



**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA
Y OBSTETRICIA**

**“PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA: APLICADO A
UNA PACIENTE CON EMBARAZO DE 37.2 SEMANAS
DE GESTACIÓN CON SUFRIMIENTO FETAL AGUDO**

**T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

**P R E S E N T A :
GÓMEZ LÓPEZ, JUANA**

NO. DE CUENTA: 400107709

**DIRECTORA DE TRABAJO
LIC. ARMANDO ORTEGA GUTIERREZ**



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.

INDICE

Autorizo a la Direccion General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electronico e impreso el contenido de mi trabajo profesional.

NOMBRE

Gomez Lopez

FECHA

12 NOV - 03

FIRMA

	PAG
INTRODUCCIÓN	1
I.- OBJETIVOS	2
1.1.- General	
1.2.- Especificos	
II.- JUSTIFICACIÓN	3
III.- METODOLOGÍA	4
IV.- MARCO TEÓRICO	5
V.- HISTORIA CLÍNICA MÉDICA	43
VI.- HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA DE VIRGINIA HENDERSON	45
VI1.- .- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	58
VIII.- PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA	59
IX.- PLAN DE ALTA	64
X.- CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	66
XI.- BIBLIOGRAFÍA	68
XII.- GLOSARIO DE TÉRMINOS	69

Anexo N1 Formato historia clínica de enfermería de Virginia Henderson

INTRODUCCIÓN

La enfermera, como otros profesionales y especialistas en salud tiene y comparte el compromiso de ayudar a que las personas logren una vida plena y saludable, así como también tiene la obligación de contribuir a la innovación en servicios especializados que mejor atiendan las necesidades humanas fundamentales: A lo largo de la historia, las sociedades se han preocupado por la salud de los individuos, existen referencias acerca de que quienes proporcionaban los primeros cuidados eran mujeres.

El proceso de atención de enfermería es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales, es también un ciclo de cinco etapas, las cuales son valoración, Diagnóstico de enfermería, planeación, ejecución y valoración.

El sufrimiento fetal se puede definir como aquel estado en que por disturbio fisiopatológico, está reducido el aporte nutricional de la madre hacia el feto a través de la placenta y este déficit en el producto se presenta por hipoxia y acidosis también se puede definir como la pérdida de la homeostasis, o sea la presencia de un estado agudo en el que existen múltiples alteraciones en el equilibrio de su medio interno.

El presente Proceso de atención de Enfermería se enfoca a una paciente femenina de 21 años de edad con Dx de embarazo de 37.2 SDG con sufrimiento fetal agudo en el servicio de labor del Hospital General de Cuautitlan. "Gral. José Vicente Villada.

Los apartados que comprende el trabajo son: objetivos, justificación, metodología, marco teórico, Historia clínica, plan de cuidados de enfermería, plan de alta, glosario de términos, conclusiones y sugerencias, anexos y bibliografía

I.- OBJETIVOS

GENERAL:

Elaborar un proceso de atención de enfermería a una paciente de 21 años con Diagnóstico Embarazo de 37.2 SDG con Sufrimiento Fetal Agudo en el servicio de labor en el Hospital General de Cuautitlan "Gral. José Vicente Villada.

ESPECÍFICOS

- Aplicar los conocimientos obtenidos durante la Carrera de Licenciado en enfermería y obstetricia en todas las materias llevando a cabo un proceso de atención de enfermería
- Proporcionar una atención de enfermería con calidad y calidez que repercuta en una mejor resolución del parto
- Evaluar la atención de enfermería que se proporciona durante el trabajo de parto.

II.- JUSTIFICACIÓN

En los últimos años el proceso de atención de enfermería (PAE) ha sido el sujeto y no el objeto de la enfermería principalmente en los ámbitos educativo y asistencial, esta transición ha sido producto de un proceso natural al desarrollo conceptual y metodología de la disciplina, sin embargo a la par de este hecho se ha sumado el no menos inquietante reto de aplicar los modelos o teorías de enfermería en áreas de orientar a la práctica enfermera hacia el cuidado de la persona.

Sin embargo en los últimos 10 años, el PAE ha sido considerado como una herramienta puente entre la práctica y la teoría..

Henderson es sin duda una iniciadora en las formas del pensamiento científico de la enfermería al plantear la necesidad de clarificar la práctica de enfermería, Bajo esta visión establece una serie de conceptos que sin ser un estricto diseñados como una teoría, permiten al gremio de enfermería ubicar en cada situación de la práctica los elementos del paradigma y explicarlos.

El presente proyecto sera realizado para elevar la calidad de atención de la paciente con embarazo de termino con sufrimiento fetal con la finalidad de contribuir a una correcta resolución del parto y elevar la calidad de vida de la paciente. Así mismo disminuir la inequidad social que representan la muerte materna y perinatal en nuestro país.

III.- METODOLOGÍA

El presente Proceso atención de enfermería será asesorado por el Lic. Ortega Gutiérrez Armando que llevara a su cargo las Asesorías programadas las cuales serán semanales donde se revisara el proyecto verificando avances del igual.

El Proceso atención de enfermería se llevara a cabo en el Hospital General de Cuautitlan "Gral. José Vicente Villada en el servicio de Labor en el turno Matutino con la paciente FOC de 21años, con diagnostico Médico embarazo de 37.2 SDG con Sufrimiento fetal agudo en el mes de Septiembre del 2003

IV.- MARCO TEÓRICO

1.- ENFERMERÍA

1.1.- Concepto

1.2Historia de la enfermería

2.- PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

2.1 PAE

3.- MODELOS DE VIRGINIA HENDERSON

3.1.- Referencias y antecedentes personales

3.1.- Concepto de teoría

3.2.- Conciencia de ciencia

3.3.- Concepto de Conocimiento

3.4.- Supuestos principales

3.4.- 14 necesidades básicas

4.-. PELVIS ÓSEA OBSTÉTRICA

4.1.- Pelvis ósea

4.2.- Estrecho superior

4.3.- Estrecho medio

4.4.- Estrecho inferior

4.5.- Morfología de la pelvis en el estrecho superior

4.6.- Planos de la pelvis

4.7.- Ligamentos y musculos pélvicos

5.- ANATOMÍA DEL APARATO GENITAL FEMENINO

5.1.- Genitales externos

5.1.1.- Monte de venus

5.1.2.- Vulva

5.1.3.- labios mayores

5.1.4.- Labios menores

5.1.5.- Clitoris

5.1.6.- Vestíbulo

5.1.7.- Himen

5.2.- Genitales internos

5.2.1 Vagina

5.2.2.- Útero

5.2.3.- Trompas de Falopio

5.2.4.- Ovarios

6.- TRABAJO DE PARTO

6.1.- Periodo de borramiento

6.2.- Periodo de dilatación

6.3.- Periodo de expulsión

7.- Sufrimiento fetal

7.1.- Definición

7.2.- Sufrimiento fetal agudo

7.3.- Fisiología del sufrimiento fetal agudo

7.4.- Detección del sufrimiento fetal agudo en el trabajo de parto

7.5.- Conducta terapéutica en el sufrimiento fetal agudo

2.- PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

2.1 PAE

Definición

" Es un método sistemático y organizado, de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas humanas de las personas o grupos a las alteraciones de la Salud"¹

De la fase anterior se rescatan varios aspectos:

Es un procedimiento metódico de la intervención práctica de enfermería, y no de investigación.

Tiene un propósito inmediato a través de las acciones: Brindar cuidados de Enfermería²

El objetivo principal: Es promover mantener y recuperar la salud a ayudar a los pacientes a lograr una muerte pacífica, por otro lado permite a los individuos o grupos dirigir sus propios cuidados de salud hasta el máximo de sus capacidades.

El método enfermero hasta el día de hoy consta de 5 etapas:

1.- VALORACIÓN

Es la primera etapa del método Enfermero, incluye: la obtención de datos de forma sistemática, la confirmación, clasificación, organización de los datos y la datos y la documentación³

El profesional de enfermería recoge los datos del paciente de diferentes fuentes sin perder de vista que la persona debe ser considerada como la fuente principal o

¹ Alfaro, R;1995

² Hernández, C y Esteban, A 1999

³ Potter, P. 1996

primaria; mientras que la familia y otras personas significativas, los reportes médicos, registros varios, entre otros, se constituyen en fuentes secundarias.

Existen 2 tipos de valoración

1.- La valoración básica que se desarrolla durante la entrevista

2.- La valoración focalizada que se realiza para explorar un aspecto de particular interés

La valoración requiere de diversos métodos para la recolección de datos: una de ellas en la entrevista, que se define como una comunicación planificada o una conversación con finalidad y la exploración física, entendida como el reconocimiento de los biológicos indispensables para la conservación de la vida; ambos momentos permanentemente vinculados.

El instrumento para la valoración permite de manera organizada explorar conceptos o relaciones conceptuales de la persona, para elaborar posteriormente las inferencias, hipótesis o diagnóstico de enfermería.

En la actualidad los instrumentos de valoración en la disciplina de enfermería, tienden a basarse en los modelos conceptuales o teorías. A partir del esquema conceptual se construye la lógica de los juicios e intervenciones.

2.- DIAGNÓSTICO

Es la segunda etapa del Método de trabajo Enfermero, en la cual se organizan y se agrupan los datos con el propósito de identificar y describir el estado de salud de la persona con el vocabulario y conceptos de la Teoría elegida como marco conceptual.

Debe entenderse al diagnóstico como un juicio acerca del problema de un paciente. La índole u origen del problema es tal que puede resolverse con intervención de enfermería.

Esto significa que está lejos de ser un diagnóstico médico, un sinónimo de las acciones de enfermería o un objetivo de la enfermera.

Se pueden emitir diagnósticos de enfermería en la medida que se tiene conocimiento de las ciencias básicas, quien no conoce de la naturaleza humana no puede llegar a estos juicios.

Visto de este modo, el diagnóstico es pieza fundamental para la intervención de enfermería y el éxito de su participación, en beneficio de la persona.

3.- PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN

Corresponden a la tercera y cuarta etapa, implican el desarrollo de estrategias diseñadas para reforzar una respuesta de salud de la persona, o bien reducir o corregir respuestas insanas.

La planeación en sí misma es un subproceso que se consolida a partir de la toma de decisiones

Y la programación de un plan de acción, sin perder de vista el modelo teórico que se considere y el objetivo para la persona (sujeto de cuidado)

Las intervenciones de enfermería se establecen considerando las siguientes fases:

- Fijación de prioridades: en este punto la enfermera identifica los requisitos a cuidar de mayor a menor importancia, en el marco general de la salud de la persona.
- Posteriormente se planean los objetivos, mismos que dirigen el plan y le dan sentido de utilidad y beneficio para la persona.
- Desarrollo de las intervenciones.
- Documentación del plan a partir de retomar las perspectivas de la persona

La planeación adquiere sentido en la medida que se cumple la cuarta etapa.

4.- EJECUCIÓN.

En donde la enfermera al desarrollar las intervenciones planeadas para el cuidado del individuo, toma decisiones sobre la oportunidad y utilidad de cada una.

La ejecución es más que el acto mecánico de hacer por la persona, implica hacer con y para la misma a partir de considerar los siguientes aspectos: pertinencia y alcance de la intervención (ayuda, refuerzo, educación, entre otras).

5.- EVALUACIÓN.

Corresponde a la quinta y última etapa del Método de trabajo Enfermero, sin embargo existe a lo largo de las etapas anteriores, ya que permite la re-orientación de las intervenciones e incluso el replanteamiento de las hipótesis de trabajo o inferencias elaboradas por la enfermera.

Esta etapa suele comparar los resultados definitivos de la aplicación del plan de cuidados a la persona, con los objetivos. Implica la realización de 4 etapas

- ✓ Recolección de datos sobre las capacidades de la persona
- ✓ Comparación de los datos recuperados y los resultados
- ✓ Emisión de un juicio sobre la pertinencia de las intervenciones
- ✓ Revisión y retroalimentación del plan

1.- ENFERMERÍA

1.1.- Concepto

Enfermería:

Ciencia que comprende los conocimientos, actividades y aptitudes necesarios para atender correctamente las necesidades del individuo, grupo y comunidad, referentes a la salud, su conservación y promoción y su restablecimiento.

1.2.-Historia de la enfermería

El intentar hablar de la práctica de enfermería requiere de un conocimiento de las prácticas del cuidado desde las épocas prehistóricas.

El origen de los cuidados se remonta al comienzo de la vida; los hombres como todo ser vivo han tenido la necesidad del cuidado ya que éste es un acto inherente para perpetuar la especie.

La historia de los cuidados se perfila alrededor de dos hechos:

1.- Asegurar la continuidad de la vida con las líneas de prevención y mantenimiento de las funciones elementales de todo ser vivo(alimentación, higiene, educación, entre otra).

2.- Enfrentar a la muerte en donde aparecen mediadores entre "las fuerzas que concluían la vida" dando pie a la aparición de chamanes, brujos, sacerdotes y médicos⁴ Colliere en su libro Promover la vida apunta claramente como partir de estas 2 líneas surge la disciplina de enfermería, reconoce un tronco común de donde se desprende la corriente de la vida que favorece a la mujer en el ámbito de la partería y lo relacionado con el embarazo otorgándole un amplio reconocimiento social-probablemente por su capacidad reproductiva- mientras que la rama que lucha contra la muerte esta constituida por hombres que en diferentes vertientes aterrizan en la practica médica y de algún ramal surge la práctica de enfermería subalterna

3.- MODELOS DE VIRGINIA HENDERSON

3.1.- Referencias y antecedentes personales

Virginia Henderson nació en 1897, siendo la quinta de ocho hermanos. Originaria de Kansas City, Missouri, paso su infancia en Virginia, ya que su padre ejercía la abogacía en Washington D.C.

Durante la primera guerra mundial, despertó en Henderson el interés por la enfermería.

1918 ingresó en la escuela de Enfermería del Ejército en Washington, D:C:

1921 se graduó y acepto un puesto como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse service de Nueva York

1922 inicio su carrera docente en enfermería en el Norfolk protestant Hospital de Virginia

1929, Henderson ocupó el cargo de supervisora pedagógica en la clínica Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York

1930 Regreso al Teachers College como miembro del profesorado e impartió cursos sobre las técnicas de análisis en enfermería y prácticas clínicas hasta 1948.

1959 a 1971, Henderson dirigió el proyecto Nursing Studies Index subvencionando por Yale. El Nursing Studies Index se diseñó como un índice de anotaciones en 4 volúmenes sobre la bibliografía, análisis y literatura histórica de la enfermería.

1900 a 1959 fue autora o coautora de estos destacados trabajos.

1960, se publicó su folleto basic principles of Nursing Care para el International Council of Nurses, que fue traducido a más de 20 idiomas.

1988, recibió el premio Mary Tolle Wrigth Founders de la Sigma Theta Tau Internacional por su labor de liderazgo, uno de los más altos honores de esta sociedad

1988 En la convención de 1988 de la American Nurses Association (ANA), recibió una mención de honor especial por sus contribuciones a la investigación, la formación y la profesionalidad en la enfermería a lo largo de toda su vida.

Henderson falleció de muerte natural en Marzo de 1996 a la edad de 98 años. Su definición de enfermería es conocida internacionalmente y su trabajo sigue ejerciendo una gran influencia en la práctica, educación e investigación en el campo de la enfermería en todo el mundo Henderson se convirtió en una leyenda viva⁴

3.1.- Concepto de teoría

conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistemática de un fenómeno.

3.2.- Conciencia de ciencia

Es la observación, identificación, descripción, investigación experimental y explicación teórica de los fenómenos naturales

3.3.- Concepto de Conocimiento

Es la consciencia o percepción de la realidad adquirida a través del aprendizaje o la investigación

3.4.- Supuestos principales

ENFERMERÍA

- Una enfermera tienen como única función ayudar a individuos sanos o enfermos
- Una enfermera actúa como miembro de un equipo médico
- Una enfermera actúa al margen del médico, pero a poya su plan, si existe un médico encargado(henderson subrayo que la enfermera, por ejemplo una comadrona, puede trabajar de forma independiente y debe hacerlo así si en la persona sanitaria mejor preparada en la situación. La enfermera puede y debe diagnosticar y aplicar un tratamiento cuando la situación así lo requiere)
- Una enfermera debe tener nociones tanto de biología como de sociología

⁴ Marriner Tomey Alligood Modelos y Teorías en enfermería Ed Harcourt ed 4ta Madrid pp99-102

- Una enfermera puede valorar las necesidades básicas
- Las 14 componentes del cuidado de enfermería abarcan todas las funciones posibles de enfermería.

PERSONA

- Las personas deben mantener el equilibrio fisiológico y emocional.
- El cuerpo y la mente de una persona no se pueden separar
- El paciente requiere ayuda para conseguir la independencia
- El paciente y su familia constituyen una unidad
- Las necesidades del paciente están incluidas en los 14 componentes de enfermería

SALUD

- La salud es la calidad de vida
- La salud es fundamental para el funcionamiento humano
- La salud requiere independencia e interdependencia
- Favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo
- Toda persona conseguirá estar sana o mantendrá un buen estado de salud si tiene la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios.

ENTORNO

- Las personas que están sanas pueden controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en dicha capacidad.
- Las enfermeras deben formarse en cuestiones de seguridad
- Las enfermeras deben proteger a los pacientes de lesiones mecánicas.

- Las enfermeras deberán reducir al mínimo la posibilidad de accidentes a través de consejos en cuanto a la construcción de edificios, adquisición de equipo de mantenimiento.
- Los médicos se sirven de las observaciones y valoraciones de las enfermeras en las que basan sus descripciones para aparatos de protección.
- Las enfermeras deben conocer las costumbres sociales y las prácticas religiosas para valorar riesgos.

3.4.- 14 necesidades básicas

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber en forma adecuada
3. Evaluar los desechos corporales
4. Moverse y mantener una postura adecuada
5. Dormir y descansar.
6. Elegir la ropa adecuada (para vestirse y desvestirse)
7. Mantener la temperatura del cuerpo dentro de un margen adecuado seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales.
8. mantener la higiene corporal y un buen aspecto y proteger la piel.
9. Evitar los peligros del entorno y evitar dañar a los demás.
10. Comunicarse con los otros expresando las propias emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Actuar con arreglo a la propia fe.
12. Actuar de manera que se tenga la sensación de satisfacción con uno mismo
13. Disfrutar o participar en diversas formas de entretenimiento
14. Aprender, descubrir o satisfacer las curiosidades para alcanzar un desarrollo y una salud normales y acudir a los centros sanitarios disponibles

4.- PELVIS ÓSEA OBSTÉTRICA

4.1.- Pelvis ósea

Se compone de 4 huesos:

2 huesos iliacos o coxales

1 sacro

1 coxis

De atrás hacia adelante, se encuentra en el centro al sacro y se observa que está formado por 5 vértebras, la primera de las cuales, se articula con la quinta vértebra lumbar y forma con ella una prominencia llamada promontorio.

El coxis, porción más inferior de la columna vertebral, esta formado por vértebras atrofiadas, su articulación con el sacro es poco móvil, pero adquiere movilidad en el parto, lo que es importante durante el periodo expulsivo, esto ocurre en la sínfisis púbica, articulación de ambos iliacos en la parte anterior. Esta movilidad se debe a los manguitos ligamentos articulares que sujetan estas articulaciones se reblandecen durante el embarazo y permiten movimientos que no existen fuera de la gestación.

La pelvis ósea, desde el punto de vista obstetrico, se divide en pelvis menor y pelvis mayor y el plano de separación entre ellas, es el estrecho o la cintura que forman los huesos iliacos a nivel del pubis, por las líneas innominadas, por los alerones del sacro y el promontorio.

La pelvis mayor no tiene importancia desde el punto de vista obstétrico, está completamente abierta por delante y cerrada por los lados por las dos fosas iliacas y por detrás, por las últimas vértebras lumbares.

La pelvis menor es mas importante, por que va a constituir un obstáculo que se opone al parto y anatómicamente esta constituida por los huesos iliacos y por el sacro y para su estudio, de divide en estrecho superior, excavación y estrecho inferior.

4.2.- Estrecho superior

Esta formado de adelante hacia atrás; por el borde superior de la sínfisis del pubis, por el borde superior de los cuerpos del pubis, por la rama horizontal del pubis, por las líneas innominadas, por la articulación sacroiliaca, por el borde saliente de los alerones del sacro y por el promontorio

Tiene una forma de elipse o una burda parecida a un riñón y es importante notar, que el promontorio hace una saliente por detrás hacia la luz de la pelvis. Es el estrecho superior de la pelvis, pueden distinguirse diferentes diámetros; anteroposterior, transversal y oblicuos.

El diámetro anteroposterior o promonto suprapúbico, va del borde superior del pubis al promontorio y mide aproximadamente 12 cm. Los diámetros transversales son dos: un diámetro transversal atómico, que es la distancia transversal máxima que puede trazarse en el estrecho superior, y une los dos puntos más distantes entre sí de las líneas innominadas, mide 13,5 cm. pero no es útil desde el punto de vista obstétrico. El diámetro transversal que si es útil, es el diámetro transversal obstétrico y es el que cruza el diámetro promontosuprapúbica en su punto medio y mide 12.5 a 13 cm.

Los diámetros oblicuos del estrecho superior; van de la eminencia ileopectínea de un lado a la articulación sacroiliaca del lado opuesto, por tanto son dos y se denominan izquierdo o derecho, según la eminencia ileopectínea de donde parten: ambos miden aproximadamente 12 cm cada uno.

4.3.- Estrecho medio

Tiene como referencia anatómica las espinas ciáticas. Todos los diámetros del estrecho medio de la pelvis son sensiblemente iguales, y su medida es el diámetro biciático.

4.4.- Estrecho inferior

Es la porción anatómica ubicada por debajo de las espinas ciáticas; en esta parte es importante considerar el diámetro bisquiático y la morfología del arco subpúbico.

Diámetro bisquiatico: Es la distancia entre la parte media de ambos isquines; suele medir 10cm.

Arco subpúbico: es el ángulo comprendido por la parte inferior del pubis y la porción interna del isquion 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 que se conoce con el nombre de curva de Carus o curva del parto

4.5. Morfología de la pelvis en el estrecho superior

La pelvis puede presentar cualquiera de 4 distintas formas características que son:

GINECOIDE

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

ANDROIDE

El diámetro anteroposterior es más amplio que el transversal; tiende a presentar una forma triangular

ANTROPOIDE

El diámetro anteroposterior es excesivamente alargado, en tanto que el diámetro transversal es reducido.

PLATIPLOIDE

El diámetro transversal es excesivamente alargado, y el anteroposterior, reducido.

Algunas características de estas pelvis tipo generalmente se combinan y dan lugar a pelvis ginecoideas, ginecoplatiploides

4.6.- Planos de la pelvis

HODGE describió 4 planos imaginarios y paralelos entre sí, con objeto de dividir la pelvis y poder valorar el descenso de la presentación durante el trabajo de parto son 4 y son paralelos entre si

1 plano, es el plano del estrecho superior

2 plano, que es el paralelo al anterior, pasa por el borde inferior del pubis y su extremo posterior es el cuerpo de la segunda vértebra sacra.

3 plano, también paralelo, es el que pasa por las espinas ciáticas

4 plano, también paralelo a los anteriores pasa por el vértice del sacro

4.7.- Ligamentos y músculos pélvicos

Un conjunto de estructuras musculoaponeuróticas se insertan en las partes óseas de la pelvis, dando lugar a la formación de un diafragma de concavidad superior que constituye el piso pélvico, denominado periné: Esta estructura permite el paso de 3 órganos, que son: el recto, la vagina y la uretra⁵

⁵ Felix Ramírez Alonso, Obstetricia para enfermería profesional, Pelvis ósea obstétrica Ed manual moderno, ed 1era, México, D.F.Santafé de Bogota 2002 pp75-79

5.- ANATOMÍA DEL APARATO GENITAL FEMENINO

5.1.- GENITALES EXTERNOS

5.1.1.- Monte de venus

Es una prominencia celuloadiposa por delante de la sínfisis del pubis, de forma triangular y está cubierta de vello que llega hasta los labios mayores por abajo, y por arriba está limitado por una línea horizontal; siendo esta la implantación tipo femenino del vello pubiano. El monte de Venus está limitado por arriba por el surco suprapubiano, a los lados por los pliegues inguinales y hacia atrás se continua por el origen de los labios mayores de la vulva

5.1.2.- Vulva

Es una hendidura sagital mediana que se divide en dos regiones: una labial y una vestibular.

La región labial está constituida por los labios mayores, labios menores, clitoris y capuchón del clitoris; la región vestibular esta constituida entre el himen y la sínfisis del pubis.

5.1.3.- labios mayores

Los labios mayores y los labios menores, están constituidos por dos rodetes cutáneos ricos en grasa y se encuentran entre abiertos en las multíparas y por dentro están cubiertas por epitelio con numerosas glándulas sebáceas y sudoríparas.

5.1.4.- Labios menores

Los labios menores están recubiertos por mucosa y situados por dentro de los labios mayores: Rodean el vestíbulo de la vagina y al orificio uretral y poseen numerosas glándulas sebáceas. En la cara interna de su tercio inferior se encuentran, en ambos lados, los orificios de las glándulas de Bartholin, cuyas secreción depende de los impulsos nerviosos que son provocados por la excitación

5.1.5.- Clítoris

es un órgano constituido por fibras musculares, esta situado por encima del meato urinario. Es eréctil y su erección es producida por un plexo venoso cavernoso, tiene además una gran inervación sensitiva.

5.1.6.- Vestíbulo

Es la región que se extiende entre los pequeños labios y el orificio de la vagina. Está destinado hacia dentro por un surco que lo separa del himen (surco vestibulo-himeneal), su tegumento es de aspecto liso y rosada; contiene formaciones glandulares y eréctiles que rodean la entrada de la vagina. En el vestíbulo desemboca el meato uretral, precisamente en un punto situado entre el clítoris y el orificio vaginal.

5.1.7.- Himen

Esta situado entre la vulva y los genitales internos; es un repliegue membranoso con una perforación en el centro, que permite la salida de la sangre menstrual.

El himen puede tener varias formas y diferentes consistencias y cuando carece de orificio, se le denomina himen imperforado, que no permite la salida de sangre menstrual, acumulándose dentro de la vagina (hematocolpos)

5.2. Genitales internos

5.2.1. Vagina

La vagina es el órgano de la copulación para el parto y la menstruación, se extiende desde el himen hasta los fondos de saco y es un conducto músculo membranoso, orientado de abajo hacia arriba y de adelante hacia atrás. Las capas musculares que posee, le confieren una contractilidad activa y éstas son:

- 1.- Una interna circular
- 2.- Externa longitudinal

La extremidad superior de la vagina es ensanchada y forma un fondo de saco circular que rodea al cuello uterino (bóveda de la vagina), dividiéndose en un fondo de saco anterior, uno posterior, uno lateral derecho y uno lateral izquierdo. Por otro lado la vagina presenta en la línea media dos engrosamientos longitudinales en la cara anterior y posterior que constituyen las llamadas columnas de la vagina.

La mucosa vaginal no tiene glándulas, por tanto, carece de productos secretorios; pero posee células epiteliales descamadas que contienen glucómetro que bajo la acción de los bacilos de Döderlein, forman ácido láctico y así se produce y mantienen el pH vaginal

5.2.2. Útero

Es un órgano muscular hueco con forma de pera achatada, situada entre la vejiga y el recto, que se divide de arriba hacia abajo, en cuerpo, istmo y cuello.

Las medidas del útero son diferentes, según la paridad de la mujer; en las pacientes nullípara, las dimensiones uterinas son:

Longitud 6 a 7 cm.

Anchura	4cm
Grosor	2.5 a 3 cm
Peso	40 a 50 g.

En cambio, en las mujeres multiparas, estas medidas aumentan 1 a 2 cm y el peso llega a ser alrededor de 70g.

El cuerpo es el segmento muscular activo y consta de fondo, cuernos y ligamentos uterinos. Es la porción superior del útero y tiene una forma triangular. El fondo uterino es la parte del órgano situada por encima de la inserción de las trompas y los cuernos uterinos son aquellas partes donde se une el fondo con los bordes laterales del útero .

El istmo es la parte intermedia del útero que sirve al cérvix con el cuerpo uterino, tiene 1 cm de longitud y tienen características de que durante el trabajo de parto, por el efecto de las contracciones uterinas, se constituyen en el en el segmento uterino, que es el sitio en donde se practica la mayor parte de las cesáreas actuales. A nivel del istmo, el conducto uterino es estrecho y posee menos glándulas y musculatura.

El cérvix o cuello uterino es la porción más inferior del útero, mide alrededor de 2.5cm. de largo y tienen una forma cilíndrica-cónica. Está constituido por un orificio externo, inferior y en contacto con la vagina, por un canal cervical y por un orificio interno superior rotado hacia la cavidad uterina.

Desde el punto de vista de la pared, el útero consta de tres capas: de afuera hacia dentro, tenemos el peritoneo visceral uterino que recubre el útero, por la cara anterior y posterior del cuerpo, al cual esta íntimamente adherido, continuándose por los bordes con las hojas anterior y posterior del ligamento ancho, uno de cada lado. Luego tenemos el miometrio músculo uterino y la capa más interna, es la mucosa endometrial o endometrio.

El miometrio esta constituido por:

1.- Una capa externa de fibras longitudinales, que se continúan hacia abajo en la parte más externa del cérvix en la vagina

2.- Una capa media plexiforme y hemostática, por que al contraerse, cierra la luz de los vasos uterinos que la atraviesan; los músculos de esta capa, se disponen en forma de s y al entrecruzarse, forman una figura de 8, por cuyos orificios pasan los vasos útero-miometriales y por eso al comprimirse el miometrio, comprime la vasos sanguíneos. Éste es importante factor para la reducción del sangrado uterino posparto y cuando falla, se presenta la temida hemorragia por hipotonía uterina.

3.- Y una capa interna de fibras longitudinales y circulares a nivel de los esfínteres. El Endometrio o mucosa uterina endometrial, es una capa constituida por células endometriales, glándulas, arterias rectas y arterias espirales. Tapiza toda la cavidad uterina y está destinado a la nidación del huevo fecundado.

Sufre cambios cíclicos bajo el estímulo de las hormonas ováricas, presentándose la menstruación también de una manera cíclica y depende de la función ovárica

5.2.3.- Trompas de Falopio

También llamadas oviductos son 2, una de cada lado; se insertan en el fondo del útero y constituyen la conexión entre la cavidad peritoneal por un lado y la cavidad uterina por el otro. Miden 1º cm de longitud y 0.6 cm. de diámetro. Su importancia primordial radica en el hecho de que a nivel del tercio medio de la trompa se lleva a cabo la fecundación, es decir, la unión del óvulo con el espermatozoide.

Las trompas se dividen en 4 porciones

1.- Una porción intramural, situada en el espesor de la pared muscular del útero, tiene 1 cm. de longitud.

2.- La ístmica mide 2 a 4 cm. mide de 2 a 4 cm.

3.- la ampulla que se extiende en forma de embudo hacia la cavidad abdominal para formar el pabellón de la trompa, que termina en unas lengüetas denominadas francas tubarias, que parecen abrazar al ovario.

4.- Entre estas francas tubarias, existe una especialmente desarrollada (franca ovárica) que forma una especie de canal que corre de la trompa al ovario (mecanismo de aspiración de ovario).

Cabe señalar que las trompas también están revestidas de peritoneo con excepción de sus extremos, es continuación del peritoneo, cabe mencionar que el ovario es el único órgano intraperitoneal que no está revestido por el peritoneo

5.2.4.- Ovarios

El ovario es una glándula de secreción interna que desempeña varias funciones muy importantes en la vida genital de la mujer:

Tienen una función generativa que consiste en la maduración y desarrollo folicular, con producción de las hormonas ováricas, estrógenos y progesterona, que actuarán estimulando al endometrio, primero en la fase proliferativa y posteriormente en la fase prostestacional del ciclo endometrial.

Los ovarios o gónadas de la mujer se semejan en forma y tamaño a las almendras, son 2 y están situados en la parte superior de la cavidad pélvica, uno a cada lado del útero, al cual están unidos por el ligamento uteroovárico y están suspendidos lateralmente de la pared pelviana por el ligamento infundibulopélvico, que está constituido por el peritoneo que recubre el sistema vascular que entra y sale del ovario.

Los ovarios son de forma elíptica achatada, de color blanco grisáceo, de consistencia firme y están situados por detrás del ligamento ancho. Sus dimensiones son de 2.5 a 5 cm de longitud y su peso es de 4 a 8 g.

Son de superficie irregular, pues se pueden apreciar: folículos DE Graaf, cuerpos amarillos y depresiones cicatrizantes originadas por los folículos rotos.⁶

⁶ Obstetricia para enfermería profesional Felix Ramírez Aliso Anatomía del aparato genital femenino, Ed manual Moderno, ed Iera México D:F. 2002 pp 3-8

6.- TRABAJO DE PARTO

es una secuencia coordinada, eficaz de contracciones uterinas que dan como resultado el borramiento y dilatación del cérvix que sumado a los esfuerzos voluntarios de expulsión, termina con la salida de los productos de la concepción de la cavidad uterina hacia el exterior del organismo materno

- 1.- Periodo de borramiento
- 2.- Periodo de dilatación
- 3.- Periodo de expulsión, que termina con la expulsión del feto

6.1.- Periodo de borramiento

Es importante mencionar, que en la paciente primigesta se lleva a cabo el borramiento del cuello y posteriormente la dilatación, pero en la paciente multipara el borramiento y la dilatación del cuello se efectúa simultáneamente.

Clínicamente el periodo de BORRAMIENTO se manifiesta por la regularización de las contracciones uterinas, que inicialmente se presentaban cada 20 a 25 min. Y tenían una duración de unos 15 seg y al regularizarse. Se hacen intermitentes, rítmicas y progresivas en intensidad, frecuencia y duración, además son contracciones eficaces para producir el borramiento (acortamiento) del cuello. Todavía son contracciones sin mucho dolor, son espaciadas y de poca intensidad, pero poco a poco se hacen más fuertes y con el borramiento del cuello, se presenta la expulsión del tapón mucoso, también llamado la marca, la señal o líneas que ocluía el conducto cervical.

6.2.- Periodo de dilatación

En la paciente primigesta, posteriormente al borramiento sobreviene el PERIODO DE DILATACIÓN, las contracciones uterinas se han hecho más largas, fuertes y frecuentes y tienen las características diagnósticas del trabajo de parto:

- Dolorosas.
- Espontáneas
- Progresivas en intensidad frecuencia y duración
- Intermitentes y
- Eficaces, para borrar y dilatar el cuello

Si se observan las letras iniciales de las características anteriores, se forma la palabra DEPIE.

Al finalizar el periodo de dilatación, la intensidad de los dolores es tan severa, tan aguda y tan desgarradora en la paciente sin una analgesia obstétrica adecuada, que pierde el control mental y ocasional y por eso a esta fase se le llama periodo de desesperación de la parturienta

La duración del periodo de dilatación, incluyendo también el borramiento, es de aproximadamente 10 horas en las pacientes primigestas y 8 en las multíparas en promedio, al final del periodo de dilatación, ocurre normalmente la ruptura de la bolsa de las aguas que se manifiesta por la expulsión de líquido amniótico a través de los genitales externos de la mujer y cuando la mujer llega a la dilatación completa, cuando ya no se toca el cerviz, se inicia el periodo de expulsión

6.3.- Periodo de expulsión

En esta fase, los dolores son más intensos y largos, son más frecuentes, se observa el grito del dolor desgarrador que presentaba la paciente se ha transformado en un grito de esfuerzo, de pujo, por que la cabeza a cada contracción es empujada hacia abajo y hace presión sobre el recto y obliga a la paciente a pujar y al mismo tiempo, contrae los

músculos abdominales para desalojar al producto que está en la excavación pélvica. Este periodo expulsivo termina al expulsarse totalmente el feto. Su duración es variable, pro puede ser hasta una hora en primíparas y de 3º min en múltiparas

7.- Sufrimiento fetal

7.1.- Definición

Es aquel estado en que por un disturbio fisiopatológico, está reducido el aporte nutricional de la madre hacia el feto a través de la placenta y este déficit en el producto se presenta por hipoxia o acidosis.

También se puede definir como la pérdida de la homeostasis, o sea, la presencia de un estado agudo en el que existen múltiples alteraciones en el equilibrio de su medio interno.

Todo se inicia cuando existe un déficit marcado en el abastecimiento de oxígeno a nivel celular y con la hipoxia originada se presenta el sufrimiento fetal.

El déficit en la cantidad de oxígeno necesario para llevar a cabo los procesos metabólicos naturales (producción de energía por vía aerobia) indispensables para conservar la función celular desencadenada la utilización de un camino diferente (vía anaerobia) para producir energía; que tiene el inconveniente de ser de muy bajo rendimiento, y que produce y libera ácidos que agravan el problema, ya que dificultan el empleo del poco oxígeno disponible a nivel celular.

Esto es importante, por que cuando la cantidad de oxígeno es insuficiente para mantener las funciones vitales de la célula, ésta muere; y la cantidad de células que mueren depende de la duración e intensidad de la hipoxia: por eso, se señala que la esencia del sufrimiento fetal es la hipoxia celular.

7.2.- Sufrimiento fetal agudo

El sufrimiento fetal agudo es un estado crítico secundario a una alteración en el intercambio anabólico y catabólico entre la madre y el feto, que produce modificaciones bioquímicas y hemodinámicas manifestadas por hipoxia, hipercapnia, desequilibrio

acidobásico, alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal y aparición ocasional de meconio en el líquido amniótico.

En el desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta, como factores determinantes del sufrimiento fetal, se observa además de la hemorragia presente, un severo cuadro de hipertensión uterina.

En las distocias de contracción como la hipersistolia y la taquisistolia, la contracción uterina comprende los vasos intramiométricos y disminuye así, el flujo sanguíneo hacia la placenta.

La analgesia, la anestesia obstétrica, o ambas, pueden en determinadas ocasiones producir fenómenos de hipoventilación materna, por depresión del centro respiratorio y contribuir así al sufrimiento del feto.

En los accidentes del cordón umbilical, como la brevedad real o las circulares del cordón; durante las contracciones uterinas se estrecha más el cordón, disminuye el calibre de los vasos umbilicales y se reduce el flujo sanguíneo hacia el producto.

También existe sufrimiento fetal agudo en los casos de prolapso de cordón umbilical, cuando las membranas están rotas y la presentación comprime el cordón contra la pelvis, obliterando a los vasos umbilicales e interrumpiendo la circulación maternofetal.

En los casos de inserción baja de placenta, con metrorragias y persistentes, también existe sufrimiento agudo del feto, por la subsecuente anemia maternofetal.

La eclampsia, con sus crisis convulsivas y fenómenos de hipoxia, ocasiona también severos cuadros de sufrimiento fetal agudo, que también se presenta en el edema agudo pulmonar, que es una complicación frecuente durante el trabajo de parto de la paciente cardíaca.

La hipoxia o sufrimiento fetal agudo, pueden presentarse también en los accidentes anestésicos con paro respiratorio o insuficiencia respiratoria de la madre.

También puede presentarse en aquellos embarazos en los que existe una falta de reserva placentaria para tolerar el trabajo de parto (retardo en el crecimiento intrauterino, embarazo prolongado, etc.)

Por otro lado, existen casos en los que también pueden presentarse el sufrimiento fetal agudo, sin que la paciente esté en trabajo de parto. Ejemplos de esta situación, son las circulares de cordón que pueden producir la muerte fetal anteparto, sin tener una causa aparente. En los prolapsos de cordón, sin trabajo de parto, con ruptura intempestiva de membranas y presentación pélvica. En los casos de placenta previa, sin trabajo de parto, con sangrado abundante y choque hipovolémico. En la eclampsia, con sus crisis convulsivas e hipoxia materna concomitante, puede presentarse sin trabajo de parto y dañar seriamente al producto. En las pacientes cardiópatas, aun sin trabajo de parto, se pueden presentar complicaciones, como diseña paroxística, edema agudo pulmonar e insuficiencia respiratoria que producirán sufrimiento fetal agudo o crónico agudizado.

SUFRIMIENTO FETAL AGUDO



En el trabajo de parto



Circular de cordón
Prolapso de cordón
Placenta previa
Insuficiencia respiratoria
Edema pulmonar
Diseña paroxística



Sin trabajo de parto



Desprendimiento de la placenta
Hiperpolisistolia
Analgesia o anestesia
Brevedad de cordón
Prolapso de cordón
Eclampsia
Edema pulmonar
Paro respiratorio

7.2.- Fisiología del sufrimiento fetal agudo

Inicialmente el feto durante el trabajo de parto normal, está sometido a la agresión que representan las complicaciones uterinas, que comprimen a los vasos sanguíneos intramiométriales con la consecuente disminución del aporte sanguíneo a la placenta; y cuando el trabajo de parto se complica por alguna alteración que ocasione sufrimiento fetal, éste se manifiesta por los cambios en la frecuencia cardíaca, que son considerados como parte de un complejo circulatorio de adaptación para proteger al feto, mediante una distribución especial de la circulación sanguínea, hacia órganos más sensibles como cerebro y corazón.

Con la disminución de los intercambios materno-fetales a nivel uteroplacentario, existe un aumento del CO₂ en la sangre del feto, produciéndose una estimulación del sistema nervioso simpático, con restricción en la irrigación sanguínea corporal, que se acompaña de una mayor descarga de adrenalina, con activación de los depósitos sanguíneos del hígado y bazo; esto ocasiona que la circulación en el cerebro y corazón, disponga de un volumen sanguíneo suficiente.

Además de los anteriores procesos ya señalados, se produce una contrarregularización taquicárdica, pero si no se obtiene suficiente cantidad de oxígeno y no se llega a equilibrar el estado acidobásico del feto; entonces, la situación reactiva simpaticotónica se transforma en otra reacción de carácter vagotónico, que es la bradicardia.

Por otro lado, si desaparece la acción inotrópica sobre el corazón, se encuentran arritmias y extrasístoles en la frecuencia cardíaca fetal, que son signos aparentes de una lesión en el miometrio activo y en los sistemas formadores y conductores del estímulo cardíaco. De acuerdo con los datos anteriores, las contracciones del trabajo de parto, pueden actuar desfavorablemente y ocasionar sufrimiento fetal, que se pueden caracterizar por un aumento en la cantidad de latidos o una disminución transitoria de los mismos y por la presencia de alteraciones en el ritmo cardiofetal.

La frecuencia cardíaca fetal se puede valorar la auscultación clínica, mediante el estetoscopio de pinar y el detector-amplificador de latidos fetales. Por la electrocardiografía fetal, ultrasonido, fonocardiografía y registro continuo automático de la FCF por métodos electrónicos (cardiotocografía), considerándose normal una frecuencia de 120 a 160 latidos por minuto en la unidad de tiempo de 15 seg.

Cuando se está ante un cuadro de sufrimiento fetal agudo en su máxima intensidad aparece la arritmia cardíaca fetal, que se define como la falta de ritmo en la unidad de tiempo; es decir que no existe la misma frecuencia entre 15 seg de auscultación durante un minuto y por eso, para detectar este dato, es necesario que la FCF se ausculte durante todo un minuto.

Se señala que la taquicardia deriva de un incremento del tono simpático y es una actividad compensadora del corazón con problemas de hipoxia ahora se señala que existen factores maternos que pueden producir taquicardia, como hipertermia, administración de analgésicos(fenotiacina), deshidratación, etc.

Por el contrario, la bradicardia puede ser tipo reflejo o tener un origen hipóxica. La de tipo reflejo, generalmente brusca y breve, se presenta en los casos de compresiones del cordón umbilical o del cráneo fetal y es regulada probablemente por los presorreceptores del vago: La bradicardia por déficit de oxígeno, es de origen placentario o funicular, y cuando el suministro de oxígeno es marcadamente insuficiente, se produce un cortocircuito de derecha a izquierda del agujero oval y del ventrículo izquierdo, por lo que disminuye la frecuencia cardíaca produciendo vasodilatación coronaria, con lo que se aprovecha mejor la presión parcial de oxígeno disminuida. Así que con la bradicardia se reduce el consumo de oxígeno del corazón y con la prolongación de las diástoles, se mejora el tiempo de irrigación del miocardio.

Cuando se examina la frecuencia cardiaca basal de un feto, en ocasiones pueden apreciarse caídas transitorias que la misma, la escuela de Montevideo ha llamado "dips"

Y Hon las llama desaceleraciones periódicas

Caldeyro-Barcia	Hon
Dip tipo I	Desaceleración temprana
Dip tipo II	Desaceleración tardía
Dip de cordón	Desaceleración variable

De acuerdo a lo anterior, entendemos por dip la caída transitoria de la frecuencia cardiaca causada por las contracciones uterinas. Entre el pico de la contracción y el dip correspondiente existe una relación cronológica llamada **Decalage**, éste es el intervalo que transcurre entre el vértice de la contracción y el fondo del dip y la amplitud del dip es la diferencia entre la frecuencia cardiaca basal precedente al dip y el valor mínimo registrado en el fondo del mismo

El dip I o desaceleración temprana, corresponde a una caída transitoria de la frecuencia cardiaca que sucede simultáneamente a la contracción uterina y el punto más bajo de esa caída coincide con el acmé de la contracción recuperándose dicha frecuencia al término de la contracción en un lapso no mayor de 18 seg. Este tipo de dips no corresponden a hipoxia o sufrimiento fetal, más bien se piensa que se producen por una compresión cefálica acentuada..

El dip II se caracteriza por la caída transitoria de la frecuencia cardiaca durante o fuera de la contracción uterina, llegando a su punto más bajo con un retardo entre 18 y 50 seg. en relación a la misma contracción (decalage). Se piensa que estos dips están

ocasionados por la hipoxia fetal causada por la disminución del intercambio feto materno a nivel del espacio intervelloso. También se han relacionado insistentemente con el estado de asfixia que pueda presentar el feto al nacer, pues aparentemente estos dips tipo II se originan también por la insuficiencia circulatoria del miocardio fetal. Las bradicardias fetales constantes y arritmias cardíacas, se deben a la repetición del dip tipo II, por que cuando el latido cardíaco está en la fase de recuperación de un dips, ya se está presentando el siguiente y así sucesivamente. Cuando esta arritmia se presenta en un feto con frecuencia cardíaca normal, no tiene la mayor importancia puesto que puede ser debido a compresiones del cordón umbilical; pero cuando esta arritmia se asocia a la bradicardia, es un signo de sufrimiento fetal severo, cuando el feto ya está muy grave y a punto de morir.

7.3.-Detección del sufrimiento fetal agudo en el trabajo de parto.

Clínicamente, la auscultación sistemática y ordenada de la frecuencia cardíaca fetal, nos puede ofrecer los primeros datos para el diagnóstico del sufrimiento fetal en el trabajo de parto. La auscultación se debe practicar inicialmente entre 2 contracciones, luego durante la contracción uterina e inmediatamente después de la contracción, 10 a 15 seg en cada toma y se puede practicar con el estetoscopio de pinart o con el amplificador de latidos fetales (Doptone).

Mediante esta auscultación, puede hacerse una valoración clínica de los datos presuntivos del sufrimiento fetal.

En sus diferentes escalas, tomando en cuenta que la taquicardia superior de 160 latidos por minuto será el primer signo de sufrimiento fetal, que el dip tipo II representa un sufrimiento fetal mas intenso y aún más cuando se detecta bradicardia inferior a 120 latidos por minuto, agravándose el cuadro cuando la bradicardia se asocia con arritmia cardíaca fetal.

Desde el punto de vista diagnóstico, habrá que tomar en cuenta que las contracciones uterinas normales en intensidad, frecuencia y duración y que son perfectamente toleradas por los fetos sanos, pueden provocar un estado hipóxico con desequilibrio acidobásico y sufrimiento fetal agudo en los fetos procedentes de embarazos de alto y mediano riesgo, por tanto, en estos casos, deben vigilarse más estrechamente las condiciones fetales. Por supuesto, que si existen posibilidades de practicar un registro cardiotocográfico a la paciente en trabajo de parto, se podrá elaborar un diagnóstico fetal más confiable, ya que se observará las respuestas en la frecuencia cardiaca fetal (taquicardia y bradicardia sostenidas, dips II y I, pérdida de la variabilidad, etc) Inclusive en determinados casos, existe la posibilidad de practicar un microanálisis de la sangre fetal, para corroborar el estado del equilibrio acidobásico del feto.

7..4.- Taquicardia fetal

Es una de las primeras manifestaciones de hipoxia y su presencia requiere de una vigilancia estrecha en el trabajo de parto, recordando que hay factores que pueden también producir taquicardia, como la fiebre y deshidratación materna, administración de fenotiacidas, etc. también hay que recalcar que la taquicardia es una importante premonitor del sufrimiento fetal, porque indica que aún existe capacidad de respuesta del feto para la hipoxia,

De acuerdo con la frecuencia de los latidos cardiacos, se pueden administrar dos tipos de taquicardia:

- Moderada: de 160 a 180 latidos por minuto.
- Severa de 180 o más latidos por minuto

7.5.- Bradicardia fetal

Es la disminución en la cantidad de latidos fetales, que cuando es sostenida, se traduce en un signo de hipoxia severa, también se clasifica en 2 tipos.

- Bradicardia moderada: de 101 a 120 latidos por minuto
- Bradicardia severa: 100 1 menos latidos por minuto.

Los dips II: son la manifestación más conocida de la hipoxia y se presentan cuando el feto no tiene la capacidad adecuada para tolerar la hipoxia transitoria causada por las contracciones uterinas y sus características de presentación y decalage.

Los dips tipo I y los dips variables generalmente no significan sufrimiento fetal, pero si se repiten por un tiempo prolongado y sobre todo si se acompañan de una fase de recuperación lenta de la frecuencia cardiaca fetal, de más de 15 seg merecen una vigilancia más estrecha, tal vez la práctica de un microanálisis de la sangre fetal o un procedimiento terapéutico intervencionista. Éste es el mismo caso y proceder en la disminución o pérdida de la variabilidad en el registro de la frecuencia cardiaca fetal, puesto que ello significa una disminución en la capacidad de respuesta fetal.

7.6.- Conducta terapéutica en el sufrimiento fetal agudo.

En general, ante la sospecha de un sufrimiento fetal. Debe tratarse de establecer un diagnóstico etiológico del Problema y posteriormente iniciar medidas terapéuticas que sean posibles;

Diagnóstico	Tratamiento
Hipotensión supina	Decúbito lateral
Acidosis materna	Alcalisis a la madre, ventilación
Hipoglucemia materna	Soluciones glucosadas
Insuficiencia ventilatoria materna	Ventilación
Desprendimiento prematuro de placenta	Cesárea
Anemia fetal	Transfusión in útero

Por otro lado y tomando en cuenta que el feto tienen que sufrir el efecto fisiopatológico de las contracciones uterinas, hay que señalar que estas contracciones en el trabajo de parto son la causa más frecuente de sufrimiento fetal, donde incluso las contracciones uterinas normales en intensidad, frecuencia y duración, pueden ser causa de sufrimiento fetal en aquellos casos en los que ya existe una disminución de la capacidad de respuesta del producto, por ejemplo, en las disfunciones placentarias de la preclampsia, hipertensión, diabetes, isoinmunización materno fetal. Etc.

Cuando la contractilidad uterina es exagerada, en su intensidad (hipersistolía), en su frecuencia (taquisistolía) o por aumento del tono (Hipertonía uterina), puede originar hipoxia y sufrimiento fetal, incluso en los productos normales y con buena capacidad de respuesta. Esta hipoxia es originada por la disminución de los intervalos (tiempo de relajación uterina entre 2 contracciones) y esto disminuye la capacidad de los intercambios fetoplacentarios.

El aumento de la contractilidad uterina puede ser espontáneo, pero muchas veces es originado de una manera iatrogénica, por la administración de ocitócicos en las inducciones del trabajo de parto deficientemente instaladas o vigiladas, y por supuesto que en estos casos, lo primero que hay que hacer es suspender la oxitocina.

Si la causa del sufrimiento fetal es la hipercontractilidad uterina, será lógico valorar la administración de medicamentos inhibidores de las contracciones uterinas (uteroinhibidores) posteriormente hacer una valoración etiológica y terapéutica del problema.

Existen casos particulares que pueden servir de pausa, por ejemplo:

Si un producto presenta signos de hipoxia y las contracciones uterinas son normales, la paciente debe ser sometida a cesárea; pero si la causa del sufrimiento fetal agudo es la hipercontractilidad uterina, entonces debe disminuirse esa contractilidad uterina patológica y luego si es posible el parto vaginal o esta indicada la cesárea..

Cuando la contractilidad uterina exagerada se agrega a una condición preexistente que no puede modificarse del tipo de la desproporción fetopélvica, el embarazo deberá interrumpirse por vía suprapúbica.

De todas las maneras y en cualquier caso, la conducta terapéutica inicial se apoya en las siguientes medidas:

1.- Colocar a la paciente en decúbito lateral y en posición semifowler. Es necesario evitar el decúbito dorsal, por la compresión que el útero produce sobre los grandes vasos, También es conveniente corregir la hipotensión arterial si está presente, ya sea de origen supino o si es secundaria a fármacos utilizados en la analgesia obstétrica.

2.- Suspender oxióticos

3.- Administración de medicamentos uteroinhibidores

4.- Cuando se ha corregido el sufrimiento fetal y la hipercontractilidad (media hora de uteroinhibidores y ausencia de dips de tipo hipóxico) efectuar una revaloración del caso para decidir si es factible el parto vaginal o hay que practicar una cesárea.

5.-Aumentar la transferencia maternofetal de oxígeno; Cuando el medico tratante lo juzga pertinente, el oxígeno debe ser administrado a la madre a dosis de 6 litros por minuto y mediante una mascarilla nasobucal. Ésta es una medida terapéutica discutible, puesto que se dice que la administración de oxígeno, puede conducir al aumento de la acidez

fetal por retención de CO₂ y del ácido láctico, por la vasoconstricción que provoca en los vasos placentarios fetales; ya que al elevarse la presión parcial del O₂ en la sangre fetal, se origina una vasoconstricción en la parte fetal de la placenta y con ello se bloquea la eliminación de los mencionados CO₂ y ácido láctico.

Por otra parte, la hipoxia materna puede producir una fibroplasia retrolental en el neonato.

De acuerdo con los datos anteriores puede verse que existe una situación de controversia para la administración o no administración de oxígeno a la madre en los casos de sufrimiento fetal.

6.- Poner en antecedentes al equipo multidisciplinario de las condiciones maternofetales del caso, para que se tomen las medidas pertinentes a nivel de cada especialidad para su mejor solución del problema, recordando que uno de los objetivos de la perinatología es ofrecer calidad y no cantidad de vida, por lo que hay que tratar el sufrimiento fetal agudo de una manera oportuna, adecuada y racional. E igualmente debe tratarse al neonato expuesto a la hipoxia perinatal.⁷

⁷ Obstetricia para enfermera profesional Felix Ramirez aliso Sufrimiento fetal agudo, Ed Manual moderno, ed 1era México D:F.2002pp343-350

V.- HISTORIA CLÍNICA MEDICA

Fecha: 13 - 09 - 03

Nombre: CFO

Edad: 21 años

Estado Civil: Casada

Religión: Católica

Escolaridad: Segundo semestre de la carrera de Licenciatura en contabilidad

MOTIVO DE INGRESO HOSPITALARIO

PA Paciente de 21 años de edad, G-I, Embarazo de 37.2 SDG, FUM 18-Dic-2002 , acude al servicio de urgencias por presentar dolor tipo obstétrico esporádico con intervalos de cada tres horas con duración de 1 a 2 minutos, persistiendo con mismas características, refiere además salida de líquido claro transvaginal mucoso de mismas horas.

AHF Madre de 21 años aparentemente sana.

Padre de 45 años aparentemente sano.

APNP Originaria y residente del Estado de México con estudios de segundo semestre de la Licenciatura de contabilidad estado civil casada, religión católica, habita en casa propia contando con todos los servicios intra y extradomiciliarios, convive con 1 persona. Grupo y Rh O positivo, alcoholismo, tabaquismo y toxicomanías negadas.

AGO Menarca a los 12 años, ritmo 30X4 dismenorrea, IVSA a los 19 años, una pareja sexual, MPF pastillas, DOC nunca, G I, FUM 18-12-2002 FPP 25-09-2003 G I, Pie positivo, a los 2 meses control prenatal con Médico Familiar con aproximado de 8 visitas.

APP. Niega quirúrgicos , traumatismos, alérgicos, transfusionales.

SV Diastolica con valor de 110/60, FC 84x', FR 22, Temperatura 36.6° C.

EF Buenas condiciones generales, bien hidratada con buena coloración de tegumentos, cardiopulmonar normal, abdomen globoso con útero gestante. TV cérvix posterior blando. 5 cms de longitud, ternier negativo, amnios integro, extremidades con edema +, neurológicamente estable⁸

⁸ Fuente expediente clínico.

V1.- HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA DE VIRGINIA HENDERSON

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: CFO. Sexo: Femenino Edad: 21 años Peso: 78 Kg
Talla: 1.62 m. Ocupación: Gerente de restaurante Escolaridad: 2do semestre
de la Lic. De contabilidad_Procedencia: Domicilio Fecha de admisión: 05-09-03
Hora: 13:40
Fuente: Paciente

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

NECESIDADES BÁSICAS

1. OXIGENACIÓN

Subjetivo:

¿ Esta bien ventilada la habitación en la que pasa la mayor parte de su tiempo?

SI

¿ Fumaba usted antes de su embarazo ? SI NO X

Si la respuesta es sí ¿ Cuántos cigarrillos al día?

1 a 5 6 a 10 11 a 20 + de 20

¿ Hay en su casa uno o varios fumadores ? SI NO X

¿ A tenido dificultades respiratorias o molestias ?

Si X Ocasionalmente

Nunca _____

¿ Utilizó algún método de control respiratorio para ayudarle durante su estancia en el hospital ?

SI X _____ NO _____

¿Cuál ? Oxigeno por mascarilla _____

Objetivo

Registro de Signos Vitales:

Frec. Resp. 22 x' Frec: Cardíaca 84 x' T.A. 110/60

Estado de conciencia:

Conciente _____

Coloración de la piel / lechos ungueales / peribucal: Ligeramente pálidos _____

Circulación de retorno venoso: Adecuado _____

2. NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Subjetivo:

Nº de comidas diarias: 3 _____

¿ Come a horas regulares ? SI _____ NO X _____

Si la reapesta es Si precise:

¿ Sigue usted una dieta especial ? SI _____ NO X _____

¿ De que tipo ?

¿ Sufre usted alguna alergia alimenticia o intolerancia ? NO _____

¿ Tiene problemas de masticación y/o deglución ? NO _____

¿ Qué cantidad de líquidos toma al día ? Dos Litros Aproximadamente _____

¿ Ingiere bebidas alcohólicas ? SI _____ NO X A veces _____

Cerveza _____ Vino X Otros _____

¿ Con que frecuencia ? _____

¿ Sabe que tipo de dieta debe de llevar para favorecer la lactancia ?

NO

¿ Qué cantidad de líquidos ? NO

Dieta habitual:

ALIMENTOS	Diario	C/3er. Día	C/8 días	Esporádica	Nunca
Leche	X				
Carne				X	
Pescado				X	
Huevo	X				
Fruta		X			
Verduras	X	X			
Legumbres				X	
Cereales		X			
Pan		X			
Tortilla	X				
Chatarra				X	

Objetivo:

¿ Turgencia de la piel ?

NO

Membranas mucosas: hidratadas X Secas _____

Características de:

Uñas: Normales

Cabello: Implantación normal

Funcionamiento muscular y esquelético: Aceptable

Aspecto de los dientes: Presencia de algunas amalgamas

Aspecto de encías:
Aceptable

Heridas: Tipo _____ Localización _____

3. ELIMINACIÓN

Subjetivo:

Hábitos intestinales: Evacuación normal X Estreñimiento _____

Diarrea frecuente: _____

¿ Toma usted algún laxante ? SI _____ NO X

¿Cuál ? _____

Orina: Normal X Con dolor X

Menstruación frecuencia Cada 30 Duración 4 días

Historia de hemorragias:
NO

¿ El estrés le ocasiona diarrea ?
SI _____ NO X

¿ Se siente molesta a causa de una sudoración abundante ?
SI X NO _____

¿ Por secreciones vaginales ?
SI X NO _____

¿ Conoce usted las características del sangrado en el puerperio ?
SI _____ NO X

¿ Conoce usted el tiempo que le durará el sangrado ?
SI _____ NO X

Objetivo:

Abdomen: características: globoso a expensas de útero gestante

Involución Uterina: _____ Altura del fondo uterino: De acuerdo a las SDG

Ruidos Intestinales: _____

Palpación globo vesical: No

Genitales: Normales

Eliminación de uresis de 50ml por hora

4. MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Subjetivo:

¿ Qué deporte o actividad física práctica ?

Correr _____ Aeróbicos X Bicicleta _____

Actividad en su tiempo libre: Ninguna

¿ Da algún paseo fuera de su casa ? SI X NO _____

¿ Práctica ejercicio prenatales ? SI _____ NO X

¿ Conoce los ejercicios que se deben hacer después del parto?

SI _____ NO X

¿ Conoce las posiciones que debe de adquirir para amamantar a su hijo?

SI _____ NO X

Objetivo

Estado del sistema esquelético / fuerza:

Aceptable

Posturas: la que sea Ayuda para deambular: _____

Dolor con el movimiento:

SI

Estado emocional: Estresado y con ansiedad

5. DESCANSO Y SUEÑO

Subjetivo

¿ Tiene hábitos que favorecen el sueño ? SI _____ NO X

Horario de descanso: 6 hrs Horas de descanso: de 6 a 8

¿ Padece insomnio ?

Últimamente

¿ A que considera que se debe ? A qué no puede dormir por el embarazo

¿ Siente cansancio al levantarse ? No

¿ En que forma se manifiesta ? _____

¿ Utiliza técnicas de relajación ?
 NO

¿ Al egresar del hospital quién le ayudará en su casa después del parto ? mi esposo

¿ Por cuánto tiempo? El necesario

¿ En que actividades le ayudará? Cuidado integral durante el horario de trabajo

¿ Quién se levantará por las noches a cuidar al bebé ? Mi esposo y yo

Objetivo

Estado: Ansiedad X Estrés X

Lenguaje: Claro X Respuesta a estímulos: Si

6. USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Subjetivo

¿ Influye su estado de ánimo para la selección de las prendas de vestir ?

NO

¿ Su autoestima es determinante en su modo de vestir?

NO

¿ Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría?

NO

El día que egrese del hospital hará uso de: Pañoleta:

No

Calcetas _____

Abrigo _____

X

¿ Qué creencias tiene usted respecto a la lactancia con la manera de vestir ?

Ninguna

Objetivo

¿ Viste de acuerdo a su edad ? SI X NO _____

Capacidad motora para vestirse y desvestirse:

Adecuada _____

X

Inadecuada _____

7. TERMORREGULACIÓN

Subjetivo:

¿ La casa que habita es: Fría _____ Caliente X

¿ Tiene problemas para controlar la temperatura de su casa?

Siempre _____

A veces _____

Nunca X

¿ Es usted sensible a los cambios de temperatura ? SI _____ NO X

Cuando cree que tiene fiebre ¿Usa termómetro? SI X NO _____

¿ Cómo se la toma ? Bucal _____ Axilar X

¿ Temperatura ambiente que le es agradable ? _____ de 16° a 22°

Objetivo:

Temperatura corporal: 36.6° C

Características de la piel: Limpia Transpiración: Normal

8. NECESIDADES DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Subjetivo

Frecuencia de aseo: Baño diario: X Cada 3er día: _____

Cada 8 días: _____ Esporádico: _____

Horario preferido para bañarse:

Por la mañana: X Por la noche: _____

Frecuencia del aseo dental: Una vez al día: _____ Dos veces al día: X

Tres veces al día: X Esporádico: _____

Prótesis dentales: SI _____ NO X
Parcial _____ Completa _____

¿ Fecha de la última visita al dentista ? Hace 3 mese

Aseo de manos:

Después de ir al baño X

¿ Sabe como asear sus pezones antes y después de amamantar a su hijo?

SI _____ NO X Si la

respuesta es SI especifique como y la frecuencia: _____

¿ Ha pensado como cuidar la piel de su abdomen después del parto? Si

Objetivo:

Aspecto general: Aceptable

Olor corporal: Normal

Halitosis: NO

Estado del cuero cabelludo: Limpio

Presencia lesiones dérmicas: Ninguna

Cambios tegumentarios propios del embarazo: NO

9. NECESIDADES DE EVITAR PELIGROS

Subjetivo

Miembros que componen su familia de pertenencia

NOMBRE	PARENTESC O	EDAD	ESCOLARIDA D	OCUPACION
	Padre	43	Secundaria	Empleado
	Madre	40	Técnico	Empleado
	Hermana	18	Preparatoria	Estudiante
	Esposo	20	Técnico	Empleado

¿ Es usted alérgica a algún medicamento ?

SI _____ NO NO A otras sustancias _____

Especifique

¿ Tomo algún medicamento que no haya prescrito el médico durante su embarazo?

SI _____ NO X ¿Cuál? _____

¿ Llevo control prenatal ? SI X NO _____

¿Cuántas consultas ? 8

¿ Sabe cuándo debe acudir a consulta después del parto? SI _____ NO X

¿ Sabe por que es importante que la revisen ? SI _____ NO X

¿ Tiene temor a la responsabilidad de tener un hijo ? SI X NO _____

¿ Y en su pareja ?

También

¿ Que actitud toma ante situaciones de tensión en su vida ?

Tranquila _____ Se stresa X Le da sueño _____

Come mucho _____ Ríe sin control _____ Indiferencia _____

¿ Busca una solución inmediata ? A veces

Objetivo:

- ¿ Deformidades congénitas ? Ninguna
- ¿ Condiciones del ambiente en el hogar ? Aceptable
- ¿ Condiciones de su ambiente laboral ?

10. NECESIDADES DE COMUNICARSE

Subjetivo:

- Estado civil: Casada Años de relación Dos
- Vive con: Solos
- Preocupaciones actuales: Que durante el parto no haya complicaciones
- Rol en la estructura familiar: Esposa
- ¿ Desde cuando vive en su actual domicilio ? 2 años
- ¿ Existen buenas relaciones en su localidad ? SI
- ¿ Tiene amigas o familiares en quién confíe ? SI
- ¿ Cuánto tiempo pasa sola ? Poco tiempo

Objetivo:

- Habla claro: SI X NO
- ¿ Ve usted bien ? SI X NO
- ¿ Lleva usted lentes de contacto ? SI NO X
- ¿ Escucha bien ? SI X NO
- ¿ Utiliza aparato auditivo ? SI NO X

11. NECESIDADES DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS

Subjetivo:

Tipo de religión: Católica

Su creencia religiosa le genera conflictos personales: NO

Principales valores en su familia: El respeto

Principales valores en su persona: El amor y respeto

¿ Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir ? Si

Objetivo:

Hábito específico de vestir (relacionado con su grupo social religioso): NO

¿ Permite el contacto físico ? Si

¿ Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias ?

La imagen de la Virgen de Guadalupe

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Subjetivo:

¿ Trabaja actualmente ? Si X NO _____

Tipo de trabajo: Gerente de restaurante

Riesgos:

Ningunos

¿ Cuánto tiempo dedica a su trabajo ? 8 Horas

¿ Esta satisfecho con su trabajo?

Si

¿ La remuneración que percibe le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia ?

SI X NO _____ ¿ Por qué? _____

¿ Esta satisfecha con el rol familiar que juega ? SI

Objetivo:

Estado emocional: Tranquila, ansioso, enfadado, retraído, temeroso, irritable, inquieto, eufórico: _____, temeroso inquieto _____

Otros: _____ Algunas veces nerviosa y angustiada _____

13. NECESIDADES DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Subjetivo:

Actividades que realiza en su tiempo libre: Leer libros y ver televisión

¿ Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad de este tipo? _____

¿ Existen recursos recreativos en su comunidad ? SI

¿ De que tipo? Deportivas y culturales

¿ Forma parte de alguna sociedad: Deportiva _____ Cultural _____

Profesional _____

¿ Cuáles son sus pasatiempos favoritos: Ver televisión

Objetivo:

Integridad neuromuscular: _____

¿ Rechaza las actividades recreativas?

SI

Su estado de ánimo es: Apático _____ Aburrido _____ Participativo X

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Subjetivo:

Nivel de educación: 2do semestre de lic en contabilidad

Problemas de aprendizaje:

NO

Limitaciones cognitivas:

NO

Tipo:

Preferencias para leer y/o escribir: Libros de cultura general y revistas

¿Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su domicilio? NO

¿Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo? NO

¿ Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud ? SI

Otros: _____

Objetivo:

Estado del sistema nervioso central: Normal

Órganos de los sentidos: Normales

Estado emocional: temerosa y ansiosa.

Memoria reciente: alerta y sin compromiso

Otras manifestaciones: manos húmedas -

VII.- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

En el Plan de Cuidados se plantearán los siguientes diagnósticos de enfermería:

NECESIDAD	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA
Oxigenación	Alteración de la función respiratoria, relacionado a la compresión de grandes vasos, manifestado por disnea polipnea y sensación de ahogo.
Eliminación	Alteración de la función renal, relacionado con déficit de volumen circulante, manifestado por oliguria (-1 ml./Kg./hora)
Moverse y mantener una buena postura	Dificultad para girarse en la cama relacionado con el trabajo de parto manifestado por dolor músculo esquelético a nivel de vértebras lumbares
Evitar los peligros del entorno y evitar dañar a los demás	Alteración de la frecuencia cardíaca fetal relacionado con circular de cordón manifestado por arritmia fetal
Comunicación	Alteración del patrón de comunicación relacionado con el déficit de conocimientos: trabajo de parto complicado, manifestado por angustia, e inquietud.

VIII.- . PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA

NECESIDAD: Oxigenación

Dx. DE ENFERMERÍA: Alteración de la función respiratoria, relacionado a la compresión de grandes vasos, manifestado por disnea, polipnea y sensación de ahogo

OBJETIVO:

- .Mantener niveles de oxemia dentro de parámetros normales

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
Valorar la respiración y los movimientos respiratorios	Ayuda a comprobar si la ventilación es adecuada	A las 2 horas de instalado el oxígeno la frecuencia respiratoria es de 22 respiraciones por minuto y la FCF 152 por minuto
Valorar el estado respiratorio y las constantes vitales	Las constantes vitales y el estado, respiratorio indican si la ventilación es adecuada	
Colocar a la paciente en posición fowler	Esta posición facilita una expansión máxima del tórax	

NECESIDAD: Moverse y mantener una buena postura

Dx. DE ENFERMERÍA: Dificultad para girarse en la cama relacionado con el trabajo de parto manifestado por dolor músculo esquelético a nivel de vértebras lumbares

OBJETIVO: Mantener una alineación corporal

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
Colocar en posición decúbito lateral izquierdo	La posición decúbito lateral izquierdo evita que se comprima la vena cava	La FCF es de 152 por minuto

NECESIDAD: Evitar los peligros del entorno y evitar dañar a los demás

Dx. DE ENFERMERÍA: Alteración de la frecuencia cardiaca fetal relacionado con circular de cordón manifestado por arritmia fetal

OBJETIVO: 1

➤ Evitar complicaciones

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
<p>Mantener monitoreo de la frecuencia cardiaca fetal</p> <p>Colocar en posición decúbito lateral izquierdo</p>	<p>En los accidentes del cordón umbilical como las circulares del cordón, durante las contracciones uterinas se estrecha más el cordón el calibre de los vasos umbilicales y se reduce el flujo sanguíneo del producto</p>	<p>La FCF es de 152 por minuto</p> <p>Recién Nacido con apgar de 7-9</p>

NECESIDAD: Comunicación

Dx. DE ENFERMERÍA; Alteración del patrón de comunicación relacionado con el déficit de conocimientos; trabajo de parto complicado, manifestado por angustia, e inquietud

Objetivo: Mantener informada a la paciente sobre los mecanismos del trabajo de parto

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
Proporcionar información a la paciente acerca del mecanismo del trabajo de parto	Disminución de situaciones de estrés al tener conocimiento de los mecanismos del trabajo de parto	La paciente se relajo y coopero durante el trabajo de parto
Dar terapia de relajación profunda cerrando los ojos, movimientos leves de cuello y extremidades superiores	La buena comunicación entre paciente y enfermera permite conocer y resolver necesidades	La buena comunicación entre el personal multidisciplinario contribuyo a una exitosa atención del parto

IX.- PLAN DE ALTA

NECESIDAD	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	OBJETIVO
Nutrición	Orientar a la paciente sobre la dieta que contenga proteínas y la ingestión de 2,500 ml. De líquidos	Lograr que la paciente ingiera los alimentos de los diferentes grupos así como la cantidad de los mismos
Movimiento	Disminuir el dolor en forma paulatina hasta la disminución total	Orientar a la paciente como tomar los medicamentos en el hogar hora y dosis(si fuera el caso)
Deambulación	Orientar sobre la importancia que tiene el ejercicio para la eliminación de loquios y la actividad intestinal	Verificar el aprendizaje sobre los beneficios de la Deambulación

NECESIDAD	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	OBJETIVO
Lactancia materna	Proporcionar orientación sobre las ventajas y beneficios de la lactancia materna	Verificar que la paciente practique la lactancia materna en el hospital y en el hogar

X.- CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

CONCLUSIONES:

De acuerdo al proceso de atención de enfermería realizado se puede decir que los objetivos planteados se lograron. Por que se aplicaron los conocimientos obtenidos durante la carrera de Licenciado en Enfermería y Obstetricia específicamente en la materia de obstetricia llevando a cabo un proceso de atención de Enfermería en una paciente con diagnóstico de Embarazo de 37.2 semanas de gestación con sufrimiento fetal agudo.

Así mismo se pudo comprobar que la atención de enfermería que se le proporciona a las pacientes es de calidad y con calidez por que repercutio en la exitosa atención del parto ya que al R/N obtuvo un Apgar de 8/9.

En cuanto a la intervención de enfermería cuando la paciente estuvo en trabajo de parto, inicio con alteración de la respiración por lo que el personal de enfermería realizo la valoración de los movimientos respiratorios, dio posición fowler y coloco oxigeno a 3 litros por minuto y como resultado a la intervención de enfermería la paciente a las dos horas tenia una frecuencia respiratoria de 22 respiraciones por minuto.

En cuanto a la alteración renal se llevo a cabo un estricto control de líquidos.

Se mantuvo una estrecha comunicación, ya que la paciente estaba angustiada por lo que le pudiera pasar con su bebé y a ella, al establecer dicha comunicación la paciente contribuyo durante el trabajo de parto con el equipo multidisciplinario

SUGERENCIAS

Es importante la realización de los procesos de enfermería en el gremio ya que actualmente solo se enseña en las aulas y el único lugar que se lleva a cabo es en el Hospital Ángeles, considero que las 14 necesidades de Virginia Henderson son las más cercanas a la realidad.

También es importante que la atención que se brinda a las mujeres embarazadas sea de calidad y con calidez para que el binomio madre e hijo tengan mejor calidad de vida y así mismo disminuir la morbilidad materno-fetal.

Para contribuir a la disminución de la tasa de mortalidad materno-fetal es necesario que la escuela de Enfermería y Obstetricia continúe con el programa SUA para las enfermeras que tengan las ganas y la inquietud de seguir superándose y a su vez elevar la calidad que se brinda a estas pacientes

XI.- BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Modelos y teorías en enfermería , Marriner Tomey Allgood
- 2.-Desarrollo científico de enfermería Vol 9 No 3 2001
- 3.-Obstetricia para la Enfermera profesional, Félix Ramírez Alonso, editorial Manual moderno
- 4.- Desarrollo científico de enfermería Volumen 9 No 8 Septiembre 2001
- 5.- Diccionario de medicina Océano Mosby Océano grupo editorial
- 6.- Anatomía humana R.D. Lockhart y cols editorial Interamericana México, D:F: 1985
- 7.- Alfaro R. (1995). El proceso de atención de enfermería 2da ed Barcelona: Ed Doyma
- 8.-Hernandez, C.J y esteban, A,M, (1999) fundamentos de la enfermería teoría y método. Madrid, Ed McGraw hill-interamericana
- 9.- Potter, 1993
- 10 .- revista desarrollo científico de enfermería Volumen 9 No 6 julio 2001
- 11.- Enfermería fundamental, conceptos, procesos y práctica,Kozier y Cols Tomos 2,4 y Ed Interamericana ed Cuarta 1994

XII.- GLOSARIO

A

Agudo: rápido y grave; se trata de una afección grave de inicio rápido y grave; se trata de una afección grave de inicio

Ahogo: Falta de oxígeno debido a la interrupción de la respiración

C

Ciencia: Es la observación, identificación, descripción, investigación experimental y explicación teórica de los fenómenos naturales

Comunicación; Intercambio de ideas, pensamientos o sentimientos entre dos o más personas

Comunicación terapéutica; Comunicación que ayuda a los clientes a vencer temporalmente el estrés y a entenderse con otros

Conocimiento: Es la consciencia o percepción de la realidad adquirida a través del aprendizaje o la investigación

D

Disnea: respiración difícil y trabajosa en la que el cliente tiene una necesidad persistente e insatisfecha de aire y se siente angustiado.

E

Embarazo: estado de la mujer embarazada

Enfermera: Quien por profesión asiste a enfermos

Enfermo: Que padece enfermedad /Doliente / paciente

M

Metaparadigma de enfermería: los conceptos que influyen más significativamente en la enfermería y determinan su práctica: la persona, entorno , salud y acciones de enfermería

Modelo(paradigma): Una idea abstracta o una descripción teórica de un fenómeno compleja

O

Oliguria:Producción de anormalmente pequeñas cantidades de orina por los riñones.

S

Sufrimiento: M dolor del que sufre

T

Teoría: conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistemática de un fenómeno.

XIII.- ANEXOS

HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA DE VIRGINIA HENDERSON

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____ Sexo: _____ Edad: _____ Peso: _____
Talla: _____ Ocupación: _____ Escolaridad: _____
Procedencia: _____ Fecha de admisión: _____ Hora: _____
Fuente: _____

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

NECESIDADES BÁSICAS

1. OXIGENACIÓN

Subjetivo:

¿ Esta bien ventilada la habitación en la que pasa la mayor parte de su tiempo?

¿ Fumaba usted antes de su embarazo ? SI _____ NO _____

Si la respuesta es sí ¿ Cuántos cigarrillos al día?

1 a 5 _____ 6 a 10 _____ 11 a 20 _____ + de 20 _____

¿ Hay en su casa uno o varios fumadores ? SI _____ NO _____

¿ A tenido dificultades respiratorias o molestias ?

Si _____ Ocasionalmente _____

Nunca _____

¿ Utilizó algún método de control respiratorio para ayudarle durante su estancia en el hospital ?

SI X NO _____

¿Cuál ? Oxígeno por mascarilla

Objetivo

Registro de Signos Vitales:

FR. _____ Fc. _____ T/A. _____ Tem _____

Estado de conciencia: _____

Coloración de la piel / lechos ungueales / peribucal: _____

Circulación de retorno venoso: _____

2. NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Subjetivo:

N° de comidas diarias: _____

¿ Come a horas regulares ? SI _____ NO _____

Si la reapuesta es Si precise:

¿ Sigue usted una dieta especial ? SI _____ NO _____

¿ De que tipo ?

¿ Sufre usted alguna alergia alimenticia o intolerancia ? _____

¿ Tiene problemas de masticación y/o deglución ? _____

¿ Qué cantidad de líquidos toma al día ? _____

¿ Ingiere bebidas alcohólicas ? SI _____ NO _____ A veces _____

Cerveza _____ Vino _____ Otros _____

- ¿ Con que frecuencia ? _____
- ¿ Sabe que tipo de dieta debe de llevar para favorecer la lactancia ? _____
- ¿ Qué cantidad de líquidos ? _____

Dieta habitual:

ALIMENTOS	Diario	C/3er. Día	C/8 días	Esporádica	Nunca
Leche					
Carne					
Pescado					
Huevo					
Fruta					
Verduras					
Legumbres					
Cereales					
Pan					
Tortilla					
Chatarra					

Objetivo:

¿ Turgencia de la piel ? _____

Membranas mucosas: hidratadas _____ Secas _____

Características de:

Uñas: _____ Cabello: _____

Funcionamiento muscular y esquelético: _____

Aspecto de los dientes: _____

Aspecto de encías: _____

Heridas: Tipo _____ Localización _____

3. ELIMINACIÓN

Subjetivo:

Hábitos intestinales: Evacuación normal _____ Estreñimiento _____

Diarrea frecuente: _____

¿ Toma usted algún laxante ? SI _____ NO _____

¿Cuál ?

Orina: Normal _____ Con dolor _____

Menstruación frecuencia _____ Duración _____

Historia de hemorragias: _____

¿ El estrés le ocasiona diarrea ?

SI _____ NO _____

¿ Se siente molesta a causa de una sudoración abundante ?

SI _____ NO _____

¿ Por secreciones vaginales ?

SI _____ NO _____

¿ Conoce usted las características del sangrado en el puerperio ?

SI _____ NO _____

¿ Conoce usted el tiempo que le durará el sangrado ?

SI _____ NO _____

Objetivo:

Abdomen: características: _____

Involución Uterina: _____ Altura del fondo uterino: _____

Ruidos Intestinales: _____

Palpación globo vesical: _____
Genitales: _____
Eliminación de _____

4. MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Subjetivo:

¿ Qué deporte o actividad física práctica ?

Correr _____ Aeróbicos _____ Bicicleta _____

Actividad en su tiempo libre: _____

¿ Da algún paseo fuera de su casa ? SI _____ NO _____

¿ Práctica ejercicio prenatales ? SI _____ NO _____

¿ Conoce los ejercicios que se deben hacer después del parto?
SI _____ NO _____

¿ Conoce las posiciones que debe de adquirir para amamantar a su hijo?
SI _____ NO _____

Objetivo

Estado del sistema esquelético / fuerza: _____

Posturas: _____ Ayuda para deambular: _____

Dolor con el movimiento: _____

Estado emocional: _____

5. DESCANSO Y SUEÑO

Subjetivo

¿ Tiene hábitos que favorecen el sueño ? SI _____ NO X _____

Horario de descanso: _____ Horas de descanso: _____

- ¿ Padece insomnio ? _____
- ¿ A que considera que se debe ? _____
- ¿ Siente cansancio al levantarse ? _____
- ¿ En que forma se manifiesta ? _____
- ¿ Utiliza técnicas de relajación ? _____
- ¿ Al egresar del hospital quién le ayudará en su casa después del parto ? _____
-
- ¿ Por cuánto tiempo? _____
- ¿ En que actividades le ayudará? _____
- ¿ Quién se levantará por las noches a cuidar al bebé ? _____

Objetivo

Estado: Ansiedad _____ Estrés _____

Lenguaje: Claro _____ Respuesta a estímulos: _____

6. USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Subjetivo

- ¿ Influye su estado de ánimo para la selección de las prendas de vestir ? _____
- ¿ Su autoestima es determinante en su modo de vestir? _____
- ¿ Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría? _____
- El día que egrese del hospital hará uso de: Pañoleta: _____
- Calcetas _____ Abrigo _____
- ¿ Qué creencias tiene usted respecto a la lactancia con la manera de vestir ? _____
-

Objetivo

¿ Viste de acuerdo a su edad ? SI _____ NO _____

Capacidad motora para vestirse y desvestirse:

Adecuada _____ Inadecuada _____

7.- TERMORREGULACIÓN

Subjetivo:

¿ La casa que habita es: Fría _____ Caliente _____

¿ Tiene problemas para controlar la temperatura de su casa?

Siempre _____ A veces _____ Nunca _____

¿ Es usted sensible a los cambios de temperatura ? SI _____ NO _____

Cuando cree que tiene fiebre ¿Usa termómetro? SI _____ NO _____

¿ Cómo se la toma ? Bucal _____ Axilar _____

¿ Temperatura ambiente que le es agradable ? _____

Objetivo:

Temperatura corporal: _____

Características de la piel: _____ Transpiración: _____

8. NECESIDADES DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Subjetivo

Frecuencia de aseo: Baño diario: _____ Cada 3er día: _____

Cada 8 días: _____ Esporádico: _____

Horario preferido para bañarse:

Por la mañana: _____ Por la noche: _____

Frecuencia del aseo dental: Una vez al día: _____ Dos veces al día: _____

Tres veces al día: _____ Esporádico: _____

Prótesis dentales: SI _____ NO _____

Parcial _____ Completa _____

¿ Fecha de la última visita al dentista ? _____

Aseo de manos:

Antes y después de comer _____

Después de ir al baño _____

¿ Sabe como asear sus pezones antes y después de amamantar a su hijo?

SI _____ NO _____

Si la respuesta es SI especifique como y la frecuencia: _____

¿ Ha pensado como cuidar la piel de su abdomen después del parto? _____

Objetivo:

Aspecto general: _____

Olor corporal: _____

Halitosis: _____

Estado del cuero cabelludo: _____

Presencia lesiones dérmicas: _____

Cambios tegumentarios propios del embarazo: _____

9. NECESIDADES DE EVITAR PELIGROS

Subjetivo

Miembros que componen su familia de pertenencia

NOMBRE	PARENTESC O	EDAD	ESCOLARIDA D	OCUPACION

¿ Es usted alérgica a algún medicamento ?

SI _____ NO _____ A otras sustancias _____

Especifique

- ¿ Tomo algún medicamento que no haya prescrito el médico durante su embarazo? SI _____ NO _____ ¿Cuál? _____
- ¿ Llevo control prenatal? SI _____ NO _____
- ¿ Cuántas consultas? _____
- ¿ Sabe cuándo debe acudir a consulta después del parto? SI _____ NO _____
- ¿ Sabe por que es importante que la revisen? SI _____ NO _____
- ¿ Tiene temor a la responsabilidad de tener un hijo? SI _____ NO _____
- ¿ Y en su pareja? _____
- ¿ Que actitud toma ante situaciones de tensión en su vida?
- Tranquila _____ Se estresa _____ Le da sueño _____
- Come mucho _____ Ríe sin control _____ Indiferencia _____
- ¿ Busca una solución inmediata? _____

Objetivo:

- ¿ Deformidades congénitas? _____
- ¿ Condiciones del ambiente en el hogar? _____
- ¿ Condiciones de su ambiente laboral? _____

10. NECESIDADES DE COMUNICARSE

Subjetivo:

- Estado civil: _____ Años de relación _____
- Vive con: Solos _____
- Preocupaciones actuales: _____
- Rol en la estructura familiar: _____
- ¿ Desde cuando vive en su actual domicilio? _____

- ¿ Existen buenas relaciones en su localidad ? _____
¿ Tiene amigas o familiares en quién confíe ? _____
¿ Cuánto tiempo pasa sola ? _____

Objetivo:

- Habla claro: SI _____ NO _____
¿ Ve usted bien ? SI _____ NO _____
¿ Lleva usted lentes de contacto ? SI _____ NO _____
¿ Escucha bien ? SI _____ NO _____
¿ Utiliza aparato auditivo ? SI _____ NO _____

11. NECESIDADES DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS

Subjetivo:

- Tipo de religión: _____
Su creencia religiosa le genera conflictos personales: _____
Principales valores en su familia: _____
Principales valores en su persona: _____
¿ Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir ? _____
Objetivo:

- Hábito específico de vestir (relacionado con su grupo social religioso): _____
¿ Permite el contacto físico ? _____
¿ Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias ? _____

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Subjetivo:

¿ Trabaja actualmente ? Si _____ NO _____

Tipo de trabajo: _____

Riesgos:

_____ Ningunos _____

¿ Cuánto tiempo dedica a su trabajo ? _____

¿ Esta satisfecho con su trabajo? _____

¿ La remuneración que percibe le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia ?

SI _____ NO _____ ¿ Por qué? _____

¿ Esta satisfecha con el rol familiar que juega ? _____

Objetivo:

Estado emocional: Tranquila, ansioso, enfadado, retraído, temeroso, irritable, inquieto, eufórico: _____

Otros: _____

13. NECESIDADES DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Subjetivo:

Actividades que realiza en su tiempo libre: _____

¿ Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad de este tipo? _____

¿ Existen recursos recreativos en su comunidad ? _____

¿ De que tipo? _____

¿ Forma parte de alguna sociedad: Deportiva _____ Cultural _____

Profesional _____

¿ Cuáles son sus pasatiempos favoritos: _____

Objetivo:

Integridad neuromuscular: _____

¿ Rechaza las actividades recreativas? _____

Su estado de ánimo es: Apático _____ Aburrido _____ Participativo _____

14 .- NECESIDADES DE APRENDIZAJE

Subjetivo:

Nivel de educación: _____

Problemas de aprendizaje: _____

Limitaciones cognitivas: _____

Tipo:

Preferencias para leer y/o escribir: _____

¿ Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su domicilio? _____

¿ Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo? _____

¿ Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud ? _____

Otros: _____

Objetivo:

Estado del sistema nervioso central: _____

Órganos de los sentidos: _____

Estado emocional: _____

Memoria reciente: _____

Otras manifestaciones: _____



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA
ENEP - IZTACALA



NECESIDADES Y O PROBLEMAS	FUNDAMENTACION DE LAS NECESIDADES Y O PROBLEMAS	ACCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION DE LAS ACCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACION
Trabajo de parto	Para la atención de una trabajo de parto lo ideal es realizar un ambiente hospitalario en el que se disponga lo necesario para brindar la mayor seguridad a la madre y al producto	Preparación psicológica de la paciente. Observar y monitorizar las contracciones uterinas. Orientar a la paciente sobre la respiración	Crear un ambiente de confort y cooperación La conducta a seguir durante las contracciones	La preparación psicológica mejora y aumento la colaboración de la paciente en el curso del trabajo de parto. Durante el último periodo del trabajo de parto las contracciones fueron de 4-5 en 10 min con una duración de 40 a 50 seg.
		Auscultación abdominal	Permite evaluar la altura del fondo uterino. Las maniobras de Leopold, sirven para determinar su posición, la variedad de presentación y actitud	El producto se encontro en posición cefalica izquierda anterior.
		Auscultación del feto fetal.	Sirve para valorar el estado del feto y descubrimiento de cualquier anomalía. Cifras normales 120 160X	La FCF oscilaba entre 140 y 150X

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

40



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA
ENEP - IZTACALA



NECESIDADES Y/O PROBLEMAS	FUNDAMENTACION DE LAS NECESIDADES Y/O PROBLEMAS	ACCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION DE LAS ACCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACION
Trabajo de parto		Exploración vaginal	Para valorar el proceso de trabajo de parto verificando la dilatación del cervical el descenso y la posición fetal.	Se logra detectar una dilatación de 9 cm borramiento del 100%
		Se realiza asepsia y antisepsia de la región vulvar.	Para la eliminación de virus patógenos oportunistas.	Se realiza asepsia y antisepsia adecuadamente.
		Se realizo episiotomia media lateral derecha	Incisión quirúrgica que se realiza en periné y vagina con objeto de ampliar las partes blandas del canal del parto y facilitar la expulsión del producto.	Método utilizado sin complicaciones
		Recepción del producto	Mediante la técnica de rotación del resto del cuerpo.	Se recibe producto unico vivo y se entrega al pediatra para su valoración dando un apgar de 8/9.
Tracción del cordón umbilical suavemente.	Haciendo presión con la otra mano en el abdomen al nivel del fondo uterino y esperar que se lleve el alumbramiento que sucede en un tiempo de 5-10 min.	El alumbramiento se dio sin alteraciones con cotiledones completos		

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

85



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA
ENEP - IZTACALA



NECESIDADES Y/O PROBLEMAS	FUNDAMENTACIÓN DE LAS NECESIDADES Y/O PROBLEMAS	ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN DE LAS ACCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
		Realizar Episiorrafia Revisión de cavidad Orientación sobre el control de la natalidad	Cirugía que se realiza para el cierre de la episiotomía. La permanencia de restos placentarios provoca sangrados profusos y septicemia Los métodos anticonceptivos, constituyen el elemento clásico del programa nacional de planificación familiar por que facilitan la elección oportuna y adecuada de las parejas.	Es el procedimiento QX en el cual se recupero la episiotomía. Se limpio perfectamente sin quedar restos placentarios. La paciente acepto el DIU.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN