvica de origen materno son: pelvis estrecha, platipeloide, asimetría

pélvica y fracturas o parálisis de miembros inferiores. Las causas de origen fetal son: posiciones defectuosas, productos macrosómicos, hidrocefalia, anormalidades congénitas del feto, estas causas traerán como complicación un parto prolongado y un sufrimiento o muerte fetal y/o materna si no se proporciona atención eficaz y oportuna a la parturienta.

1. OBJETIVO GENERAL

- Recopilar información para conformar un marco teórico de la historia natural de la desproporción cefalopélvica y los niveles de prevención.
- Elaborar un plan de trabajo para proporcionar acciones especificas de enfermería a una paciente con desproporción cefalopélvica.

II. CAMPO DE LA INVESTIGACION

Hospital General de Zona C/Medicina Familiar No. 68 Tultepetlac Ecatepec Estado de México, del 1 de mayo al 31 de mayo de 1989.

UNIVERSO DE TRABAJO

Una paciente seleccionada con el diagnóstico de desproporción cefalopélvica.

III. . METODOLOGIA DE TRABAJO

- Integrar un marco de referencia amplio que permita la claridad de los aspectos teóricos y clínicos de la desproporción cefalopélvica utilizando las diversas formas de investigación documental.
- Detectar un caso de desproporción cefalopélvica en el servicio de tococirugía del Hospital General de Zona # 68.
- Elaborar la historia clínica de enfermería para obtener datos que permitan integrar el diagnóstico de enfermería a través de la detección del problema y necesidades de la paciente.
- Elaborar un plan de atención de enfermería que persiga como finalidad principal, brindar una atención fundamentada que resuelva o disminuya la problemática biopsicosocial de la paciente.
- Implementar las acciones planeadas y evaluar los resultados en cuanto a la evolución clínica de la paciente.

IV. MARCO TEORICO

Anatomía y Fisiología de la Pelvis Ósea.

La pelvis es una estructura en forma de cuenca formada por cuatro huesos: sacro, cóccix y dos iliacos, éstos se encuentran formados por tres partes: pubis, isquión, iliaco. En la parte posterior los iliacos se articulan con el sacro, y en la parte anterior se articulan los dos pubis entre sí, formando un verdadero aro que divide a la pelvis en dos partes, una superior o pelvis mayor y otra inferior o pelvis menor.

El sacro se articula por arriba con L5 por una artrodia, y la articulación coxofemoral se realiza por enartrosis. En la propia pelvis existen dos tipos diferentes de articulación: síncondrosis, que une a los dos pubis, y diartrosis entre el sacro y el íleo, y entre sacro y cóccix. Cuando la articulación sacrococcígea no se encuentra anquilosada posee movimientos de flexión y extensión.

La disposición de los huesos pélvicos produce la división en dos segmentos; el superior más grande y amplio, llamado pelvis mayor o falsa, y el inferior, pelvis menor o verdadera, que es una cavidad más pequeña y profunda. La separación de ambas está marcada por la línea iliopectínea (línea innominada), que es un surco oblicuo en la cara interna de los iliacos, y que se prolonga hasta el pubis.

IV. MARCO TEORICO

Anatomía y Fisiología de la Pelvis Osea.

La pelvis es una estructura en forma de cuenca formada por cuatro huesos: sacro, cóccix y dos iliacos, éstos se encuentran formados por tres partes: pubis, isqui6n, iliaco. En la parte posterior los iliacos se articulan con el sacro, y en la parte anterior se articulan los dos pubis entre sí, formando un verdadero aro que divide a la pelvis en dos partes, una superior o pelvis mayor y otra inferior o pelvis menor.

El sacro se articula por arriba con L5 por una artrodia, y la articulación coxofemoral se realiza por enartrosis. En la propia pelvis existen dos tipos diferentes de articulación: sincondrosis, que une a los dos pubis, y diartrosis entre el sacro y el ileo, y entre sacro y cóccix. Cuando la articulación sacrococcígea no se encuentra anquilosada posee movimientos de flexión y extensión.

La disposición de los huesos pélvicos produce la división en dos segmentos; el superior más grande y amplio, llamado pelvis mayor o falsa, y el inferior, pelvis menor o verdadera, que es una cavidad más pequeña y profunda. La separación de ambas está marcada por la línea iliopectínea (línea innominada), que es un surco oblicuo en la cara interna de los iliacos, y que se prolonga hasta el pubis.

La pelvis mayor está cerrada por delante por los músculos abdominales, y por detrás por la columna vertebral. Este segmento aplanado y hueco presta apoyo a los intestinos, pero el útero está dentro de la pelvis menor cuando la mujer está erecta. El embarazo y los tumores pélvicos pueden elevar al útero sobre la línea iliopectínea pasando entonces a ocupar también la pelvis mayor.

La pelvis menor o excavación pélvica está limitada posteriormente por el sacrocóccix, lateral y anteriormente por los huesos ilíacos. La altura de la parte posterior de la excavación es tres veces mayor a la de la anterior. El límite superior de la pelvis menor, cuya configuración asemeja a un corazón se designa estrecho superior. El límite inferior de forma elíptica anteroposterior, es el estrecho inferior.

No hay dos pelvis idénticas, el tamaño y la forma varían de acuerdo con características individuales, familiares o raciales. Además la configuración pélvica puede ser afectada por enfermedad. (1)

C O X A L .

Los huesos coxales pueden dividirse en tres partes: -- íleon, isquión y pubis. El íleon está situado en la porción superior externa del hueso coxal; el isquión en la porción posterior inferior roma; y el pubis en la porción anteroinferior.

(1) Ralph C Benson Manual de Ginecología y Obstetricia. p 21 24.

Estos tres huesos forman el acetábulo, lugar donde se articula con la cabeza del fémur. En la superficie interna del hueso coxal, el ileon se articula en la parte inferior con el pubis y el isquiún. Esta parte del hueso coxal sobresale en una porción externa con una concavidad en la superficie medial, esta concavidad es la fosa iliaca. Siguiendo esta superficie llegamos a la cresta iliaca. La cresta comienza en la parte anterior en la espina anterosuperior, tiene un labio interno y otro externo y una línea intermedia. El ileon tiene una espina iliaca anteroinferior y otra posteroinferior, la espina iliaca posteroinferior está situada detrás de la gran superficie de la articulación del ileon con el sacro.

El límite superior del isquiún está fundido con el ileon y el pubis. El isquiún es la porción del coxal sobre la que nos sentamos, y la zona rugosa situada en la zona más posteroinferior se conoce con el nombre de tuberosidad isquiática. Justo por encima de esta tuberosidad se encuentra la escotadura isquiática (ciática) menor y separada de esta escotadura por la espina isquiática, está la escotadura isquiática (ciática) mayor.

El pubis se articula con el ileon y el isquiún. Esta porción del hueso coxal tiene una parte medial - el cuerpo - y unas ramas, superior e inferior. La rama inferior es la parte que se articula con el isquiún mientras que la rama superior se articula con el ileon y el isquiún en la escotadura (2)

(2) Danforth D.N. Tratado de Obstetricia y Ginecología p 45

acetabular. La superficie superior del cuerpo es lisa, mientras que la inferior es bastante rugurosa, debido a las inserciones musculares. La superficie articular se adapta al hueso pubiano del otro lado mediante un fibrocartilago y los ligamentos. La cresta pública es la parte del cuerpo del pubis que palpamos más fácilmente y termina lateralmente en una elevación, llamada tubérculo público. La superficie superior de la rama superior tiene un borde agudo, denominado línea pectínea. Esta línea discurre lateralmente desde el tubérculo público, uniendose a la línea arcuata para formar la línea terminal. Las dos ramas del hueso público forman los límites de una gran cavidad denominada agujero obturador. El borde superior de este foramen o agujero muestra un tubérculo obturador y un surco obturador por donde pasan los vasos y nervios desde la pelvis a la extremidad inferior. (2)

SACRO Y COXIS.

Las vértebras están fundidas en un solo hueso denominado sacro, que es ancho en la parte superior y estrecho en la parte inferior; podría describirse diciendo que tiene una base superior y un v rtice inferior. Es cóncavo por su cara anterior y convexo en la posterior. En la superficie anterior, la porción medial está separada de las dos mediales laterales por cuatro orificios o forámenes en cada lado, para el paso de las ramas ventrales de los nervios sacros y vasos correspondientes. La porción medial presenta unas líneas transver
 (2) Danforth D.N. op. cit. p 47

sales que señalan los puntos de fusión de las cinco vértebras. Las porciones laterales forman la superficie articular para su articulación con el coxal. El canal vertebral continúa a través del sacro. La cara superior sirve para que se articule con la quinta vértebra lumbar y la inferior para su articulación con el coxis. (2)

LA PELVIS COMO CONJUNTO.

La pelvis está formada por dos coxales situados anterior y lateralmente, el sacro y el cóccix situado en la parte posterior. Está dividida en una pelvis falsa y otra verdadera. El canal de entrada de la pelvis verdadera es superior y está limitada posteriormente por el promontorio del sacro, en la parte anterior por la sínfisis del pubis y las líneas terminales a los lados, siendo las líneas terminales, en la parte anterior, las líneas pectíneas y, posteriormente, las líneas arqueadas; la salida es el límite inferior y está limitado, de adelante hacia atrás, por el arco púbico, rama inferior del pubis, tuberosidad isquiática, escotadura ciática menor, espina isquiática, escotadura isquiática mayor, el sacro y el cóccix. La pelvis falsa es la parte anterior del canal de entrada a la pelvis verdadera.

En términos generales la pelvis femenina en comparación con la pelvis masculina, es más ligera, los huesos son más delgados y los rebordes marcados por las inserciones muscula-

(2) Danforth D.N. op. cit. p. 47

res son menos pronunciados. El ileon tiene una ala lateral mayor y la fosa iliaca es más superficial. El arco púbico es más ancho en las mujeres, las espinas isquiáticas están más alejadas. La entrada a la pelvis verdadera tiende a ser oval y no en forma de corazón; las espinas isquiáticas no se proyectan hacia el interior del canal de salida de la pelvis, como sucede en el varón, y lo mismo ocurre para el sacro y el cóccix, el promontorio del sacro es menor pronunciado en las mujeres.

ARTICULACIONES Y LIGAMENTOS DE LA PELVIS

El sacro se articula con la quinta vértebra lumbar, articulación lumbo-sacra. La articulación de los coxales en la región pública (sínfisis del pubis) y la articulación del sacro con los dos coxales (articulación sacro-iliaca), son las más importantes. Además, existen ligamentos muy importantes que unen el sacro y el cóccix a la porción isquiática de los coxales. Debe prestarse atención a la articulación del sacro y el cóccix y la membrana obturatriz.

SINFISIS PUBICA.

La sínfisis del pubis es una articulación cartilaginosa-parcialmente móvil. Las superficies articuladas de cada hueso púbico están cubiertas por cartilago hialino y, entre esas dos superficies de cartilago, se interpone una lámina fibrocartilaginosa, y el disco interpúbico. Su grosor es variable y es una estructura muy densa y firme. En los animales infe-

riores se produce una hormona, la relaxina que tiende a re -- blandecer el material fibrocartilaginoso, consiguiéndose que los huesos pubianos permanezcan separados durante el parto el disco interpubiano está ayudado en su función por un ligamento púbico superior, que une por su parte superior ambos pubis, y por el ligamento púbico arcuato, un grueso haz de fibras, - que sujeta la sínfisis por su parte inferior.

ARTICULACION SACRO-ILIACA

La importancia de la articulación sacro-iliaca se debe a que está diseñada para soportar grandes pesos.

Estas articulaciones están formadas por la unión del sacro y la porción iliaca de los huesos coxales. Estas articulaciones son en parte cartilaginosas y en parte sinoviales. - Permiten algunos movimientos. Cada superficie articular está cubierta por una delgada lámina de cartilago y, entre estos - cartílagos, encontramos una lámina de fibrocartilago. Los -- ligamentos de esta articulación son el sacro-iliaco ventral, - sacro-iliaco dorsal y los ligamentos interóseos. El ligamento sacro-iliaco ventral está formado por finas bandas que conectan la superficie anterior del sacro con la superficie anterior del íleon. Por el contrario el ligamento sacro-iliaco dorsal es algo más grueso y forma la unión principal del sacro al íleon. Consta de haces que pasan sobre los huesos en varias direcciones. La parte superior es el ligamento sacro-iliaco posterior corto, y las fibras llevan una dirección cer

cana a la horizontal. Pasan en el primero y segundo tubérculo transverso en la superficie posterior del sacro y la tuberosidad del íleon, el ligamento sacro-ílfaco posterior largo que va desde el tercer tubérculo transverso en la superficie posterior del sacro, y se inserta en la superficie posterior del sacro, y se inserta en la espina posterior superior del íleon.

Otros ligamentos sirven para sujetar los huesos coxales a la columna vertebral. Son el ileolumbar, el sacrotuberoso y el sacro espinoso. El ligamento ileolumbar está sujeto en su parte superior a la apófisis transversa de la quinta vértebra lumbar. La porción inferior se dirige hacia la base del íleon y se mezcla con el ligamento sacroílfaco ventral. La porción superior se inserta en la cresta ílfaca por delante de la articulación sacro-ílfaca. El ligamento sacro-tuberoso es un ligamento grande y potente que se inserta cubriendo una zona amplia de la espina posteroinferior del íleon, y que va al cuarto y quinto tubérculo transversal del sacro y a la parte inferior del borde lateral del sacro y cóccix. Discurre oblicua, inferior y lateralmente, estrechándose e insertándose medialmente en la tuberosidad isquiática. El ligamento sacro-espinoso es más corto que el sacro-tuberoso, pero también es de forma triangular. Su inserción medial es al borde lateral del sacro y del cóccix, y su inserción lateral es a la espina isquiática. Es anterior al ligamento sacrotuberoso. Ambos ligamentos están situados de tal manera que delimitan fo-

rámenes sobre las escotaduras ciática mayor y menor también - forman parte de los límites de la salida de la pelvis infe -- rior.

UNION SACRO-COXIGEA

La articulación formada entre la superficie articular inferior del sacro y la base del cóccix es la unión sacro-coxígea, que es móvil. En algunos casos es de carácter sinovial, permitiendo considerables movimientos. Su disco es más fino que los discos del resto de las articulaciones vertebrales. - La articulación está sujeta por ligamentos semejantes a los - del resto de las articulaciones vertebrales. El que corres - ponde al ligamento longitudinal anterior es el ligamento sa - cro-coxígeo ventral; los que corresponden a los ligamentos - longitudinales posterior y supraespinal, son las porciones -- profundas y superficiales del ligamento sacro-coxígeo dorsal. Los ligamentos sacro-coxígeos laterales conectan las apófisis transversas del cóccix con los ángulos lateroinferiores del - sacro.

MEMBRANA OBTURATRIZ.

La membrana obturatriz es una aponeurosis fina, pero resistente, y ocupa el gran agujero obturador óseo, excepto una zona de la parte superior para el paso de los vasos y nervios obturador. Esta estructura está formada por varios haces o - láminas entrelazadas, la mayoría de las cuales llevan una di-

rección transversa que podría considerarse parte del hueso -- coxal; sirve para la inserción de los músculos obturador ex -- terno e interno, que se sitúan en la superficie externa e interna respectivamente, así como en los huesos de alrededor de la pelvis. (2)

ESTRECHO DE LA PELVIS VERDADERA

Estrecho Superior.

El estrecho superior de la pelvis se encuentra constituido por los elementos anatómicos como el promontorio, alerón -- del sacro, articulación sacro-iliaca, línea innominada, eminencia iliopectínea, borde superior del pubis y borde superior de la sínfisis púbica.

Diámetros pélvicos del Estrecho Superior.

Promonto retropúbico: Se dirige del promontorio a la cara -- posterior de la sínfisis púbica y mide 11 cm.

Transverso máximo: Se encuentra comprendido entre las dos eminencias iliopectíneas; constituye -- el diámetro mayor del estrecho superior y mide 13 cm.

Oblicuos: Parten de la articulación sacro-iliaca al borde superior de la porción distal de la rama

(2) Danforth D. N. op. cit. p 50

horizontal del pubis y miden 12 cm. (3)

Estrecho Medio.

El estrecho medio tiene como referencia anatómica las espaldas ciáticas. Todos los diámetros del estrecho medio de la pelvis son sensiblemente iguales y su medida es el diámetro biciático de 10 cm.

Estrecho Inferior.

El estrecho inferior de la pelvis es la porción anatómica ubicada por abajo de las espaldas ciáticas; en esta parte es importante considerar el diámetro bisquiático y la morfología del arco subpúbico de la pelvis.

Arco subpúbico: Es el ángulo comprendido por la parte inferior del pubis y la porción interna del isquiión de ambos lados; el ángulo normal es de 90°.

Curva de Carus: Desde el punto de vista obstétrico, la pelvis presenta una curvatura que tiene que seguir el producto para que ocurra el nacimiento, y se conoce con el nombre de curva de carus del parto.

MORFOLOGIA DE LA PELVIS

La pelvis puede presentar cualquiera de cuatro distintas
(3) Mondragón Castro Hector Obstetricia Básica Ilustrada p 81.

formas, que son: Ginecoide, Androide, Antropoide y Platipeloide. La diferencia fundamental entre estos tipos de pelvis la constituye la forma del estrecho superior.

Ginecoide: En este tipo de pelvis el diámetro anterior es - sensiblemente igual que el transversal, y ambos - cruzan en la parte media.

Androide: En la pelvis androide el diámetro anteroposterior es más amplio que el transversal; tiende a presentar una forma triangular o de corazón.

Antropoide: En la pelvis antropoide el diámetro anteroposte - rior es excesivamente alargado, en tanto que el - diámetro transversal es reducido; tiende a presentar una forma oval.

Platipeloide: En este tipo de pelvis el diámetro transversal es excesivamente alargado, y el anteroposterior - reducido; tiende a presentar una forma de pelvis - oval plana. (3).

RELACIONES PELVICAS

El diámetro transverso de la abertura pélvica superior - es el diámetro más ancho, donde existe hueso formando una cir - cunferencia de 360°. Este diámetro se extiende desde la línea

(3) Mondragón C. H. op. cit. p 82 - 83

pectínea de un lado hasta la línea pectínea del otro, y denota la separación de los segmentos posterior y anterior de la pelvis.

A.- Conjugado obstétrico: difiere del conjugado diagonal y verdadero. Está representado por una línea trazada desde la porción postero superior de la sínfisis pública (donde hay hueso en una circunferencia de 360°) hacia la intersección con el sacro. Este punto no necesita ser el promontorio del sacro. El conjugado obstétrico se divide en dos segmentos (1) el sagital anterior, (2) el sagital posterior.

B.- Diámetro interespinoso: El diámetro más significativo en la mesopelvis. Está representado por un plano que pasa a partir de una espina isquiática a la otra. El diámetro sagital posterior es la bisectriz trazada en ángulo recto desde la mitad del diámetro interespinoso en el mismo plano, hasta un punto de intersección con el sacro. Este es el punto de máxima importancia en la mesopelvis. El diámetro interespinoso junto con el diámetro sagital posterior de la mesopelvis es lo que determina si habrá o no espacio adecuado para el descenso y la extensión de la cabeza durante el parto.

C.- Diámetro intertuberoso: El diámetro intertuberoso de la abertura pélvica inferior refleja la longitud del diámetro transversal anterior de la abertura superior; es decir, el

primero no puede ser mayor que el segundo, si extienden paredes laterales convergentes o rectas. Por lo tanto el diámetro intertuberoso determina el espacio disponible en el segmento anterior de la pelvis en la abertura pélvica superior, y en forma semejante, el grado de convergencia influye en la longitud del diámetro biparietal en la abertura inferior.

D.- Diámetro sagital posterior: El diámetro sagital posterior de la abertura pélvica inferior es la línea bisectriz trazada desde la mitad del diámetro intertuberoso hasta la unión sacrococcígea, y refleja la inclinación del sacro hacia dicha abertura para el acomodamiento de la cabeza fetal durante el parto. Debería notarse que las mediciones intrincadas de la pelvis sólo son significativas en grado mínimo. La evaluación de la pelvis para un embarazo determinado, tamaño del feto para una pelvis determinada, y la conducción del encajamiento en el trabajo de parto, son variables más importantes.

(4)

Contenido de la Cavidad Pélvica.

Los órganos que ocupan la cavidad de la pelvis femenina son: la vejiga, los ureteres, la uretra, el útero, las trompas uterinas (de falopio), los ovarios, la vagina y el recto. Con excepción de la porción inferior del recto y la mayor parte de la vagina, todos estos órganos yacen inmediatamente por abajo del peritoneo y se encuentran suspendidas me-

(4) Pernoll L. M. op. cit. p 24

diente ligamentos peritoneales. Estos órganos no llenan por completo la cavidad; el espacio restante está ocupado por el hígado y el colón sigmoideos. (4)

CURSO CLINICO DEL TRABAJO DE PARTO.

El trabajo de parto es un fenómeno dinámico que pasa de una etapa a otra en forma insensible; sin embargo, para la fácil comprensión de este proceso, dividimos el curso clínico en las etapas siguientes:

1. Preparto: Es la etapa de formación del segmento uterino y la maduración cervical.
2. Pródromos de T. de P.: Es la etapa en que ocurre irregularidad en la dinámica uterina.
- 3.- Trabajo de parto: Etapa en que la dinámica uterina es regular y efectiva; consta de:
 - a) Primer período o fase de borramiento y dilatación cervical.
 - b) Segundo período o fase de expulsión del feto.
 - c) Tercer período o etapa de alumbramiento.

Primer Período de Trabajo de Parto.

Este comprende del inicio del trabajo de parto regular hasta la dilatación cervical completa, se caracteriza por la presencia de contracciones dolorosas en el abdomen, irra-

(4) Pernoll L. M. op. cit. p 24

diadas hacia la región lumbosacra, y progresivas en frecuencia, intensidad y duración. (3)

Un trabajo de parto bien establecido tiene tres contracciones uterinas en 10 minutos, con una duración de cada una de ellas de 30 a 60 segundos, se manifiestan en la paciente por dolor. Tales contracciones son eficaces para modificar la cérvix, ya que producen borramiento y dilatación.

En la primigesta primero ocurre el borramiento y después se inicia la dilatación; en la multigesta ocurren simultáneamente ambos fenómenos. (3)

La duración promedio en la primera etapa del trabajo de parto en primíparas es de 8 a 12 horas; en embarazos subsiguientes, 6 a 8 horas. Si la primera etapa de trabajo de parto dura más de 12 horas o si la dilatación cervical no avanza durante un período de 2 horas esto se considera anormal. (1)

Segundo período de trabajo de parto.

Al completarse la dilatación cervical entra en juego otra fuerza muy importante en el parto: la presión abdominal que, aunada a la fuerza contráctil del útero, impulsa al feto hacia el exterior y propicia el descenso de la presentación así como la expulsión del producto.

(1) Ralph C. B. op. cit. p 654

(3) Mondragón C. H. op. cit. p 139-143-147.

Tercer Período de Trabajo de Parto.

Este período comprende desde el nacimiento del producto hasta la expulsión de la placenta y sus membranas.

En la mecánica del parto es muy necesario conocer los principales diámetros del cráneo fetal, los cuales son:

Diámetro Suboccipitobregmático	de	9.5 cm.
Diámetro Occipitofrontal	de	11.5 cm.
Diámetro Occipitomentoniano	de	11.5 cm.
Diámetro biparietal	de	9 cm.
Diámetro bitemporal	de	8 cm. (3)

El diagnóstico de desproporción cefalopélvica se puede realizar con base en la exploración clínica y en los estudios auxiliares específicos como la cefalopelvimetría radiológica y el ultrasonido.

Cuando se encuentra una desproporción cefalopélvica, constituye una indicación absoluta para practicar operación cesárea; los casos dudosos por clínica o radiología deben manejarse con la llamada "Prueba de trabajo de parto". Se define como prueba de trabajo a un período de dos horas con esfuerzos voluntario adecuados en la segunda etapa de trabajo de parto y membranas rotas. Si el feto no puede nacer por vía vaginal para este tiempo, se elige cesárea. En esta prueba se llega a esta conclusión ya sea antes de la dilatación.

(3) Mondragón C. H. op. cit. p 55

tación completa del cuello uterino o antes que hayan transcurrido dos horas de la segunda etapa.

La prueba de trabajo de parto es en la actualidad una rareza. Se efectua del vigilancia del feto en caso de una posible-desproporción y siempre se presenta algún signo de sufrimiento fetal antes de que pueda concluirse la prueba. Si la cabeza no desciende a una velocidad. apropiada, por lo general es adecuada la práctica de cesárea para evitar que aparezca cualquier complicación o muerte materna y/o fetal. (4)

(4) Pernoll L. M. op. cit. p 512.

V. HISTORIA NATURAL DE LA DESPROPORCIÓN CEFÁLICA PELVICA

Concepto: Falta de armonía entre las dimensiones de la pelvis materna y las de la cabeza fetal, que impide que ocurra el nacimiento por vía vaginal. Esta falta de armonía puede originarse por alteraciones de la morfología de la cabeza fetal y la pelvis materna. (1)

PERIODO PREPATOGENICO

Agente:

De origen Materno:

- Promontorio y sacro sobresalientes que se interponene con la salida del producto.
- Acortamiento de uno de los diámetros de la pelvis ósea que puede guardar relación con una distòcia pèlvica (puede ser causa de raquitismo, espondilolistesis u otras anòmalias ortopédicas o traumáticas).
- Disminución espacial del estrecho superior de la pelvis en su porción mesopèlvica inferior a nivel de las espinas ciáticas, (pelvis platipeloide).
- Disminución del estrecho inferior a nivel de las tuberosidades isquiáticas.
- Estrechos pèlvica, (la mujer con pelvis estrecha a menudo tiene contracciones ineficaces desde el comienzo del trabajo).

(1) Mondragón C. H. Obstetricia Básica Ilustrada p. 530

jo de parto). (2)

De origen fetal:

- Posiciones y presentaciones defectuosas del feto.
- Macrosomía fetal
- Hidrocefalia.
- Anormalidades congénitas del feto. (1)

Huesped: Mujeres embarazadas.

Medio ambiente: Universal.

PERIODO PATOGENICO

Cambios anatomopatológicos:

- Osteomalacia, (disminución de calcio que produce reducción notable de la capacidad pélvica y del estrecho superior).
- Presencia de tumores en la pelvis.
- Anormalidades pélvicas secundarias a malformaciones de la columna vertebral, (pelvis cifótica, escoliótica con transmisión anormal de la fuerza sobre la pelvis).
- Lesiones de la articulación de la cadera.
- Padecimientos congénitos o hereditarios: luxación congénita de la cadera, condrodistrofia.
- Tuberculosis de la columna vertebral. (3)

(1) Mondragón C.H. op. cit. p 531.

(2) Ralph C. Benson Manual de Ginecología y Obstetricia p 249

(3) Pernoll L. M. Diagnóstico y Tratamiento ginecoobstétrico-
p 454.

Signos y síntomas inespecíficos:

- Presencia de contracciones dolorosas e irregulares.
- La cabeza fetal no desciende a una velocidad apropiada.
- Ruptura prematura de membranas (artificial o espontánea).
- Frecuencia cardíaca fetal dentro de los límites normales, (normal de 120 a 160 latidos por minutos).

Signos y síntomas específicos:

- Falta de progreso en el trabajo de parto con inercia uterina primaria.
- Alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal intraparto, -- (taquicardia o bradicardia).
- Alteraciones en la cabeza fetal como: caput succedaneum o moldeamiento.
- Ruptura prolongada de membranas.
- Trabajo de parto prolongado, (produce adelgazamiento del segmento uterino inferior, desarrollando un anillo de retracción patológica de Bandl, lo que indica rotura inminente de útero). (3)

Complicaciones:

- Rotura de la sínfisis del pubis especialmente si se emplean forceps.

(3) Pernoll L. M. op. cit. p 512.

- Parto prolongado.
- Sufrimiento o muerte fetal y/o materna.

NIVELES DE PREVENCIÓN

a) Prevención primaria.

1. Promoción de la salud:

- Pláticas educativas sobre: Higiene personal.
Higiene de la vivienda
El programa de planificación -
familiar.
- Orientación nutricional.
- Promoción para actividades de esparcimiento y recreación.
- Acudir al médico para atención prenatal.

2. Protección específica:

- Higiene del embarazo.
- Tener esquema de vacunación completa.
- Valoración clínica de la pelvis, en especial la pelvis verdadera la cual incluye el estrecho superior, la pelvis media y el estrecho inferior.
- Consejo genético.
- Tratamiento oportuno de la desproporción cefalopélvica.

b) Prevención secundaria:

1. Diagnóstico temprano:

- Historia clínica completa y cuidadosa.

- Exploración física completa.
- Valoración clínica de la pelvis.
- Exploración abdominal, (maniobras de Leopold).
- Pelvimetría radiológica y cefalometría.
- Ultrasonografía.

2. Tratamiento oportuno:

- Preparación física y psicológica de la paciente para la cesárea.
- Toma de muestras de laboratorio.
- Trasladar al quirófano lo más pronto posible.

PREVENCIÓN TERCIARIA

1. Limitación del daño:

- Mejoramiento de los hábitos higiénico dietéticos.
- Corregir la desnutrición.
- Control de la natalidad con métodos anticonceptivos.
- Respetar período intergenésico de 2 a 3 años.

2. Rehabilitación:

- Apoyo emocional.
- Practicar ejercicios ligeros de gimnasia para que los muscu los abdominales recuperen su tono normal.
- Integración a la vida familiar y social.

VI. HISTORIA CLINICA

Nombre: Silva Romero Mirella.
Estado Civil: Casada.
Ocupación: Hogar.
Escolaridad: Secundaria Terminada.
Religión: Católica.
Nacionalidad: Mexicana.
Servicio: Ginecobstétrica.
Cama: 143.
Fecha: 12 - V - 89.

Antecedentes Heredofamiliares.

Padre: Falleció por traumatismo craneoencefálico en accidente automovilístico a los 59 años de edad, - hace dos años.

Madre: De 50 años de edad, padece de hipertensión arterial, con inicio de paroximadamente 10 años, -- está en tratamiento médico.

Hermanos: Una hermana de 15 años y un hermano de 18 años - solteros niega que hayan tenido antecedentes -- transfuncionales, quirúrgicos, diabetes, cancer, epilepsia, etc...

Antecedentes personales no patológicos.

o Renta departamento con techo de concreto, cuenta con una recámara, cocina, salacomedor, baño y un pequeño patio. Pa-

ga de renta \$40,000 pesos mensuales, cuenta con agua intrado miciliaria, drenaje, las calles cuentan con alumbrado público y pavimentación, alrededor de donde ella vive no hay centro de salud, cuenta con transporte de camiones y cobis que la dejan a dos cuadras de donde ella vive, se baña cada tercer día con cambio de ropa diario, se lava los dientes una sola vez al día, se lava las manos cada que es necesario, descansa un rato por las tardes, come tres veces al día desayuna entre las ocho y nueve de la mañana, come entre las dos y tres de la tarde y cena como a las nueve de la noche.

Tipo de alimentos que come.

Alimento	Diario	Semanalmente
Leche	1 vaso	
Café	1 vaso por la noche	
Agua	4 a 5 vasos al día	
Té		2 veces a la sem.
Huevos	1 diario	
Carne		3 veces a la sem.
Tortillas	4 diarias	
Sopa (pasta)	1 porción	
Pan dulce	1 pieza	
Pan de sal	1 pieza	
Frijoles	1 porción	
Verdura		3 veces a la sem.
Pezcado		1 ó 2 veces por mes
Salsas	Poca	

Antecedentes personales no patológicos:

Padeció sarampión a los cuatro años, niega haber padecido otras enfermedades.

Antecedentes ginecoobstétricos.

Menarca a los 12 años, frecuencia cada 30 días, duración de 3 días en cantidad regular, pubarca a los 12 años, IVSA a los 19 años con un solo compañero, no lleva control de la fertilidad, FUR 2-VIII-88, G-1, P-0, A-0, C-0. Nunca se ha realizado el papanicolao, no sabe si su esposo esta circuncidado.

Padecimiento actual.

Acude al servicio de urgencias de tococirugía por presentar contractilidad uterina activa e irregular, sin salida de líquido transvaginal, membranas íntegras, FUR 2-VIII-88, FPP-9-V-89, embarazo de 40 SDG, al realizar la exploración abdominal se encuentra producto en presentación cefálica, cérvix con dilatación de 5 cm, al valorar la pelvis se toca el promontorio del sacro, las espinas ciáticas son prominentes y el diámetro bisquiático es reducido por lo que se ingresa con diagnóstico de desproporción cefalopélvica y se prepara para cesárea.

Exploración física.

Habitus exterior:

Femenina de 20 años de edad.

Facies característica del embarazo (cloasma en cara)

Biotipo endomesomórfica.

Actitud física libre.

Actitud psicológica adaptada.

Marcha no claudicante.

Movimientos normales.

Nivel socioeconómico y cultural medio bajo.

Cabeza: Normocefalo SDP.

Ojos: Pupilas isocóricas, simétricas, reflejo fotomotor normal.

Boca: Dentadura completa en regulares condiciones de limpieza.

Dedos: Bien implantados, simétricos con buena audición.

Nariz: Tabique central, narinas permeables, mucosas regularmente hidratadas.

Cabello: Delgado, corto desprendible, reseco de color café.

Cuello: Cilíndrico corto con buena movilidad, pulso carotídeo sin crónico con pulso radial y traquea central.

Tórax: Normal con movimientos de amplexión y amplexación normales, mamas turgentes con salida de secreción láctea, red venosa de Haller presente e hiperpigmentación de areola y pezón.

Abdomen: Blando doloroso a la palpación, el fondo de útero se encuentra dos traveses de dedo por debajo de la cicatriz umbilical con involución uterina normal, herida de 10 cm. de longitud limpia y seca con buen proceso de cicatrización.

Genitales: Normales de acuerdo a su edad y sexo, presencia -
de loquios serohemáticos no fétidos.

Miembros superiores: de forma, volumen y movimiento normales.

Miembros inferiores: Sin deformidad pélvica.

Terapéutica empleada.

Pre-Cesárea:

- 1.- AHNO.
- 2.- Sol glucosada al 5% de 100 p/24 horas.
- 3.- Tricotomía de la región abdominal y vulvoperineal.
- 4.- Vendaje de miembros inferiores.
- 5.- Tomar exámenes de laboratorio preoperatorios.
- 6.- Pasar a quirófano.

Post-Cesárea:

- 1.- Dieta líquida.
- 2.- Esquema de soluciones.
- 3.- Dipirona 1 gr PRN.
- 4.- Deambulacion y baño.
- 5.- Vendaje abdominal.
- 6.- Vigilar sangrado transvaginal e involucion uterina.

Exámenes de laboratorio.

Tipo	Valor normal	Paciente
Hemoglobina	12.8 - 17 g	10.5
Hematocrito	40 - 52 ml	15
Leucocitos	5,000-10,000	5,000
Linfocitos	24 - 38	20
Monocitos	4 - 9	5
Eosinófilos	1 - 4	3
Segmentados	45 - 65	50
En banda	0 - 7	3
Grupo	0	
Rh	Positivo	

En cuanto a la biometría hemática las cifras se encontraron dentro de los límites normales, éste examen sirve para - diagnosticar anémia por cifras bajas de hemoglobina, eritrocitos ó volumen globular medio en mujeres embarazadas, también indica desviaciones importantes en la cuenta de leucocitos en caso de que se presente alguna infección. Tuvo un grupo sanguíneo de 0 y un factor Rh positivo, este examen sirva para - descartar incompatibilidad del factor Rh de la madre. Conocer el sistema ABO es importante en caso de hemorragia materna o incompatibilidad sanguínea en el neonato. Se practicaron pruebas cruzadas en caso de que se necesite transfusión sanguínea.

Diagnóstico de enfermería:

Paciente femenina de 20 años de edad la cual coincide con la aparente, biotipo endomesomorfica, estado psicológico adaptada, proviene de medio socioeconómico medio bajo, orientada en sus tres esferas biopsicosociales, pálida, mucosa oral regularmente hidratada, mamas turgentes con salida de secreción láctea, herida quirúrgica infraumbilical de 10 cm. de longitud aproximadamente con buen proceso de cicatrización - limpia y seca, involución uterina normal por debajo de la cicatriz umbilical, escaso sangrado transvaginal de color lochia.

VII. PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

Nombre Silva Romero Mirella Edad 20 años Cama 143
 Servicio Gineco-obstetricia FECHA 12 - V - 89

Objetivos:

- Planear la atención del problema detectado.
- Proporcionar cuidados de enfermería específicos a una paciente con desproporción cefalopélvica.
- Brindar apoyo emocional.

Diagnóstico de enfermería:

Paciente femenina de 20 años de edad que coincide con la aparente biotipo endomesomórfica, estado psicológico adaptada, tranquila, proviene de nivel socioeconómico medio bajo, orientada en sus tres esferas biopsicosociales, pálida, mucosa -- oral regularmente hidratada, mamas turgentes con salida de secreción lactea, herida quirúrgica infraumbilical de 10 cm. de longitud aproximadamente con buen proceso de cicatrización - limpia y seca, el útero se encuentra dos traveses de dedo - por debajo de la cicatriz umbilical con involución uterina - normal, sangrado transvaginal escaso de color lochia.

PROBLEMA

Desproporción cefalopélvica.

MANIFESTACION

Trastorno en la fase activa del trabajo de parto.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA

La dilatación cervical retrasada en la fase activa del trabajo de parto y el descenso retrasado del feto constituyen los trastornos, los cuales comparten algunas características comunes indicadas a continuación. La dilatación retrasada en la fase activa se caracteriza por una velocidad de dilatación en la fase activa anormalmente lenta; o sea, menor de 1.2 cm/hora en las nulíparas, o menor de 1.5 cm/hora en las multíparas. El descenso retrasado del feto se caracteriza por una velocidad de descenso menor de 1 cm/hora en las nulíparas y menor de 2 cm/hora en las multíparas.

La patogenia de fondo es desconocida; pero se han implicado varios factores comunes, incluyendo desproporción cefalopélvica, que se encuentra en casi la tercera parte de las pacientes. Entre otros factores se incluyen malposiciones menores (OP), anestesia de conducción administrada impropia (anestesia epidural administrada por encima del dermatoma D10, o antes de la iniciación de la fase activa o en presencia de otros factores inhibidores), sedación excesiva y tumores pélvicos que obstruyen el conducto del parto. La terapéutica de los trastornos por retraso no está claramente establecida - excepto en casos con desproporción cefalopélvica documentada. En estas pacientes, es importante la evaluación definitiva de las relaciones fetopélvicas por medio del examen físico y, posiblemente, examen con rayos X. En presencia de despropor --

ción confirmada, se indica cesárea. (1).

ACCIONES DE ENFERMERIA

Vigilar el progreso de trabajo de parto mediante el partograma.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA.

El trabajo de parto por lo general se divide en tres etapas.

1.- La primera etapa comienza con el inicio del trabajo de parto y termina cuando la dilatación del cuello uterino -- (10 cm) es completa, esta suele ser la etapa más larga, y por lo general es más prolongada en los primeros embarazos. La duración promedio de la primera etapa en una primípara es de 8 a 12 horas; en una múltipara, de 6 a 8 horas.

2.- La segunda etapa del trabajo de parto se extiende -- desde la dilatación completa del cuello uterino hasta el nacimiento completo del feto y varía desde unos pocos minutos -- hasta varias horas dependiendo de factores tanto fetales como maternos. Por lo general, en el trabajo de parto normal no es mayor de dos horas.

3.- La tercera etapa es el periodo desde el nacimiento -- del feto hasta el alumbramiento de la placenta.

Durante la primera etapa, el borramiento acompaña a la

(1) Pernoll L. M. Diagnóstico y tratamiento Ginecoobstétrico
P 462.

dilatación, es difícil determinar con precisión cuando comienza el trabajo de parto; por regla las contracciones uterinas - ocurren cada dos a tres minutos y duran de 30 a 45 segundos - dan por resultado dilatación y borramiento del cuello uterino y descenso de la parte de presentación. Esta etapa puede durar menos de una hora o más de 24 horas dependiendo de la paridad, frecuencia, intensidad y duración de las contracciones uterinas, capacidad de cuello uterino para dilatarse, diámetros fetopélvicos, presentación y posición del feto. La segunda etapa varía desde unos pocos minutos hasta varias horas dependiendo de las causas antes mencionadas. La rapidez de desprendimiento y los medios de alumbramiento de la placenta - determinarán la duración de la tercera etapa (1)

EVALUACION.

La señora Mirella continúa con el trastorno de la fase activa del trabajo de parto por lo que se decide prepararla para operación cesárea.

MANIFESTACION

Dolor en herida quirúrgica, de aproximadamente 10 cm. de longitud.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA.

Se llama operación cesárea a la intervención quirúrgica que tiene por objeto extraer el producto de la concepción a través de una incisión de la pared abdominal y uterina. Las- (1) Pernoll C.M. Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétrico p 188.

indicaciones de la operación cesárea se dividen en absolutas, aquellas en que no existe otro recurso (ejemplo, DCP); relativas, se indica porque ofrece mayores ventajas en el caso de que sea posible atender el parto por vía vaginal, y electiva-cuando el médico la escoje por ser el método más conveniente-para la madre y el feto con base en factores justificantes(2).

Algunas regiones del organismo poseen receptores sensoriales que son principalmente para el dolor entre estas se encuentran incluidas las víceras del abdomen, los músculos y tendones poseen sensibilidad esquisita para el dolor.

Las fibras A transmiten la sensación tipo punzante hasta la médula espinal y de ahí suben a través de los conductos espinotalámicos hasta el talamo, del talamo las señales son --transmitidas hasta el área somestésica de la corteza cerebral.

Se ha postulado que las células lesionadas liberan enzimas proteolíticas que desdoblan la bradiquinina y otras sustancias químicas similares a las globulinas hacia el líquido intersticial. Estos compuestos son los encargados de estimular los receptores para el dolor.

- a) La histamina que liberan las células lesionadas probablemente también actúen como irritante. Es probable que el ácido láctico que se acumula en los tejidos durante el metabolismo anaerobio actúe como estímulo doloroso. (7)

(2) Mondragón C. H. Obstetricia Básica Ilustrada p 600

(7) Rohweder Nordmark Bases Científicas de la Enfermería p417

ACCIONES DE ENFERMERIA

Proporcionar ASA 500 mg vía oral cada seis horas o por razón necesaria.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA.

El ASA actúa en estructuras profundas intracerebrales a nivel del talamo también ejerce influencia en estructuras periféricas como vasos sanguíneos, posee efectos antiinflamatorios al inhibir la síntesis de prostaglandinas y sustancias autacoides que están presentes en los tejidos o líquidos corporales y que ejercen efectos de índole sistémico. (3)

EVALUACION.

El dolor disminuyó considerablemente y favoreció que la señora se levantara a deambular con más tranquilidad.

MANIFESTACION

Ingurgitación mamaria.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA.

Se presenta en la primera semana posparto y es producto de congestión vascular y acumulación de leche. Las pacientes con mayor propensión a la ingurgitación son las primíparas y las que poseen mamas inelásticas. La vascularidad y el edema

(3) Jeanne C. Scherer Introducción a la Farmacología p 65

aumentan en el segundo día posparto, puede ingurgitarse la areola o la mama. El masaje mamario preparto y la alimentación a libre demanda durante todo el día ayudan a evitar la ingurgitación en estas pacientes. Cuando la areola está ingurgitada, el pezón está ocluido y no es posible que el lactante sujete adecuadamente la areola con la boca. En presencia de ingurgitación las mamas se tornan firmes e hipertérmicas, pueden palpase los lóbulos como masas irregulares e hipersensibles. Es de esperarse un malestar general considerable y con frecuencia se presenta febrícula. Los casos leves pueden resolverse mediante aspirina u otros analgésicos, o vaciar las mamas en forma manual. (1)

ACCIONES DE ENFERMERIA

Enseñar a la señora Mirella a dar masaje en forma manual y a aplicar compresas frías para disminuir el dolor por la ingurgitación.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA.

El masaje manual actúa como una bomba negativa que produce presión negativa, siendo útil para aumentar el reflejo de descenso lácteo en pacientes con mamas ingurgitadas. El frío se aplica en forma general o local, reduce el metabolismo basal contra los vasos sanguíneos periféricos y de los líquidos tisulares, por consiguiente alivia el dolor causado -

(1) Pernoll L. M. op. cit. p 249

por el aumento de líquido circulante en los tejidos. Enseñar a vaciar las mamas en forma manual, la madre deberá sostener la mama con sus dedos y con los pulgares desde el punto distal dar masaje suave en dirección a la areola, una vez que se han reblandecido los lóbulos periféricos se efectúa la expresión areolar. Las bombas manuales producen presión negativa sólo en la areola y deben acompañarse de masaje de los lóbulos distales de la mama. (1)

EVALUACION

Se le enseñó a dar masaje en las mamas manualmente lo que disminuyó el dolor y favoreció la bajada de la leche.

ACCIONES DE ENFERMERIA.

Medir y registrar signos vitales.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA

Temperatura, pulso y respiración han sido llamados de manera tradicional como signos vitales o cardinales de vida. Junto con la presión arterial y el latido cardiaco revelan las funciones básicas del organismo humano, en forma específica en los campos del funcionamiento en relación con los estados de temperatura, circulación y respiración.

Temperatura: Es posible que la temperatura de la mujer durante el puerperio inmediato (24 horas), se eleve a 38°a

(1) Pernoll L. M. op. cit. p 249

a consecuencia de los efectos deshidratantes, reabsorción de pirógenos del parto. También puede elevarse por congestión mamaria.

Pulso: La frecuencia cardíaca puede disminuir por un período corto después del parto. Frecuentemente se observa bradicardia (pulso lento), con cifras de 50 a 60 latidos por minuto. El pulso lento puede durar por 6 a 8 días. El descenso de la frecuencia cardíaca se atribuye a una reducción del gasto cardíaco. Una elevación de la frecuencia cardíaca se atribuye a una pérdida excesiva de sangre, infección, dolor, ansiedad o enfermedad cardíaca.

Presión arterial: La presión arterial de la mujer en el posparto debe permanecer inalterada. Su descenso puede indicar aumento de la hemorragia uterina. Un aumento puede corresponder a un trastorno hipertensivo relacionado con el embarazo. Se debe evaluar la presión antes de proporcionar algún analgésico. (4)

EVALUACION

Los signos vitales se mantuvieron dentro de los límites normales en el puerperio inmediato.

ACCIONES DE ENFERMERIA

Observar la involución uterina.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA

El útero aumenta en forma notable de tamaño y peso durante el embarazo (alrededor de 11 veces más que el peso del -- útero no grávido), pero involuiona de manera rápida después del parto, los estrógenos la progesterona y la distensión del músculo ejercen efectos sinérgicos sobre la síntesis de actio misina y colágena. Inmediatamente después del parto el útero pesa alrededor de 1 Kg y su tamaño se aproxima al de un embarazo de 20 semanas (a nivel de la cicatriz umbilical). Al -- final de la primera semana postparto en condiciones normales-- habrá disminuido de tamaño palpandose a nivel de la sínfisis del pubis. Durante la primera semana ocurre disminución del-- 31% de la superficie uterina, durante la segunda y tercera se-- mana es de 48% y posteriormente del 18%. Los cambios se de-- ben a modificaciones del órgano. (1)

EVALUACION

La paciente presentó involución uterina normal.

ACCIONES DE ENFERMERIA

Mantener vena permeable, iniciando con solución glucosada al 5% de 1000 p/8 horas, y en la postcesárea continuar con esquema de soluciones (glucosada al 5% de 1000 p/8 hrs, mixta e 1000 p/8 hrs., glucosada al 5% de 1000 p/8 horas).

(1) Pernoll L. M. Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétrico
p 220

FUNDAMENTACION CIENTIFICA

La infusión de líquidos directamente en una vena periférica está indicada cuando la paciente no puede tomar líquidos por vía bucal. La infusión permite que el paciente obtenga mucho líquido, electrolitos y sustancias nutritivas que le son necesarias para vivir además, éste método tiene la ventaja de su rápida absorción, que es particularmente al administrar ciertos medicamentos. (5)

El aumento total de agua durante el embarazo es de casi 8.5 litros; 6.5 litros pasan al espacio extra celular y 2 litros al intracelular. Dos terceras partes de dicho líquido extracelular se distribuyen en los tejidos maternos y la otra tercera parte en los contenidos intrauterinos. De los 4 litros, acumulados en los tejidos maternos, 1.5 litros se encuentra en los volúmenes eritrocitario y plasmático expandidos y 2.6 litros en el espacio intersticial.

Como resultado de las pérdidas insensibles de agua, el peso materno disminuye en promedio de 5.5 kg. por el trabajo de parto, el nacimiento del lactante, la expulsión de la placenta y la pérdida del líquido amniótico. La paciente promedio puede perder otros 4 kg. durante el puerperio como resultado de excreción de líquidos y electrolitos acumulados durante el embarazo. (1)

(1) Pernoll L. M. op. cit. p 222

(5) Beverly Hitter Du. Gas Tratado de Enfermería Práctica -- p 462.

Por lo tanto es importante proporcionar calorías, líquidos y electrolitos perdidos a través de una vena periférica - a la paciente en el postparto quirúrgico.

Solución Glucosada: La solución glucosada se presenta en diversas concentraciones (2.5%, 5%, 10%), se administra por vía endovenosa como fuente calórica en solución. Los preparados de este tipo aportan 3.4 calorías por gramo de glucosa de esta forma 1000 ml. de solución glucosada al 5% aportan 170 - calorías y 1000 ml. de líquido. Se utiliza para reponer el - volumen hídrico, en caso de pérdida de sangre, plasma o agua. (6)

Cloruro Sódico al 0.9%: Se administra por vía endovenosa para reponer líquidos isotónicos. Corrige la deplección ligera de sodio y procede por lo regular a las transfusiones de -- sangre. Contribuye a mantener las relaciones de presión osmótica adecuadamente, proveen sistemas amortiguadores y otros mecanismos para el equilibrio ácido base, proporciona un equilibrio iónico adecuado para la irritabilidad neuromuscular normal y para las funciones celulares. A menudo sirven como activadores enzimáticos. Los electrolitos están distribuidos en todos los líquidos corporales, por lo que deben mantenerse concentraciones adecuadas de electrolitos tanto intra como extracelularmente para que el funcionamiento celular sea eficaz. (7)

Solución mixta: Proporciona equilibrio adecuado de calo-

rias y electrolitos. Puede dar lugar a sobrecarga circulatoria. (6)

EVALUACION

La paciente recibió adecuado aporte calórico e hídrico.

ACCIONES DE ENFERMERIA

Ayudar a la paciente a que se bañe.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA.

El baño se debe realizar tan pronto como la paciente lo tolere, de 6 a 12 horas postcesárea. El agua y el jabón sirven de arrastre mecánico por lo que impide que se pueda presentar un proceso infeccioso en la herida, además favorece el -- riego sanguíneo y ayuda a un relajamiento muscular por lo - tanto favorece el bienestar. (1)

EVALUACION

La paciente refiere que con el baño volvió a vivir, lo - que significa que se sintió mejor.

ACCIONES DE ENFERMERIA

Propiciar la ambulación temprana.

(6) Ellen Baily R. Enfermería Clínica p 114

(1) Pernoll L. M. op. cit. p 236 - 37.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA

La costumbre de la ambulaci3n temprana despu3s del parto vaginal o quir3rgico beneficia a la paciente. La ambulaci3n proporciona una sensaci3n de bienestar, acelera la involuci3n uterina, mejora el drenaje uterino, favorece el peristaltismo intestinal y evacuaci3n vesical, reduce la frecuencia de tromboflebitis postparto. Despu3s del segundo d3a postparto la paciente puede estar afuera de la cama segun lo desee, la ambulaci3n precoz no significa el retorno a la actividad normal - (1)

ACCIONES DE ENFERMERIA

Proporcionar vendaje abdominal.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA

El vendaje abdominal proporciona mayor fortaleza a los tejidos, disminuye el esfuerzo muscular y proporciona comodidad. Los vengajes deben aplicarse solo en zonas limpias, la presi3n sobre los tejidos puede afectar la circulaci3n, el vendaje se aplica desde la parte distal hacia la proximal del cuerpo para facilitar el retorno venoso al coraz3n, la fricci3n puede producir traumatismo mec3nico en el epitelio por lo que se debe separar las superficies cut3neas para prevenir fricci3n y maceraci3n. (5)

(1) Pernoll L. M. op. cit p 236 - 37

(5) Beverly Witter Dugas op. cit p 343.

EVALUACION

El vendaje proporcionó mayor seguridad a la paciente, favoreciendo una deambulación temprana.

ACCIONES DE ENFERMERIA.

Proporcionar dieta líquida.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA

Después de la cirugía cuanto más rápido acepte la paciente su dieta más rápida será la reanudación de la función intestinal normal al estimular el peristaltismo de los intestinos para secretar el jugo digestivo y normalizar la función gástrica e intestinal, puede ser aconsejable continuar el complemento diario de vitaminas y minerales durante el puerperio temprano. (1).

EVALUACION

La señora Mirella manifestó tener bastante apetito en el puerperio inmediato.

ACCIONES DE ENFERMERIA

Vigilar el sangrado transvaginal.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA.

Los loquios rojos son la secreción uterina sanguinolenta que contiene restos de tejido. Se denominan loquios serosos-

(1) Pernoll L. M. op. cit. p 235.

cuando pocos días después se vuelven más pálidos. Durante la segunda semana los loquios se vuelven más espesos mucoides y de color blanco amarillento, coincidiendo con un predominio de leucocitos y células deciduales degeneradas. Los loquios proporcionan un buen medio de cultivo para el crecimiento de microorganismos. La propiedad bactericida del tejido de granulación del útero asegura una cavidad uterina virtualmente estéril.

EVALUACION

Los loquios de la señora fueron de color blanco amarillento mucoides coincidiendo con el aumento de leucocitos y células deciduales.

ACCIONES DE ENFERMERIA

Brindar apoyo emocional.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA

Con el fin de mantener y obtener el equilibrio psicológico, una persona debe tener relaciones satisfactorias con otros seres humanos tanto individuales como en grupos. La sensación de sentirse atendido por otra persona es necesario para la homeóstasis psicológica, la presencia física de aquellas personas que son importantes afectuosamente reafirma el individuo que está siendo atendido.

EVALUACION

La señora manifestó que estaba agradecida por la atención que se le brindó en el hospital para su mejor y más rápido restablecimiento.

VIII. CONCLUSIONES

El manejo terapéutico que proponen los autores cuando se detecta una desproporción cefalopélvica, constituye una indicación absoluta para practicar cesárea, los casos dudosos por clínica deben manejarse con la llamada prueba de trabajo de parto debiéndose observar cuidadosamente su evolución, hasta que ocurra el parto, la prueba de trabajo de parto será positiva cuando durante el tiempo de observación, progrese la dilatación y descienda la presentación, la prueba será negativa si en cuatro horas permanece estacionario el trabajo de parto, el manejo que recomiendan los autores es igual al manejo terapéutico que proporciona el Hospital General de Cuautitlán "General José Vicente Villada".

IX. BIBLIOGRAFIA

- Benson C. Ralph Manual de Ginecología y Obstetri-
cia septima edición editorial Ma-
nual Moderno México 1985 p349
- Burroughs Arlene R. N. Enfermería Materno Infantil de Ble-
ier quinta edición editorial Inte-
ramericana México, 1988 p 542.
- Beverly Witter Dugas Tratado de enfermería práctica ter-
cera edición editorial Interameri-
cana México 1983 p 544.
- D.N. Danforth Tratado de Obstetricia y Ginecolo-
gía cuarta edición editorial In-
teramericana México 1987 p 1287.
- Ellen Baily Raffensperger. Consultor de enfermería clínica --
primera edición editorial Oceano -
España 1989, p 821.
- Joellen Watson Hawkins Enfermería Ginecológica y Obstétri-
ca editorial Harja México 1987 -
p 585.
- Jeane C. Scherer Introducción a la farmacología cli-
nica segunda edición editorial Har-
ja México, p. 451.

- Louverne Wolff Lewis Fundamentos de Enfermería segunda edición editorial Harla México - 1983 p. 535.
- Lillian Sholtis Enfermería Medicoquirúrgica tercera edición editorial Interamericana México 1983 p. 1533
- Mondragón C. H. Obstetricia Básica Ilustrada tercera reimpresión editorial Trillas - México 1986 p. 685.
- Malinowski Burdín.
Lederman - Williams El parto: papel de la enfermera -- primera edición editorial Interamericana México 1981 o. 174.
- Nordmark - Rohweder Bases Científicas de la Enfermería quinta edición editorial Prensa Médica México. 1987 p. 712.
- Niebyl, Jennifer R. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas segunda edición editorial Interamericana México, 1980 p. 112.
- Pernoll L. M. Diagnóstico y Tratamiento Gineco-obstétrico quinta edición editorial Manual Moderno, México 1989 - p. 1190.

- Ruth Perin Stryker Enfermería de Rehabilitación primera edición editorial Interamericana México, 1974 p. 210.
- Ruth S. de Orellana Dietas Normales y Terapéuticas segunda edición editorial Prensa Médica Mexicana, México, 1981. p.320
- Silvio Aladjem. D.V. Atlas de perinatología primera -- edición editorial Salvat España -- 1981 p. 493.
- Z.L. Burrell Cuidado Intensivo tercera edición editorial Interamericana México -- 1983 p. 334.

X A N E X O S

GLOSARIO DE TERMINOS

Acción de enfermería: Aquellas medidas que llevan a la práctica las enfermeras para ayudar a los pacientes a alcanzar metas sanitarias.

Ansiedad: Respuesta emocional a peligro de origen desconocido.

Antipirético: Agente que reduce la fiebre.

Autocoide: Término que designa a las sustancias orgánicas específicas formadas por las células de un órgano que pasan a la circulación general y producen en otros órganos efectos semejantes a los de los fármacos. Comprende los productos de secreción interna: hormonas, calonas, hormazonas, etc.

Bradycardia: Latido cardiaco muy lento, que se manifiesta por un pulso de menos de 60 latidos por minuto.

Bradycardia fetal: (menos de 120 latidos por minuto). - Por el esfuerzo sostenido y las alteraciones metabólicas fetales, el corazón disminuye la frecuencia de sus contracciones.

Circulación: Movimiento de una masa por un curso regular, como la circulación de la sangre.

Deshidratación: Separación del agua de una sustancia o compuesto. Disminución o pérdida del agua de constitución de los tejidos. Pérdida del agua y sodio del espacio inters-

ticial. Intracelular pérdida de electrolitos intracelulares - con alteración de la membrana celular.

Desnutrición: Trastorno de la nutrición por defecto de asimilación o exceso de desasimilación de nutrientes.

Diagnóstico de enfermería: Apreciación de aquellas necesidades de los pacientes que pueden ayudar a una enfermera a llevar al cabo la acción de enfermería.

Dolor: Sensación desagradable por estimulación de las terminaciones nerviosas especializadas.

Hemoglobina: Pigmento rojo del eritrocito, que transporta oxígeno.

Osteomalacia: Trastorno metabólico de los huesos, consiste en una deficiente mineralización en la matriz ósea normalmente constituida que aparece principalmente a continuación de embarazos repetidos, caracterizada por la blandura progresiva de los huesos, con flexibilidad y fragilidad tales que se hacen impropios para cumplir sus funciones, asociada con dolores reumáticos y extenuación progresiva que conduce generalmente a la muerte.

Raquitismo: Enfermedad del período de crecimiento, casi siempre debida a la falta de vitamina D, si bien puede relacionarse con diversas alteraciones del metabolismo del calcio y fósforo. En los adolescentes presenta deformidad del esque

leto que aparecen en la pubertad. Semejante a la del raquitismo verdadero.

Valoración clínica de la pelvis: Constituye un procedimiento fundamental previo a la atención del parto, que debe realizar todo obstetra, ya que permite establecer un pronóstico del parto.

HISTORIA NATURAL DE LA DEPROPORCIÓN CEFALOPELVICA

PERIODO PREPATOGENICO				Complicaciones	Muerte
<ul style="list-style-type: none"> - Agente de origen materno: - Promontorio y sacro subnatales que se interponen con la salida del producto. - Acortamiento de los diámetros de la pelvis ósea. - Estrechez pélvica. 				<ul style="list-style-type: none"> - Rotura de la sínfisis del púbis especialmente si se emplea forceps. - Parto prolongado 	
<ul style="list-style-type: none"> - Agente de origen fetal: - Macrosomía fetal. - Hidrocefalia. - Anormalidades congénitas del feto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Horizonte clínico - Cambios anatómicos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Signos y síntomas inespecíficos. - Inicio irregular en el trabajo de parto. - Productos en presentación cefálica libre. - Ruptura prematura de membranas. - Cervix con dilatación mínima de dos centímetros. 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de progreso en el trabajo de parto con inercia uterina primaria. - Sufrimiento fetal. - Trabajo de parto prolongado. - Caput succedaneum o moldeo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sufrimiento o muerte fetal y/o materna. 	Recuperación
<ul style="list-style-type: none"> - Huesped: - Mujeres embarazadas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Osteomalacia - Presencia de tumores en la pelvis. - Tuberculosis de la columna vertebral. 				
<ul style="list-style-type: none"> - Medio ambiente: - Universal. 					

PREVENCIÓN PRIMARIA		PREVENCIÓN SECUNDARIA	PREVENCIÓN TERCIARIA
Promoción a la salud	Protección específica	Diagnóstico precoz y oportuno	Limitación del daño
<ul style="list-style-type: none"> - Orientación sobre el programa de planificación familiar. - Orientación nutricional. - Promoción para actividades de esparcimiento y recreación. - Orientación acerca de las enfermedades venereas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Higiene del embarazo. - Esquema de vacunación completa. - Valoración clínica de la pelvis. - Consejo genético. 	<ul style="list-style-type: none"> - Historia clínica completa y cuidadosa. - Exploración física completa. - Valoración clínica de la pelvis. - Exploración abdominal (maniobras de Leopold). - Pelvimetría clínica externa y radiológica. - Ultrasonografía. - Evaluación del trabajo de parto. - Preparación física y psicológica para la cesárea. - Cuidados específicos de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> - Control de la natalidad con métodos anticonceptivos. - Respetar período intergenésico de dos a tres años. - Integración a la vida familiar y social. - Brindar apoyo emocional. - Practicar ejercicios ligeros de gimnasia, para que los músculos abdominales recuperen su tono normal.

C R O N O G R A M A

Actividades de mayo a junio de 1990.	1-2	3-11	12-14	15-17	18-19	20-22	23-24	25-26	27-15
Selección de paciente con desproporción cefalopélvica.	/ / /								
Recopilar información para el PAE.		/ / /							
Jerarquización de problemas detectados.			/ / /						
Realizar historia natural de la enfermedad.				/ / /					
Elaboración de historia clínica de enfermería.					/ / /				
Establecimiento de un plan de atención.						/ / /			
Sugerencias y conclusiones.							/ / /		
Revisión del PAE.								/ / /	
Examen profesional.									• • • •



Actividades realizadas.



Actividades en trámite.