

ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE: 8722



TESIS

CUIDADOS DE ENFERMERIA A MUJERES EN LABOR DE PARTO NORMAL

PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:

ANA LAURA HERNÁNDEZ GONZÁLEZ

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA MICHOACÁN. 2018



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.

ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE: 8722



TESIS

CUIDADOS DE ENFERMERIA A MUJERES EN LABOR DE PARTO NORMAL

PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:

ANA LAURA HERNÁNDEZ GONZÁLEZ

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA MICHOACÁN. 2018

DEDICATORIAS

A:

Mis padres María Raquel González Meza y José Alfonso Hernández Hilario por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo. Todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos los amo.

Mis hermanos, Alfonso Daniel Hernández González y Raquel Aylin Hernández González, así como a mi sobrina Yarezi Daniel Hernández González, por estar conmigo y apoyarme siempre, los amo mucho.

Todos mis amigos, Selene Toral, Rubi Sandoval, Mara Patricia, Itzayana Rivera, Joana Tenorio, Rocio Ramblas, Paloma Mariano; por compartir los buenos y malos momentos y por todas las aventuras que vivimos juntas las adoro.

Todos aquellos familiares y amigos que no recordé al momento de escribir esto. Ustedes saben quiénes son.

A mis maestros Doctora Janitzia Alvarez Reyes por su gran apoyo y motivación para la culminación de nuestros estudios profesionales y para la elaboración de esta tesis, por su tiempo compartido y por impulsar el desarrollo de nuestra formación profesional gracias.

A ti que a lo largo de este tiempo me has sabido entender, comprender, y apoyar en todo momento y para todo gracias por tanto amor, confianza y cariño te amo.

AGRADECIMIENTOS

Le agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera y mi vida, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.

Gracias a mis padres José Alfonso Hernández Hilario y María Raquel González Meza por todo el apoyo en todo momento de mi vida, por los valores que me han inculcado y por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida, pero sobre todo por ser un excelente ejemplo a seguir gracias los amo.

A mis hermanos y sobrina por ser parte importante de mi vida, por haberme apoyado en las buenas y en las malas, pero sobre todo gracias por toda la paciencia y amor gracias por llenar mi vida de alegría los amo.

A mi maestra de tesis Doctora Yanitzia Álvarez Reyes por la confianza, apoyo y dedicación de tiempo, por compartir sus conocimientos para poder realizar esta tesis.

A mis amigos por confiar y creer en mí y haber hecho de mi etapa profesional un trayecto de vivencias que nunca olvidaré.

A Ari por todo el apoyo brindado, por aguantarme y por siempre buscar la manera de tenerme de buenas, por soportar mis momentos de histeria y por ser una excelente persona.

Ana

Contenido

DEDICATORIAS	¡Error! Marcador no definido.
AGRADECIMIENTOS	¡Error! Marcador no definido.
INTRODUCCIÓN.....	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
PREGUNTA DE INVESTIGACION	11
OBJETIVOS GENERAL:	11
OBJETIVO ESPECIFICO	11
HIPOTESIS	11
VARIABLES	11
JUSTIFICACIÓN.....	12
Primera variable Cuidados de enfermería	13
Sujetos de cuidado.....	13
Definición de parto normal.....	13
Capitulo II variables dependientes	14
Mujer embarazada	14
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	15
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	15
CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.....	15
LIMITES	15
CAPITULO I.....	16
1.0 SUJETOS DE CUIDADO.....	17
1.1 DEFINICIÓN DE PARTO NORMAL.....	17
1.2 MUJER EMBARAZADA.....	18
1.2.1 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA EMBARAZADA	18
1.2.2 DESARROLLO DEL EMBARAZO NORMAL	18
1.2.3 PRIMER TRIMESTRE	18
1.2.4 EN EL SEGUNDO TRIMESTRE	19
1.2.5 TERCER TRIMESTRE	19
1.3 ACCIONES DE ENFERMERÍA INDEPENDIENTE	19

1.4 EN CUANTO A LAS PRINCIPALES MOLESTIAS REALIZAR RECOMENDACIONES, ESTAS SON:	20
1.4.1 NÁUSEAS Y VÓMITOS:	20
1.4.2 MICCIÓN FRECUENTE:	20
1.4.3 HIPERSENSIBILIDAD MAMARIA:	20
1.4.4 LEUCORREA:	20
1.4.5 CONGESTIÓN NASAL:	20
1.4.6 GINGIVITIS:	21
1.4.7 PIROSIS:	21
1.4.8 ESTREÑIMIENTO:	21
1.4.9 HEMORROIDES:	21
1.4.10 VÁRICES:	21
1.4.11 EDEMAS:	21
1.4.12 LUMBALGIAS:	22
1.4.13 CALAMBRES EN LAS PIERNAS:	22
1.4.14 DESMAYOS:	22
1.4.15 DISNEA	22
1.5 INSTRUCCIONES A LA PACIENTE EN CUANTO A LA NUTRICIÓN: ALIMENTACIÓN COMPLETA, VARIADA Y FRACCIONADA DE LA FORMA SIGUIENTE:	22
1.5.1 LA DIETA DEBE CONTENER ALIMENTOS DE TODOS LOS GRUPOS, TALES COMO:	22
1.6 ACCIONES DE ENFERMERÍA INDEPENDIENTE	23
1.7 ACCIONES DE ENFERMERÍA EN LA EDUCACIÓN DE LA GESTANTE	23
1.7.1 TODA LA EDUCACIÓN DURANTE LA GESTACIÓN SE DEBE RELACIONAR CON ASPECTOS TALES COMO:	23
1.7.2 EJERCICIO Y ACTIVIDAD FÍSICA:	23
1.7.3 VESTIMENTA:	24
1.7.4 SENTIDO COMÚN:	24
1.7.5 ACTIVIDAD SEXUAL:	24
1.7.6 FÁRMACOS, DROGAS Y TABAQUISMO:	24
1.7.7 ACCIONES DE ENFERMERÍA EN LA PREPARACIÓN PSICOPROFILÁCTICA PARA EL PARTO	25

CAPITULO II	27
2.1 DEFINICIÓN DE PARTO.....	28
2.1.1 ¿CUÁNDO EMPIEZA EL PARTO?	28
2.2 PREPARACIÓN PSÍQUICA DE LA PACIENTE	29
2.3 TRABAJO DE PARTO.....	29
2.4 SÍNTOMAS Y SIGNOS QUE ACOMPAÑAN AL TRABAJO DE PARTO	29
3.0 FASES DEL PARTO.....	30
3.1 FASE 0 UTERINA DEL PARTO	30
3.2 FASE 1 DEL PARTO	30
3.3 FASE 2 UTERINA DEL PARTO	31
3.4 FASE 3 UTERINA DEL PARTO	31
4.0 ADAPTACIONES DEL EMBARAZO Y DESARROLLO FETAL	32
4.1 CAMBIOS DE LA CONFIGURACIÓN, EL TAMAÑO Y LA POSICIÓN DEL ÚTERO	32
4.2 MODIFICACIONES DEL CUELLO UTERINO	33
4.2.1 TROMPAS DE FALOPIO.....	34
4.2.2 VAGINA Y PERINÉ.....	34
4.2.3 LAS MAMAS	34
4.3 OBJETIVOS DE ENFERMERIA EN LA VALORACION DE LAS ADAPTACIONES DEL EMBARAZO	35
4.4 ADAPTACIONES FISIOLÓGICAS DE LOS APARATO Y SISTEMAS CORPORALES	35
4.4.1 EL EMBARAZO SE DIVIDE EN TRES TRIMESTRES, CADA UNO APROXIMADAMENTE DE 13 SEMANAS:	36
4.4.2 INFLUENCIAS HORMONALES	36
4.5 DIAGNOSTICO DE EMBARAZO	36
4.5.1 CAMBIOS CLÍNICOS.....	36
4.5.2 SIGNOS QUE CONFIRMAN EL EMBARAZO.....	37
4.5.3 PRUEBAS DE EMBARAZO	37
4.6 DESARROLLO FETAL PERIODOS DE CRECIMIENTO FETAL	37
4.6.1 SEMAS 1 A 3. PERIODO PRE EMBRIONARIO.....	37
4.6.2 SEMANAS 3 A 8: PERIODO EMBRIONARIO	38
4.6.3 SEMANAS 9 A 40. PERIODO FETAL.....	38

4.7 VALORACION DE ENFERMERIA DE LA EMBARAZADA	38
4.8 ASISTENCIA PRENATAL	38
4.9 OBJETIVOS DE ENFERMERIA EN LA ASISTENCIA PRENATAL	38
5.0 TRABAJO DE PARTO, PARTO NORMAL Y SU ATENCION	39
6.0 COMPONENTES DEL TRABAJO DE PARTO Y PARTO	39
6.1 Fuerza de las contracciones	39
6.2 LOS TRES ESTADIOS DEL TRABAJO DE PARTO.....	40
6.2.1 EL PRIMER ESTADIO	40
6.2.2 CONTRACCIONES UTERINAS CARACTERÍSTICAS DEL TRABAJO DE PARTO	41
6.2.3 EL SEGUNDO ESTADIO.....	42
6.2.4 EL TERCER ESTADIO.....	42
6.2.4.1 LOS TRES FACTORES QUE CONTRIBUYEN A QUE LAS CONTRACCIONES BORREN Y DILATEN EL CUELLO SON:	42
6.3 PERIODO DE DILATACIÓN	44
6.3.1 FASE 1 LATENTE.....	44
6.3.2 FASE 2 ACTIVA.....	44
6.3.3 FASE 3 ALUMBRAMIENTO	44
6.3.4 TIPOS DE ALUMBRAMIENTO	45
6.4 ATENCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO Y EL PARTO NORMAL	45
6.5 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO	46
6.5.1 SIGNOS VITALES Y REVISIÓN DEL EXPEDIENTE GESTACIONAL.....	46
6.5.2 EXPLORACIÓN VAGINAL	47
6.5.3 ATENCIÓN DE LA PRIMERA FASE DEL TRABAJO DE PARTO.....	47
6.6 VIGILANCIA DEL BIENESTAR FETAL DURANTE EL TRABAJO DE PARTO.....	47
6.6.1 SIGNOS VITALES MATERNOS.....	47
6.6.2 ATENCIÓN DEL SEGUNDO PERIODO DEL TRABAJO DE PARTO	48
6.6.3 ESFUERZOS DE EXPULSIÓN	48
6.6.4 ATENCIÓN DEL TERCER PERIODO DEL TRABAJO DE PARTO	49
6.6.5 SIGNOS DE SEPARACIÓN PLACENTARIA.....	49
6.6.6 ATENCIÓN DE LA TERCERA FASE DEL TRABAJO DE PARTO.....	50
6.6.7 CUARTA FASE DEL TRABAJO DE PARTO	50

6.7 PARTOGRAMA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMSS)	50
CAPITULO III INSTRUMENTOS DE ESTADÍSTICA.....	52
CAPITULO IV.....	54
ETICA DE ESTUDIO.....	54
CAPITULO I.....	54
CAPITULO II.....	54
CAPITULO III.....	55
CAPITULO IV.....	56
CAPITULO V.....	56
CAPITULO VI.....	57
DECALOGO DEL CODIGO DE ETICA.....	58
PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS EN MEXICO	58
LEY GENERAL DE SALUD.....	59
TABLAS.....	60
CONCLUSION	79
ANEXOS	82
Tabla 4.3. Programa del curso para la preparación psicoprofiláctica.....	84
HIPOTESIS	85
GUION METODOLOGICO	86
GLOSARIO	87
1. PRIMÍPARA	87
2. MULTÍPARA.....	87
3. NULIGESTA.....	87
4. GRÁVIDA	87
5. NULÍPARA	87
6. PARTURIENTA.....	87
7. PUÉRPERA	88
8. LEUCORREA.....	88
9. PIROSIS.....	88
10. EDEMA.....	88
11. DISNEA.....	88
12. GESTACIÓN	88

13. DILATACIÓN.....	88
14. BORRAMIENTO.....	89
15. UTEROTONICOS	89
BIBLIOGRAFÍA	90

INTRODUCCIÓN

El trabajo de parto es el proceso que culmina en el parto. Empieza con el inicio de las contracciones uterinas regulares y termina con el parto del recién nacido y la expulsión de la placenta. De manera indudable es verdad que tanto el embarazo como el parto son procesos fisiológicos y, como tales, el trabajo de parto y el parto se deben considerar normales en la mayoría de las mujeres (Lawrence, 2012). Esta percepción del trabajo de parto y el parto como procesos fisiológicos se puso en tela de juicio en el decenio pasado puesto que se ha observado que los trastornos del piso pélvico son más frecuentes entre las mujeres que han tenido por lo menos un hijo (Handa, 2011; Nygaard, 2008). Hoy día, establecer qué aspectos del parto contribuyen más a este riesgo conforma un área de investigación intensa y se describe con mayor detalle en el siguiente trabajo de investigación. El parto puede ser vaginal o por cesárea. El trabajo de parto tiene tres etapas que pueden comenzar incluso semanas antes de que nazca el bebé.

La humanización de la asistencia del parto ha sido el blanco de la atención de profesionales y personas, directas o indirectamente involucradas con la práctica obstétrica.

La siguiente investigación trata acerca de la atención de enfermería a las pacientes en labor de parto sin complicaciones, los cuidados que se le tienen que ofrecer como personal de enfermería cuando las pacientes llegan al área de tococirugía; dentro del mismo se encontrara información acerca de los cuidados y atenciones que se les brindan a estas pacientes. Así como una conclusión estadística acerca del desempeño del personal de enfermería en cuanto a la atención a la paciente en labor de parto en el Hospital De Nuestra Señora De La Salud.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La mayoría de las ocasiones cuando llegan las pacientes al servicio de obstetricia o a la unidad tóco quirúrgica en el HNSS, como personal de enfermería recibimos a la paciente, la instalamos en su cama, se le toman signos vitales, si no está permeable una vena aun lo hacemos en el servicio, se regulan soluciones después de eso como personal de enfermería ya no realizamos ningún tipo de acción en cuanto a la atención, cuidados o monitorización de nuestra paciente, no se brinda algún tipo de apoyo emocional o se le acompaña a la paciente.

Por lo cual considero que sería importante el dar cuidados para que el embarazo termine de una manera buena y con un producto sano sin que se altere tanto la salud de la madre como la del producto, porque muchas veces se ha visto en este hospital que por la falta de atención y cuidados del personal de enfermería muchas parturientas tienen a su bebe en la cama de labor de parto y no en la sala de expulsión pues como ya lo mencione arriba no se le dan las atenciones necesarias y esto puede ocasionar daños tanto al producto como a la madre pues el producto puede sufrir una pérdida de oxígeno, asfixia o caer de la cama pues no está en las condiciones apropiadas para que comience el parto y la madre puede sufrir de una hemorragia, un desgarre, además que después que las pacientes son bloqueadas tampoco se tienen los cuidados necesarios ni se toman las medidas de seguridad correctas para evitar una caída de la paciente.

Por lo cual con la elaboración de este trabajo se pretende dar a conocer una mejor técnica acerca de los cuidados que se deben de brindar a las pacientes en labor de parto normal para evitar alguna complicación tanto para la madre como para el RN. Y de este modo se pueda tener una grata experiencia y buen recuerdo acerca de lo que es el nacimiento de un nuevo ser.

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Realmente se ofrecen los cuidados necesarios a la mujer embarazada en la labor del parto normal?

OBJETIVOS GENERAL:

- Conocer si el embarazo culmina con el nacimiento de un producto sano sin que se altere la salud del binomio madre-hijo.

OBJETIVO ESPECIFICO

- Conocer si le brindan cuidados necesarios tanto a la madre como al producto.

HIPOTESIS

La atención del parto normal realmente es la adecuada y correcta para una satisfacción tanto de la madre como del producto en cuestión de salud.

VARIABLES

Cuidados

Mujer embarazada

JUSTIFICACIÓN

La presente investigación se realizó con la finalidad de conocer si en el lugar de investigación se realiza una correcta atención por parte del personal de enfermería en la labor de parto. Pues se considera que no se tienen los cuidados necesarios que realmente se deberían de dar a la mujer embarazada.

Así mismo se aportan datos de importancia para que futuras enfermeras tomen en cuenta al momento de atender a una mujer en labor de parto sin complicaciones.

Puesto que en mi punto de vista muchas veces la atención a las pacientes embarazadas no es la adecuada y correcta porque todo se hace por medio de un protocolo que muchas veces no se lleva a cabo, por lo cual considero que es importante saber distinguir los cuidados que se le dan a este tipo de pacientes además que como ya se sabe cada paciente es diferente y a cada una se le debe de dar una atención especial y personalizada no sin olvidar lo básico que se debe de realizar al ingresar la paciente a la unidad tocoquirurgica.

Primera variable Cuidados de enfermería

Con la revisión de la evolución del cuidado de enfermería, hasta la fecha podemos identificar como características actuales del cuidado de enfermería las siguientes:

Su naturaleza de cuidado; es la conservación y mantenimiento de la vida y la restauración de la salud (Colliere, 1993), dejando de lado todo lo que hasta ahora ha sido visto como el eje del trabajo de enfermería y por muchos como el área que daba sustento al arte de la misma, por considerar el uso de las manos elemento indispensable para su ejecución, refiriéndose específicamente a la realización de técnicas y procedimientos (como las tan conocidas aplicación de inyecciones, sueros, sondas, etcétera) que hoy son concebidas solo como un tipo más de la tecnología para el cuidado, a aplicarse estrictamente en las situaciones de enfermedad.

Sujetos de cuidado

Los sujetos de cuidado son el individuo y sus grupos sanos o con alguna alteración de la salud para este estudio se tomaran a las mujeres embarazadas, que a pesar de que el embarazo es un proceso fisiológico natural; la mujer embarazada debe ser tratada como pacientes, pues este puede desencadenar patologías graves e incluso la muerte.

Definición de parto normal

El parto humano, también llamado nacimiento, es la culminación del embarazo humano, hasta el periodo de salida del bebé del útero. La edad de un individuo se define por este suceso en muchas culturas. Se considera que una mujer inicia el parto con la aparición de contracciones uterinas regulares, que aumentan en intensidad y frecuencia, acompañadas de cambios fisiológicos en el cuello uterino.

Capitulo II variables dependientes

Mujer embarazada

Es la gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno. Abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento pasando por la etapa de embrión y feto. Podemos definir a la embarazada como aquella mujer cuyo ovulo fue fecundado y está cursando por un proceso fisiológico natural que culmina con el nacimiento de un nuevo ser.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Dentro de esta investigación se incluye al personal de enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud de la unidad toco-quirúrgica así como las pacientes obstétrica que ingresan para parto normal sin complicaciones.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

En esta investigación no forman parte médico, personal de intendencia, lavandería, y familiares, pacientes embarazadas programadas para cesárea o legrado.

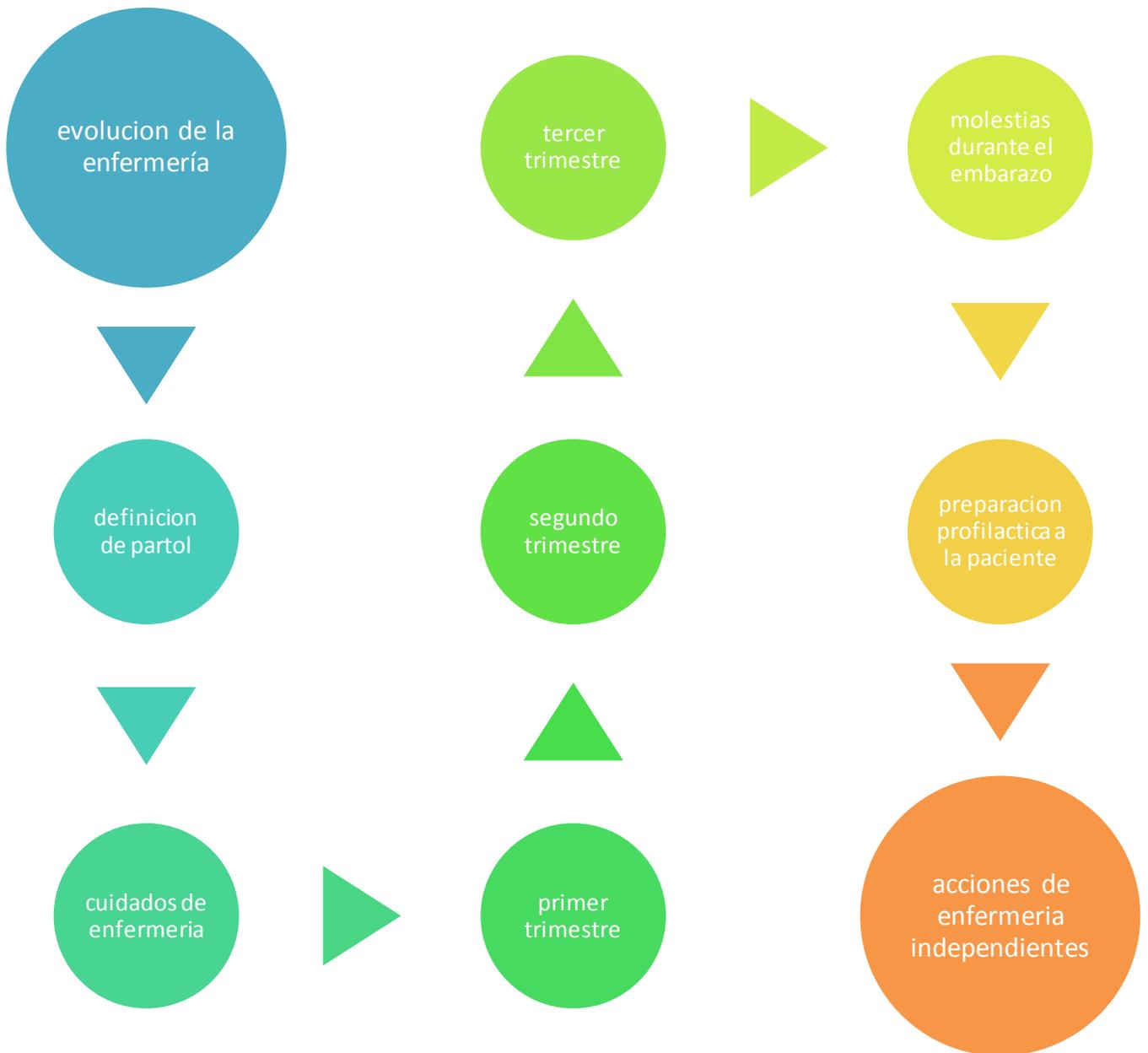
CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Cuestionario las respuestas que se dupliquen en un cuestionario las que no son contestadas y las que estén tachadas dos o más

LIMITES

La siguiente investigación se llevará a cabo en el hospital de Nuestra Señora de la Salud, en el área de la unidad toco quirúrgica en la sala de labor de parto en el tiempo de 25-julio-2016 al 31-mayo-2017, con respecto al cuestionario que se aplicará todas aquellas respuestas que sean duplicadas, que no sean contestadas o las que contengan más de una respuesta señalada; serán anuladas pues interferirán con las conclusiones de la investigación. Dichos cuestionarios serán aplicados a las mujeres embarazadas pero que van a labor de parto a cada una se le dará un cuestionario al momento de ingreso a piso o en caso de ir por urgencias se les dará en la unidad tocoquirurgica, la investigación tendrá una duración comprendida desde el 25-julio-2016 al 31-mayo-2017.

CAPITULO I



Con la revisión de la evolución del cuidado de enfermería, hasta la fecha podemos identificar como características actuales del cuidado de enfermería las siguientes:

Su naturaleza de cuidado; es la conservación y mantenimiento de la vida y la restauración de la salud (Colliere, 1993), dejando de lado todo lo que hasta ahora ha sido visto como el eje del trabajo de enfermería y por muchos como el área que daba sustento al arte de la misma, por considerar el uso de las manos elemento indispensable para su ejecución, refiriéndose específicamente a la realización de técnicas y procedimientos (como las tan conocidas aplicación de inyecciones, sueros, sondas, etcétera) que hoy son concebidas solo como un tipo más de la tecnología para el cuidado, a aplicarse estrictamente en las situaciones de enfermedad.

1.0 SUJETOS DE CUIDADO

Los sujetos de cuidado son el individuo y sus grupos sanos o con alguna alteración de la salud para este estudio se tomarán a las mujeres embarazadas, que a pesar de que el embarazo es un proceso fisiológico natural; la mujer embarazada debe ser tratada como pacientes, pues este puede desencadenar patologías graves e incluso la muerte.

1.1 DEFINICIÓN DE PARTO NORMAL

El parto humano, también llamado nacimiento, es la culminación del embarazo humano, hasta el periodo de salida del bebé del útero. La edad de un individuo se define por este suceso en muchas culturas. Se considera que una mujer inicia el parto con la aparición de contracciones uterinas regulares, que aumentan en intensidad y frecuencia, acompañadas de cambios fisiológicos en el cuello uterino.

1.2 MUJER EMBARAZADA

Es la gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno. Abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento pasando por la etapa de embrión y feto. Podemos definir a la embarazada como aquella mujer cuyo ovulo fue fecundado y está cursando por un proceso fisiológico natural que culmina con el nacimiento de un nuevo ser.

1.2.1 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA EMBARAZADA

El embarazo es un proceso fisiológico que comienza cuando el espermatozoide de un hombre fecunda el óvulo de una mujer y, este óvulo fecundado se implanta en la pared del útero y finaliza con el parto.

1.2.2 DESARROLLO DEL EMBARAZO NORMAL

El embarazo se divide en 3 trimestres. En estos, se producen cambios fisiológicos, tanto en el embrión, como en la madre.

1.2.3 PRIMER TRIMESTRE

El bebé que se está desarrollando recibe el nombre de embrión durante las 10 primeras semanas, después se le denomina feto. Todos sus órganos importantes se desarrollan durante el primer trimestre.

En la madre, el cuerpo se prepara para el embarazo y se observan, mes a mes, los cambios que sufre mientras el bebé se desarrolla. En el primer trimestre las náuseas y los vómitos son frecuentes en la mujer gestante, en especial, por las mañanas. Sus pechos aumentan de volumen y se vuelven delicados, y su peso comienza a aumentar.

1.2.4 EN EL SEGUNDO TRIMESTRE

El embarazo en la madre es evidente, tanto externa como internamente. Su ritmo cardíaco y presión sanguínea aumentan para adaptarse a las necesidades del feto. El feto tiene ya una apariencia humana reconocible y crece con rapidez.

1.2.5 TERCER TRIMESTRE

La mujer embarazada tiende a sentir calor e incomodidades durante este período y su sueño, muy importante en ese momento, se puede ver alterado. Los órganos del feto maduran. La mayoría de los recién nacidos prematuros, nacidos al comienzo del tercer trimestre, sobreviven y sus probabilidades de supervivencia aumentan cada semana que permanecen en el útero.

Se le denomina paridad al número de embarazos y se clasifica a toda mujer según el número de embarazos tenidos:

Nulíparas, cuando no ha presentado ningún embarazo

Primípara, cuando ha habido un primer embarazo y multípara cuando ha tenido más de uno.

Es importante que el personal de enfermería intervenga realizando acciones en la gestante que ayuden a la buena evolución del embarazo.

1.3 ACCIONES DE ENFERMERÍA INDEPENDIENTE

Las acciones de enfermería independientes consisten en:

- Asesoramiento dietético durante el embarazo:
- Aconsejar a la madre sobre los cambios que se requieren para remediar las deficiencias.
- Planear la dieta prenatal con la madre para que logre la nutrición suficiente.
- Explicar la importancia de la buena nutrición para la salud global de la madre y su familia.

- Explicar la importancia de los suplementos de hierro, ácido fólico y vitamina C durante el embarazo.
- Fomentar la ingestión de alimentos que aporten hierro y ácido fólico.
- Destacar la importancia del aumento ponderal óptimo.
- Explorar las preocupaciones sobre la imagen corporal.
- Valorar a la mujer en busca de edemas en la cara y extremidades, así como, proteinuria y glucosuria en orina.
- Verificar que la presión arterial sea normal.

1.4 EN CUANTO A LAS PRINCIPALES MOLESTIAS REALIZAR RECOMENDACIONES, ESTAS SON:

1.4.1 NÁUSEAS Y VÓMITOS:

1. Comer galletas o tostadas antes de levantarse.
2. Realizar ingestas fraccionadas de poco volumen y suaves.
3. Evitar alimentos grasos o muy condimentados.
4. Beber líquidos fuera de las comidas.
5. Evitar los olores fuertes y desagradables.

1.4.2 MICCIÓN FRECUENTE:

1. No aguantar la micción.

1.4.3 HIPERSENSIBILIDAD MAMARIA:

1. Utilizar un sujetador adecuado, si es de algodón mejor.

1.4.4 LEUCORREA:

1. Higiene diaria.
2. No realizar duchas vaginales.
3. Utilizar ropa interior de algodón.

1.4.5 CONGESTIÓN NASAL:

1. Irrigaciones de suero fisiológico.
2. No usar antihistamínicos ni anticongestivos.

1.4.6 GINGIVITIS:

1. Correcta higiene dental, utilizar cepillos suaves.

1.4.7 PIROSIS:

1. Realizar 5 o 6 comidas de poco volumen y suaves.
2. Evitar grasas, fritos, sustancias irritantes, café, bebidas con gas, alcohol y tabacos.
3. No acostarse después de las comidas.
4. Cenar 2 h antes de acostarse.
5. Tomar antiácidos con bajo contenido en sodio.

1.4.8 ESTREÑIMIENTO:

1. Realizar una dieta rica en fibra, verduras, cereales y frutas.
2. Aumentar la ingestión de líquidos.
3. Conseguir hábitos de defecación regular.

1.4.9 HEMORROIDES:

1. Evitar el estreñimiento.
2. Conseguir la evacuación diaria.
3. Realizar higiene local con agua fría.
4. Utilizar pomadas locales con antiinflamatorios o anestésicos.

1.4.10 VÁRICES:

1. Descansar en decúbito lateral izquierdo con las piernas elevadas.
2. Utilizar medias elásticas.
3. Evitar permanecer de pie durante períodos largos.
4. No cruzar las piernas ni utilizar prendas que compriman.

1.4.11 EDEMAS:

1. Descansar con las piernas elevadas.
2. Evitar compresión de las extremidades.
3. Si tiene que permanecer de pie o sentada durante un período largo, realizar ejercicios de dorsoflexión del pie.

1.4.12 LUMBALGIAS:

1. Correcta higiene postural.
2. Utilizar zapatos cómodos y evitar el tacón alto.
3. Realizar ejercicios para reforzar la musculatura.

1.4.13 CALAMBRES EN LAS PIERNAS:

1. Dorsoflexión suave de los pies para estirar los músculos.
2. Aumentar en la dieta el calcio y disminuir el fósforo.

1.4.14 DESMAYOS:

1. Levantarse lentamente.
2. Evitar las aglomeraciones o espacios muy cálidos.

1.4.15 DISNEA:

1. Postura corporal correcta al estar sentada o de pie.
- 2.- Dormir utilizando más almohadas.

1.5 INSTRUCCIONES A LA PACIENTE EN CUANTO A LA NUTRICIÓN: ALIMENTACIÓN COMPLETA, VARIADA Y FRACCIONADA DE LA FORMA SIGUIENTE:

Desayuno, merienda, almuerzo, merienda, comida y cena. Para esto se puede utilizar la guía que se recomienda en la tabla 4.1.

1.5.1 LA DIETA DEBE CONTENER ALIMENTOS DE TODOS LOS GRUPOS, TALES COMO:

- Frutas.
- Verduras y hortalizas.
- Cereales y derivados.
- Leche, queso y yogurt.
- Carnes, aves, pescado y huevos.

La intervención de enfermería en la orientación genética a la gestante es de suma importancia, y este personal la lleva a cabo mediante acciones independientes orientadas a fomentar el conocimiento de la embarazada, de su pareja y de la familia en cuanto al tema.

1.6 ACCIONES DE ENFERMERÍA INDEPENDIENTE

Estas consisten en orientaciones, consejos e informaciones:

- Aconsejar a la familia realizar pruebas genéticas para el diagnóstico.
- Informar todo lo relacionado con la reproducción genética normal y el mecanismo que determina las enfermedades genéticas.
- Aumentar el conocimiento de la pareja y su comprensión relacionado con las pruebas diagnósticas.

1.7 ACCIONES DE ENFERMERÍA EN LA EDUCACIÓN DE LA GESTANTE

El objetivo del cuidado prenatal es monitorear la salud de la madre y del feto durante el embarazo. Se deben enseñar a la embarazada qué hacer para que sea responsable de su salud.

1.7.1 TODA LA EDUCACIÓN DURANTE LA GESTACIÓN SE DEBE RELACIONAR CON ASPECTOS TALES COMO:

1.7.2 EJERCICIO Y ACTIVIDAD FÍSICA:

En el que debe instar a que:

- Evite la fatiga excesiva y la actividad atlética desacostumbrada.
- Abandone la actividad laboral no saludable, donde esté en contacto frecuente con humos, polvos, etc.
- Evite los deportes bruscos o virtualmente peligrosos, fomente la natación ligera.
- Aumente las horas de descanso y de sueño.

1.7.3 VESTIMENTA:

La ropa debe ser confortable, ligera y adecuada al clima que exista.

Debe evitar usar ligas y medias elásticas, si existen várices.

Utilizar ajustadores adecuados desde el principio del embarazo.

1.7.4 SENTIDO COMÚN:

Muy importante, ya que rige la conducta útil para que la gestante sea razonable en las decisiones que tome en su comportamiento; y que le permitan evitar los riesgos innecesarios por ejemplo:

Los gatos pueden ser portadores de una toxoplasmosis activa, los amantes de estos animales de compañía, con frecuencia, desarrollan una inmunidad contra esta enfermedad; pero es mejor utilizar guantes de goma para limpiar los excrementos o pedirle a alguien que lo haga.

Evitar el exceso de calor de los baños calientes, saunas y mantas eléctricas.

La gestante debe avisar al dentista y al radiólogo de que está o puede estar embarazada, aunque los expertos aseguran que los modernos equipos de rayos X de baja potencia, raramente provocan daños en el feto.

1.7.5 ACTIVIDAD SEXUAL:

Es frecuente la no realización de actividad sexual durante el embarazo, lo cual está muy ligada a una pobre educación sexual. Se les debe orientar que, si el embarazo evoluciona de manera correcta, el coito no tiene restricción hasta las 37 o 38 semanas de embarazo. Solo se restringe en casos de antecedentes obstétricos patológicos, riesgos de aborto, infecciones vaginales, etc.

1.7.6 FÁRMACOS, DROGAS Y TABAQUISMO:

Durante el embarazo no se debe tomar ningún tipo de píldoras o medicamentos, sin previa autorización del médico.

Todas las drogas ilegales y adictivas suponen un riesgo potencial para el bebé que se está desarrollando. Algunas de ellas pueden ser un riesgo al atravesar la placenta e incluso dañarla, como son: la marihuana y la cocaína; las que a su vez, provocan problemas de crecimiento fetal y algunas complicaciones serias al embarazo, incluyendo el aborto. Además de afectar a largo plazo al feto, produciéndoles irritabilidad, llanto excesivo y malformaciones físicas y mentales.

El alcohol es una droga que puede dañar al espermatozoide y al óvulo antes de la gestación, y también al embrión en desarrollo. Los principales riesgos para el niño en la gestación son el retardo mental y el daño del sistema nervioso en general, a lo que se le llama síndrome fetal del alcohol. El exceso de bebida alcohólica también puede provocar la muerte prenatal.

El tabaco es uno de los mayores culpables de problemas durante el embarazo, desde el aborto hasta el nacimiento prematuro. Hay una estrecha relación entre los niños nacidos con bajo peso y el fumar de las madres durante el embarazo. El ser fumadora pasiva también puede afectar el desarrollo del bebé.

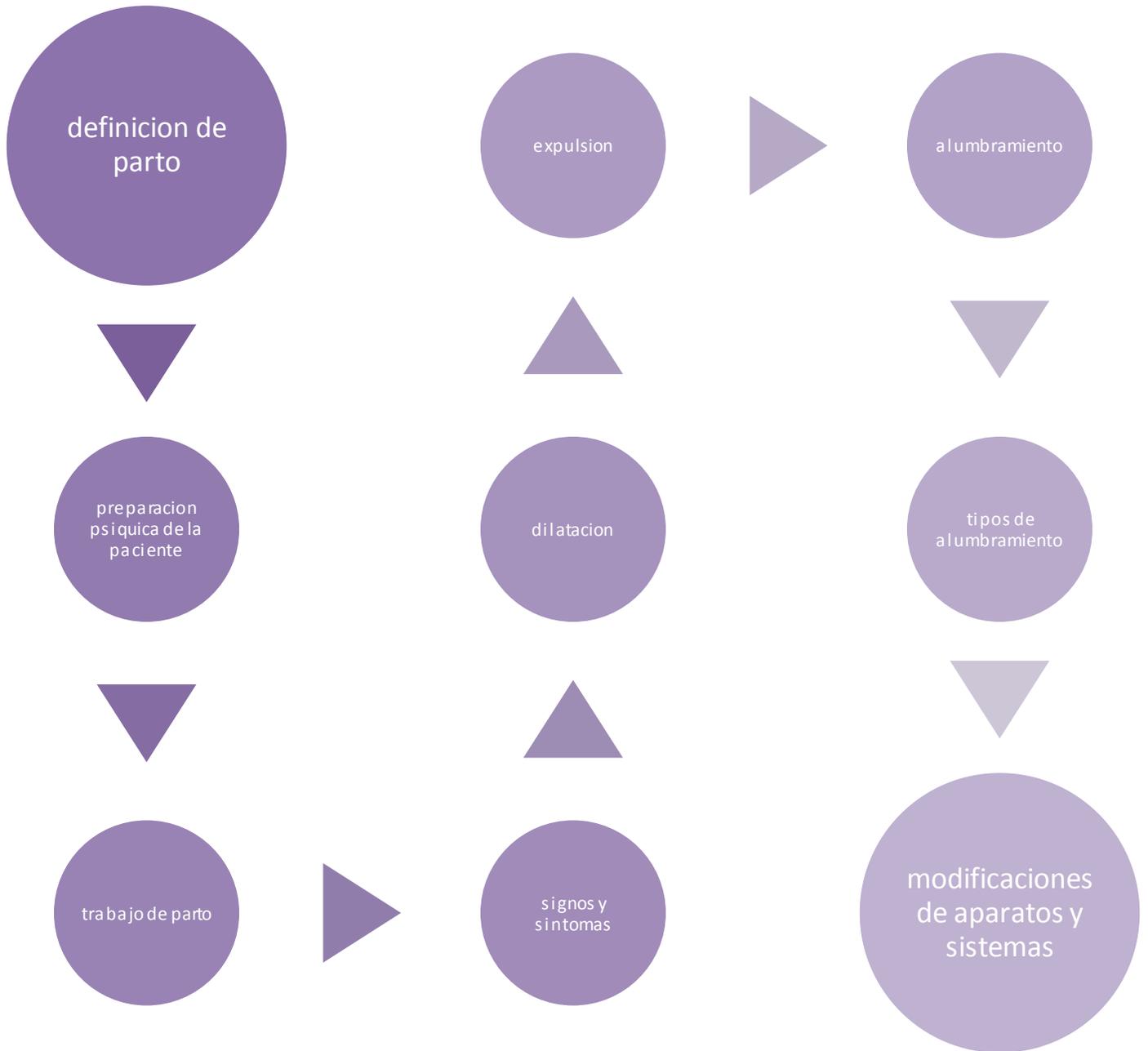
1.7.7 ACCIONES DE ENFERMERÍA EN LA PREPARACIÓN PSICOPROFILÁCTICA PARA EL PARTO

La preparación psicoprofiláctica para el parto es el método mediante el cual se prepara psicofísicamente a la gestante para ese momento, con el objetivo de enseñarla a parir. Se instruye e informa sobre la conducta que debe seguir durante el parto, ejercitándola durante las últimas 6 semanas de su embarazo.

Lo más importante de este método no está en los ejercicios físicos que se enseñan, sino en la preparación psíquica que se puede lograr, ya que permite convertir a la mujer en una persona totalmente activa, perseverante, más tranquila y cooperativa con el proceso, lo cual hace más rápido el nacimiento de su hijo. Se sustituye así, a la gestante pasiva, no cooperativa, que dificulta el proceso normal al arraigarse al dolor y a las reacciones negativas.

La preparación psicoprofiláctica se organiza en forma de cursos en los que se incluyen diversos contenidos (tabla 4.3), en el cual los recursos materiales que se utilizan son mínimos. Se desarrollan clases teóricas prácticas, sesiones prácticas y tareas que la gestante debe desarrollar en su casa

CAPITULO II



2.1 DEFINICIÓN DE PARTO

Es el acto de alumbramiento o expulsión de un feto viable; el acto de dar a luz; nacimiento. (Webster New Twentieth Century Dictionary, 1979).

El parto, la expulsión del feto, comprende el conjunto de todos los procesos fisiológicos del nacimiento: los pródromos, la preparación, el proceso y recuperación de la mujer. Esta descripción fisiológica de los factores que comprenden el parto, aunque comprensiva, no da respuesta a una pregunta fundamental:

2.1.1 ¿CUÁNDO EMPIEZA EL PARTO?

No se conocen los mecanismos por los que el parto humano se inicia espontáneamente, ya sea a término o prematuro. Es comprensible, sin embargo, que una respuesta razonable y lucida a esta pregunta sea crucial para:

1. El desarrollo de un protocolo de investigación lógico sobre el parto
2. La selección de las estrategias del tratamiento clínico óptimo para la prevención del parto prematuro y
3. La realización de estudios por investigadores y clínicos.

Al mismo tiempo, sin embargo, debemos insistir que desde el momento de la concepción hasta la gestación avanzada el éxito del parto depende de los sistemas que causan la casi absoluta insensibilidad contráctil miometral. El útero es inherentemente un tejido contráctil. La inactividad uterina del embarazo no existe por defecto, sino que es un estado que depende sobre todo de procesos bioquímicos activados. La función contráctil del útero debe volverse insensible hasta que los órganos fetales alcancen la suficiente madurez fisiológica para ser capaces de permitir al feto sobrevivir en la transición a la vida extrauterina.

Después de tratar de resolver este interrogante durante años, sentimos concluir que no hay una forma precisa de establecer el punto exacto en el que se inicia el parto en un embarazo dado.

2.2 PREPARACIÓN PSÍQUICA DE LA PACIENTE

Es indispensable una preparación psíquica adecuada de la paciente, que se debe lograr en el control prenatal; no solamente por razones humanitarias, sino también por razones técnicas, pues se encuentra mejor colaboración de la paciente en el curso del trabajo de parto si ha recibido preparación psíquica.

2.3 TRABAJO DE PARTO

El trabajo de parto se caracteriza porque las contracciones uterinas se hacen regulares, es decir con una frecuencia de 3 a 5 en 10 minutos, con una duración de 40 a 50 segundos y de mayor intensidad, y tienen el triple gradiente descendente.

Este mecanismo fisiológico permite el borramiento y dilatación del cérvix uterino y la expulsión del producto al exterior.

Si una paciente no tiene estas características de la contractilidad uterina y modificaciones cervicales, no se encuentra en trabajo de parto normal. El trabajo de parto si amerita tratamiento.

2.4 SÍNTOMAS Y SIGNOS QUE ACOMPAÑAN AL TRABAJO DE PARTO

Es frecuente que se presente en el inicio del trabajo de parto salida de moco sanguíneo, salida de sangre fresca en escasa cantidad, o bien de líquido amniótico, lo que se debe interpretar respectivamente, como expulsión del tapón de moco, francas modificaciones cervicales en borramiento y dilatación y ruptura de las membranas ovulares.

3.0 FASES DEL PARTO

3.1 FASE 0 UTERINA DEL PARTO

Antes del inicio del parto, el embarazo es un estado fisiológico en el cual una fuerza biomolecular ubicada en los tejidos uterinos emite las contracciones miométriales fuertes y coordinadas. Es obvio que los sistemas biomoleculares que establecen la fase 0 uterina son eficaces e inflexibles. La única clave del mecanismo por el cual esta fuerza ejerce su acción en la ausencia de respuesta contráctil del miometrio es la mediación de la progesterona.

3.2 FASE 1 DEL PARTO

La fase 1 del parto comienza normalmente durante los últimos días de la gestación, marcando el momento del embarazo en el que cesa el mecanismo que previene las contracciones miométriales. Por tanto, el final del mantenimiento del embarazo y el inicio del parto son sinónimos según nuestra definición. Durante la fase 1 uterina se establecen las modificaciones funcionales de este órgano necesarias para que se puedan producir las intensas y eficientes contracciones del trabajo del parto. Pero de los análisis presentados se mantiene la presunción de que la progesterona es el mediador más probable de los procesos bioquímicos que sostienen la fase 0 uterina del parto. En consecuencia, la progesterona debe desaparecer o sus acciones ser inhibidas de forma selectiva, para permitir la transición momentánea del útero a la fase 1 del parto. Se ha establecido que el tratamiento de las mujeres con progesterona no prolonga la fase 0 uterina. Por tanto, deducimos que en el momento del parto humano las acciones de la progesterona son inhibidas. Si este fuera el caso, es posible que solo sean abolidas acciones selectas de la hormona. Probablemente solo estén implicados determinados genes sensibles a la progesterona, estableciendo una jerarquía evolutiva en el parto humano para la modulación de la acción de la progesterona.

3.3 FASE 2 UTERINA DEL PARTO

Corresponde al periodo de trabajo de parto activo, las contracciones uterinas intensas que causan la dilatación cervical, el descenso fetal y el parto del producto.

Se acostumbra, por buenas razones clínicas a dividir el trabajo de parto activo (fase 2 del parto) en tres periodos separados.

El inicio del primer periodo del trabajo de parto se sitúa en el momento en que las contracciones son de suficiente frecuencia, duración e intensidad como para producir el borramiento y la dilatación objetivables del cuello.

El primer periodo del trabajo de parto finaliza cuando el cuello está totalmente dilatado (10 cm aproximadamente) y permite el paso de la cabeza fetal. Por tanto, el primer periodo del parto es aquel en el que se produce el borramiento y la dilatación del cérvix. No hay incremento de los niveles plasmáticos de oxitocina durante este periodo del parto. Los niveles de prostaglandinas en el líquido amniótico y la sangre materna aumentan una vez que el primer periodo del trabajo de parto se ha iniciado, pero no antes.

El segundo periodo del trabajo de parto se inicia cuando la dilatación del cuello es completa y finaliza con el nacimiento del feto. El segundo periodo del trabajo de parto es el de la expulsión del feto. Durante este periodo, los niveles plasmáticos maternos de oxitocina están aumentados.

El tercer periodo del trabajo de parto se inicia inmediatamente después del nacimiento del feto y finaliza con el alumbramiento de la placenta y las membranas fetales. El tercer periodo es el periodo de desprendimiento y expulsión de la placenta.

3.4 FASE 3 UTERINA DEL PARTO

Corresponde al tiempo de recuperación de la parturienta, y en ella están implicados importantes procesos posparto:

- Contracción y retracción uterinas para evitar la hemorragia puerperal
- Inicio de la lactancia y eyección láctea para facilitar la alimentación al pecho materno
- Involución uterina
- Restauración de la fertilidad.

Los uterotónicos, la oxitocina y endotelina 1, son importantes en la regulación de diversos procesos de la fase 3 del parto. La endotelina 1 actúa como la oxitocina, (p. ej., el miometrio y el mioepitelio de las mamas). El aumento de la concentración plasmática de oxitocina durante el segundo periodo del trabajo de parto sugiere que la oxitocina apoye la fase expulsiva del trabajo de parto. La succión de la mama materna por el recién nacido favorece también la liberación de oxitocina de la neurohipófisis materna. La práctica de colocar al recién nacido al pecho materno inmediatamente después del parto puede ser que haya evolucionado, en parte, por las observaciones de las comadronas que constataban una disminución de la hemorragia uterina con esta práctica.

4.0 ADAPTACIONES DEL EMBARAZO Y DESARROLLO FETAL

Embarazo es el periodo de tiempo que comprende desde la unión del ovulo con el espermatozoide (fecundación) y termina con el nacimiento de un nuevo ser.

Durante este tiempo, el tiempo de la madre experimenta cambios fisiológicos cuya magnitud y complejidad han impedido su comprensión plena. Muchos de esos cambios son regidos por las hormonas femeninas.

4.1 CAMBIOS DE LA CONFIGURACIÓN, EL TAMAÑO Y LA POSICIÓN DEL ÚTERO

Durante las primeras semanas del embarazo el útero preserva su configuración piriforme original pero, a medida que avanza la gestación, el cuerpo y el fondo adoptan una forma más globulosa para tornarse casi esféricos alrededor del tercer mes lunar. Luego el órgano aumenta más rápidamente de tamaño en dirección longitudinal que en dirección transversal y adquiere una configuración ovalada.

Al final de la doceava semana el útero ya es demasiado voluminoso como para seguir confinado enteramente en la pelvis. A medida que el útero sigue aumentando de tamaño entra en contacto con la pared anterior del abdomen, desplaza el intestino hacia afuera y arriba y sigue ascendiendo hasta llegar casi al hígado. A medida que el útero asciende ejerce presión sobre los ligamentos anchos y redondos.

Cuando la mujer embarazada está en posición de pie, el eje longitudinal del útero corresponde a una prolongación del eje del vértice a la pelvis. La pared abdominal sustenta al útero y, salvo que se encuentre completamente relajada, mantiene esta relación entre el eje longitudinal del útero y el eje del vértice pelviano. Cuando la mujer embarazada está en posición supina, el útero se desplaza hacia atrás y se apoya sobre la columna vertebral y los grandes vasos vecinos, sobre todo la vena cava inferior y la aorta.

A medida que el útero asciende hacia el abdomen en general rota hacia la derecha, y es probable que esta rotación sea consecuencia de la presencia de recto sigmoideo del lado izquierdo de la pelvis.

4.2 MODIFICACIONES DEL CUELLO UTERINO

Durante el embarazo se produce un ablandamiento y una cianosis importante del cuello uterino, que a menudo ya es posible demostrar un mes después de la concepción. Los factores responsables de estos cambios son el aumento de la vascularización y el edema de la totalidad del cuello uterino, juntamente con la hipertrofia y la hiperplasia de las glándulas cervicales. Si bien el cuello uterino contiene una pequeña cantidad de musculo liso, el componente principal es el tejido conectivo. El cuello uterino experimenta una reorganización de ese tejido conectivo con alto contenido de colágeno, lo que conduce a una reducción de la fuerza mecánica en el orden de 12 veces al término del embarazo (Rechberger y col., 1988).

4.2.1 TROMPAS DE FALOPIO

La musculatura de las trompas de Falopio experimenta un escaso grado de hipertrofia durante el embarazo. El epitelio de la mucosa tubárica se encuentra aplanado durante la gestación, comparado con el de la mujer no embarazada. Se pueden desarrollar células deciduales en el estroma del endosalpinx, pero no se observa una membrana residual continua.

4.2.2 VAGINA Y PERINÉ

Durante el embarazo se observa un aumento de la vascularización y el desarrollo de la hiperemia en la piel y los músculos perineales y vulvares, y se produce un ablandamiento del tejido conectivo que normalmente es abundante en estas estructuras. El aumento de la vascularización afecta sobre todo a la vagina. La secreción vaginal copiosa y el característico color violeta de la vagina durante el embarazo (signo de Chadwick), son consecuencia principalmente de la hiperemia. Las paredes vaginales experimentan alteraciones significativas, que se supone que constituirán una preparación para la distensión que tiene lugar durante el trabajo de parto, con un considerable aumento del espesor de la mucosa, una mayor laxitud del tejido conectivo e hipertrofia de las células musculares lisas en un grado casi igual al observado en el útero. Estas modificaciones inducen un aumento tan pronunciado de la longitud de las paredes vaginales que a veces, en las mujeres multíparas, la parte inferior de la pared vaginal anterior protruye ligeramente atrás de orificio vulvar. Las papilas de la mucosa vaginal también experimentan una hipertrofia considerable, lo que confiere un aspecto finamente “adoquinado” a la mucosa.

4.2.3 LAS MAMAS

En las primeras semanas del embarazo a menudo se observa hipersensibilidad y hormigueos mamarios. Después del segundo mes de gestación las mamas aumentan de tamaño y devienen nodulares como resultado de la hipertrofia de los alvéolos mamarios. A medida que aumentan de volumen es posible apreciar venas tenues inmediatamente debajo de la piel. Los pezones se tornan más grandes más pigmentados y más eréctiles. Después de los primeros meses con

frecuencia es posible obtener un líquido espeso y amarillento, el calostro, mediante un masaje suave de los pezones en ese momento las aréolas devienen más anchas e intensamente pigmentadas. Diseminadas a través de ellas se observan numerosas sobreelevaciones pequeñas, las llamadas glándulas de Montgomery, que representan glándulas sebáceas hipertróficas. Si el aumento de tamaño de las mamas es muy pronunciado pueden aparecer estrías similares a las del abdomen.

4.3 OBJETIVOS DE ENFERMERIA EN LA VALORACION DE LAS ADAPTACIONES DEL EMBARAZO

- Identificar los cambios corporales del embarazo que son reflejo de los cambios fisiológicos normales.
- Valorar las manifestaciones físicas y emocionales de la paciente a través de su historia clínica y exploración física.
- Estar al tanto de posibles signos y síntomas patológicos y solicitar consultas.
- Identificar las preocupaciones de la paciente sobre su familia y otros problemas que pueden afectar a su embarazo y demostrar interés por estos problemas.
- Vigilar la evolución de la paciente mediante revisión del expediente o comentarios con el prestar primario de asistencia.

4.4 ADAPTACIONES FISIOLÓGICAS DE LOS APARATO Y SISTEMAS CORPORALES

Durante el embarazo, el aparato cardiovascular experimenta los cambios más profundos de todos los aparatos y sistemas corporales, el aparato circulatorio de la madre soporta la carga progresivamente creciente de proporcionar nutrientes al feto, lo mismo que de eliminar sus desechos. Conforme avanza el embarazo, el trabajo de mantener el feto incrementa la carga metabólica de la madre

4.4.1 EL EMBARAZO SE DIVIDE EN TRES TRIMESTRES, CADA UNO APROXIMADAMENTE DE 13 SEMANAS:

- Semanas 1 a 13
- Semanas 14 a 27
- Semanas 28 a 40

A veces se considera un cuarto trimestre que se refiere a las semanas correspondientes al puerperio

4.4.2 INFLUENCIAS HORMONALES

En la mujer no embarazada los ovarios producen las hormonas esteroideas estrógenos y progesterona. Durante el embarazo se interrumpe este mecanismo y entonces la unidad materno-feto-placentaria se encarga de sintetizar dichas hormonas. Activado desde el momento de la concepción, este proceso garantiza al feto un mecanismo por el cual puede regular su propio ambiente.

4.5 DIAGNOSTICO DE EMBARAZO

Posibles diagnósticos de enfermería en relación con el embarazo:

- Falta de información sobre la asistencia prenatal
- Falta de información sobre la asistencia neonatal
- Molestias propias del embarazo

4.5.1 CAMBIOS CLÍNICOS

- Interrupción súbita de la menstruación
- Náuseas y vómitos
- Polaquiuria
- Hipersensibilidad mamaria
- Fatiga
- Aumento del tamaño del abdomen
- Peloteo del feto
- Ablandamiento del segmento uterino (Signo de Hegar)

- Signo de Chadwick (tono purpúreo de la vagina y cuello uterino)
- Sensación de movimientos fetales

4.5.2 SIGNOS QUE CONFIRMAN EL EMBARAZO

- Latidos cardiacos fetales
- Movimientos fetales
- Diagnostico ecográfico

4.5.3 PRUEBAS DE EMBARAZO

4.5.3.1 INMUNOLÓGICAS:

- Orina en portaobjetos
- Orina en tubo

4.5.3.2 RADIOINMUNOANÁLISIS

- Prueba sanguínea por radioinmunoanálisis para identificar la sub unidad beta de la HCG
- Prueba de embarazo casera en el hogar

4.5.4 DIAGNOSTICO ECOGRÁFICO DE EMBARAZO

Pone de manifiesto saco gestacional en el útero el cual es detectado a partir de las seis semanas del último periodo menstrual, movimientos del corazón fetal a las diez semanas, movimientos del feto a las doce semanas en múltiparas, 15 a 18 semanas en primigestas, cabeza y tórax fetales a las catorce semanas.

4.6 DESARROLLO FETAL PERIODOS DE CRECIMIENTO FETAL

En el crecimiento y desarrollo del producto de la gestación se consideran tres etapas diferenciales.

4.6.1 SEMAS 1 A 3. PERIODO PRE EMBRIONARIO

Se produce la fecundación del ovulo y el desarrollo del producto de la concepción hasta que se forman las tres capas del disco embrionario.

4.6.2 SEMANAS 3 A 8: PERIODO EMBRIONARIO

Crecimiento rápido, diferenciación tisular y formación de todos los órganos principales.

4.6.3 SEMANAS 9 A 40. PERIODO FETAL

Se produce el crecimiento y desarrollo de los principales órganos y diferenciación de los aparatos y sistemas corporales.

4.7 VALORACION DE ENFERMERIA DE LA EMBARAZADA

La enfermería es la profesión de la salud cuyos objetivos parecen ajustarse mejor a las necesidades particulares de la embarazada. Por tanto, ahora más que nunca el personal de enfermería debe prepararse para adoptar la responsabilidad de instruir y brindar asistencia a las gestantes.

4.8 ASISTENCIA PRENATAL

Es imprescindible que el médico que asume la responsabilidad de la asistencia prenatal este muy familiarizado con los cambios fisiológicos normales, así como con los cambios patológicos que pueden presentarse durante el embarazo. Es imprescindible una buena asistencia para conseguir el objetivo antes situado, es decir, la obtención de un feto sano a partir de una madre sana.

Una mala asistencia prenatal puede ser peor que la falta de asistencia. Con demasiada frecuencia, el cuidado prenatal inapropiado proporciona a la madre una injustificada sensación de seguridad, lo cual da lugar a que la paciente ignore signos y síntomas que, de seguir sus propios impulsos lo hubieran inducido a buscar consejo con toda urgencia.

4.9 OBJETIVOS DE ENFERMERIA EN LA ASISTENCIA PRENATAL

1. Lograr que el embarazo culmine con el nacimiento de un producto sano, sin que se altere la salud de la madre.
2. Hacer lo posible para que la experiencia de la familia tengan un desarrollo positivo

5.0 TRABAJO DE PARTO, PARTO NORMAL Y SU ATENCION

El trabajo de parto se divide en tres etapas; la primera comienza con las contracciones uterinas que percibe la parturienta y termina con la dilatación completa del cérvix, de 10 cm, a término. La segunda etapa comienza con la dilatación completa del cérvix y termina con el nacimiento del producto. La tercera etapa se inicia con el nacimiento y termina con el alumbramiento de la placenta y membranas (secundinas). La primera etapa puede considerarse como cervical, la segunda pélvica y la tercera placentaria.

Aunque la duración del trabajo de parto es muy variable. La paridad tiene efecto importante. La paridad es el número de embarazos que perduran por lo menos durante 20 semanas, por tanto una mujer grávida 2 y para 1 es la que está en su segundo embarazo y ya dio a luz una vez en la segunda mitad de la gestación.

6.0 COMPONENTES DEL TRABAJO DE PARTO Y PARTO

6.1 Fuerza de las contracciones

Una manera usual de analizar el trabajo de parto es considerarlo con base en tres componentes decisivos; la fuerza de las contracciones uterinas amplificadas, en la segunda etapa por los esfuerzos de expulsión, el conducto, pelvis ósea y sus tejidos blandos y el pasajero, es decir, el feto.

La relación entre la actividad uterina fase inicial de este no se ha caracterizado por completo. Dichas contracciones abarcan números crecientes de fibras miométricas, de modo que su intensidad y duración aumentan, en algunas mujeres el útero de contraer varias veces por los últimos días del embarazo: incluso tales pacientes continúan sus actividades sin sentir dolor, o considerar que ya están en trabajo de parto. En otras mujeres al parecer ocurre actividad uterina escasa antes del inicio de las contracciones regulares y dolorosas.

Las contracciones del inicio del parto varían en frecuencia e intensidad, es característico que ocurran cada 5 o 10 minutos, (del comienzo de una al de la siguiente que duren de 30 a 45 segundos y tengan intensidad de 20 a 30 mm/Hg

sobre los 10 a 15 mm de todo uterino). Al continuar el parto las contracciones se vuelven más frecuentes (cada 2 a 3 minutos), más intensas (40 a 60 mm/Hg), y de mayor duración (50 a 70 segundos), se acompañan de retracción.

Es factible que no se complete la primera etapa del trabajo de parto; es decir, que la dilatación completa del cérvix no se alcance si hay obstrucción mecánica del proceso. Cuando se completa la dilatación cervical, la parturienta percibe la necesidad de defecar, lo que sin duda refleja en parte el descenso del feto por el conducto del parto, posible gracias a la retracción del cérvix, completamente dilatado. La necesidad de defecar se intensifica conforme progresa la segunda etapa del trabajo de parto. En esta etapa la parturienta emprende el “pujo” o maniobra de Valsalva intensa que, añadido a la fuerza de las contracciones uterinas produce descenso adicional del feto y da lugar a su nacimiento.

6.2 LOS TRES ESTADIOS DEL TRABAJO DE PARTO

En general, y por buenos motivos clínicos el trabajo de parto activo se divide en tres estadios separados.

6.2.1 EL PRIMER ESTADIO

Del trabajo de parto comienza cuando aparecen contracciones uterinas con una frecuencia, intensidad y duración suficientes como para producir el borramiento y la progresiva dilatación del cuello uterino. El primer estadio del trabajo de parto termina cuando el cuello está totalmente dilatado, es decir, cuando su dilatación es suficiente (aproximadamente 10 cm) como para permitir el pasaje de la cabeza fetal. Por tanto, el primer estadio del trabajo de parto es el estadio de borramiento y dilatación cervical (periodo dilatante).

Un signo bastante confiable del comienzo inminente del trabajo de parto activo (siempre y cuando no se hayan realizado tactos rectales o vaginales durante las 48 horas previas) en la secreción de una pequeña cantidad de moco teñido con sangre desde la vagina. Esto representa la eliminación del tapón de moco que ha llenado el canal cervical durante el embarazo se denomina “manchas sanguíneas”.

Este es un signo tardío, por que por lo común el trabajo de parto ya está en progreso o es probable que se produzca durante las siguientes horas a pocos días. Normalmente, solo unas pocas gotas de sangre salen con el tapón mucoso; una hemorragia más sustancial sugiere de otra causa, una condición anormal.

6.2.2 CONTRACCIONES UTERINAS CARACTERÍSTICAS DEL TRABAJO DE PARTO

Las contracciones del musculo liso uterino del trabajo de parto son dolorosas y únicas entre las contracciones musculares fisiológicas. La causa del dolor no se conoce en una forma definitiva, pero se han sugerido diversas posibilidades:

- La hipoxia del miometrio contraído (como en la angina de pecho)
- La compresión de los ganglios nerviosos del cuello y de la parte inferior del útero por los ases musculares que se entrelazan
- El estiramiento del cuello uterino durante la dilatación
- El estiramiento del peritoneo supra yacente al fondo.

La compresión de los ganglios nerviosos del cuello y del segmento inferior por el miometrio que se está contrayendo constituye una hipótesis especialmente atractiva. La infiltración para-cervical con un anestésico local por lo común produce un apreciable alivio del dolor durante las siguientes contracciones uterinas.

El intervalo entre las contracciones disminuye en forma gradual de aproximadamente 10 minutos al comienzo del primer estadio del trabajo de parto a apenas un minuto o menos durante el segundo estadio. Sin embargo, los periodos de relajación entre las contracciones son esenciales para el bienestar del feto. La contracción persistente del útero compromete el flujo sanguíneo útero-placentario, y finalmente el flujo feto-placentario, en forma suficiente como para causar hipoxia fetal. Durante la fase activa del trabajo de parto la duración de cada contracción varia de 30 a 90 segundos con un promedio de aproximadamente un minuto. Hay una apreciable variación de la intensidad de las contracciones uterinas durante un trabajo de parto aparentemente normal.

6.2.3 EL SEGUNDO ESTADIO

Comienza cuando la dilatación del cuello es completa y termina con el parto del feto. El segundo estadio del trabajo de parto es el estadio de expulsión del feto (periodo expulsivo).

6.2.4 EL TERCER ESTADIO

Comienza inmediatamente después del parto del feto y termina con el alumbramiento de la placenta y las membranas fetales. El tercer estadio del trabajo de parto es el estadio de separación y expulsión de la placenta (periodo de alumbramiento).

Es difícil determinar en muchas ocasiones cuándo comenzó la labor de parto, pero por regla general esto ocurre cuando las contracciones tienen una frecuencia cada 2 ó 3 min de aparición entre ellas y duran de 30 a 45 segundos, y como resultado existen modificaciones del cuello uterino.

El promedio de duración del primer período varía entre primigrávida y multíparas. Sin embargo, existen las variaciones individuales de acuerdo no sólo con la paridad sino también con la frecuencia, intensidad y duración de las contracciones, así como de las condiciones cervicales para el borramiento y la dilatación, los diámetros feto-pélvicos y la presentación y variedad de posición del feto.

6.2.4.1 LOS TRES FACTORES QUE CONTRIBUYEN A QUE LAS CONTRACCIONES BORREN Y DILATEN EL CUELLO SON:

1. La presión hidrostática de la bolsa de las aguas.
2. La tracción que sobre las fibras del cuello uterino ejercen las del cuerpo.
3. La dilatación activa por la disposición espiral de las fibras musculares del útero.

La bolsa de las aguas, impulsada por la presión hidrostática, se introduce en el orificio cervical interno al comienzo de la dilatación, y al mismo tiempo expulsa el tapón mucoso endocervical

La dilatación cervical ocurre de manera diferente en las primíparas que en las multíparas en las primeras comienza por el orificio cervical interno, mientras el externo ofrece una mayor resistencia, de modo que antes de comenzar la dilatación del orificio cervical externo, el cuello ya se ha borrado.

En las multíparas el cuello uterino no necesita el borramiento para que se produzca la dilatación, se van dilatando simultáneamente y a la vez se van acortando los dos orificios hasta fundirse en uno solo.

La bolsa de las aguas puede romperse espontáneamente durante el período de dilatación. Cuando esto ocurre antes de iniciarse la labor de parto, se plantea que ha ocurrido una ruptura prematura de membranas (RPM). Si la ruptura de la bolsa ocurre al principio de la labor de partos o antes de las 6 horas de comenzar las contracciones, se dice que es ruptura precoz de membranas; pero si ocurre en el período expulsivo, entonces es ruptura tardía. La bolsa de las aguas, mientras está intacta, protege al feto de las compresiones que le producen las contracciones, ayuda a la dilatación cervical y evita la penetración de gérmenes en la cavidad ovular.

En el segundo período, las variaciones pueden deberse no tan sólo a los diámetros feto-pélvicos, sino también a la resistencia de los tejidos blandos maternos, a las características de las contracciones, así como a la eficiencia del esfuerzo materno en el pujo, que es la sensación que presenta la parturienta por la presión que la presentación fetal ejerce sobre el cuello de la vejiga y sobre la ampolla rectal. Por la misma compresión pueden aparecer calambres en las piernas, a la vez el feto sufre modificaciones a su paso por el canal del parto y la cabeza se amolda a medida que desciende.

La presión uterina puede dar lugar a la formación de un edema sero-sanguíneo del cuero cabelludo del feto que se denomina caput succedaneum o bolsa sero-sanguínea, la cual desaparece en los primeros días del nacimiento. Si las presiones son muy intensas puede romperse la aponeurosis epicraneal del feto y producirse pérdida de sangre, que origina un céfalo hematoma.

6.3 PERIODO DE DILATACIÓN

El período de dilatación consta de dos fases:

6.3.1 FASE 1 LATENTE

1. Fase latente: comienza con las contracciones y se prolonga hasta los 2,5 cm de dilatación; es de unas 8 horas de duración y no debe pasar de 20 horas en las nulíparas y de 14 en las múltiparas.

6.3.2 FASE 2 ACTIVA

2. Fase activa:
 - a) Fase de aceleración inicial.
 - b) Fase de máxima inclinación.
 - c) Fase de desaceleración.

En la primera fase existe una pendiente más pronunciada que dura alrededor de 2 horas y la parturienta completa hasta los 4 cm de dilatación. En la fase máxima de aceleración, la dilatación va de 4 a 9 cm, y esto apenas dura 2 horas. En la fase de desaceleración se alcanzan los 10 cm y su duración es de 2 horas en las nulíparas y de 1 hora en las múltiparas. La pendiente es poco pronunciada.

El descenso de la presentación también tendría dos fases que se corresponderían con las anteriormente descritas. Se plantea que la fase latente de descenso va desde el grado de penetración inicial en el estrecho superior, hasta que se entra en la fase de máxima aceleración. La fase activa del descenso se correspondería con el comienzo de la fase de máxima aceleración hasta la fase de desaceleración y terminaría con la expulsión.

6.3.3 FASE 3 ALUMBRAMIENTO

En el tercer período, en el de alumbramiento, se expulsa la placenta con sus anejos ovulares: el resto del cordón umbilical y las membranas ovulares; en estos momentos la mujer puede presentar escalofríos y temblores. El útero se encuentra ahora reducido de tamaño y su fondo se puede palpar al nivel del ombligo; las

contracciones uterinas del alumbramiento dan lugar al desprendimiento natural de la placenta. El útero contraído se apoya en la placenta y se eleva hacia el lado derecho hasta el reborde costal. Durante el alumbramiento se va formando un hematoma que provoca el desprendimiento de la placenta. Cuando el hematoma se mantiene entre la placenta y la decidua, no se observa salida de sangre al exterior antes que la placenta se expulse y ésta nos muestra su cara fetal con la inserción del cordón umbilical. Este tipo de desprendimiento recibe el nombre de Schultze.

Si la placenta se desprende mostrándonos la cara materna, se observará la salida de sangre al exterior con anterioridad y a éste se le denomina desprendimiento a lo Duncan. El sangramiento que ocurre en un parto normal se encuentra entre los 400 a 500 ml. Se plantea que después del alumbramiento el útero se contrae y se retrae para mantener la hemostasia por medio del estrechamiento de las fibras musculares que comprimen los vasos venosos, a lo que se ha denominado ligaduras vivientes de Pinnar.

6.3.4 TIPOS DE ALUMBRAMIENTO

1. Espontaneo: el que se realiza fisiológicamente
2. Inducido: el que se realiza con la aplicación oportuna de oxitócicos
3. Artificial: el que se lleva a cabo mediante la extracción manual de la placenta.

En cuanto al alumbramiento o tercer periodo del trabajo de parto haya terminado, se inicia el puerperio. En este momento se debe reparar la episiotomía en caso de que la hayamos realizado.

6.4 ATENCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO Y EL PARTO NORMAL

La atención ideal del trabajo de parto y el parto implica dos puntos de vista potencialmente opuestos de parte de los clínicos. En primer lugar, debe reconocerse al parto como un proceso fisiológico normal que casi todas las mujeres experimentan sin complicaciones. La American Academy of Pediatrics y el

American College of Obstetricians and Gynecologists (2007) colaboraron para la estructuración de los Guidelines for Perinatal Care (lineamientos para la atención perinatal), que proveen información detallada sobre el contenido apropiado de los cuidados intraparto e incluyen tanto requerimientos de personal como de servicios. (Cuadro 2 y 3).

6.5 IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

Pese a que en ocasiones es difícil diferenciar entre un trabajo de parto falso y verdadero, casi siempre puede establecerse el diagnóstico a partir de la frecuencia y la intensidad de las contracciones, así como por la dilatación del cuello uterino, como se muestra en el cuadro 4

El uso de algoritmos para ayudar a diagnosticar el trabajo de parto activo se ha vinculado con un número mayor de altas a domicilio después de una valoración inicial previa del trabajo de parto (Cheyn et al., 2008).

Pates et al. (2007) estudiaron las recomendaciones comunes que se dan en la mujer embarazada que indican que, en ausencia de ruptura de membranas o sangrado, las contracciones uterinas deben ser cada 5 minutos durante una hora pueden corresponder al inicio del trabajo de parto.

6.5.1 SIGNOS VITALES Y REVISIÓN DEL EXPEDIENTE GESTACIONAL

Se cuantifican:

- Presión arterial
- Temperatura
- Pulso
- Frecuencia respiratoria de la madre

El expediente gestacional se revisa con rapidez para identificar complicaciones. Los problemas destacados o esperados durante la atención prenatal deben registrarse de manera llamativa en el expediente obstétrico.

6.5.2 EXPLORACIÓN VAGINAL

Las más de las veces, a menos que se presente una hemorragia excesiva, se efectúa una exploración vaginal. Por medio de un guante, se introducen los dedos índice y medio dentro de la vagina, de tal modo que se evite el contacto con la región anal.

6.5.3 ATENCIÓN DE LA PRIMERA FASE DEL TRABAJO DE PARTO

Tan pronto como sea posible después del ingreso se completa el resto de la exploración general. Es posible establecer un plan racional para la vigilancia del trabajo de parto con base en las necesidades del feto y de la madre. Debido a que existen variaciones individuales amplias en cuanto a la duración del trabajo de parto, resultan inapropiadas las afirmaciones precisas en cuanto a su duración esperada.

6.6 VIGILANCIA DEL BIENESTAR FETAL DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

La American Academy of Pediatrics y el American college of Obstetricians and Gynecologist (2007) recomiendan que durante el primer periodo del trabajo de parto y en ausencia de anomalías, se revise la frecuencia cardiaca fetal inmediatamente después de una contracción al menos cada 30 minutos, y después cada 15 minutos en el segundo periodo del trabajo de parto. Si se utiliza la vigilancia electrónica continua, se evalúa el trazo al menos cada 30 min durante el primero y cada 15 min durante el segundo periodo del trabajo de parto.

6.6.1 SIGNOS VITALES MATERNOS

Se valoran al menos cada 4 horas la temperatura, el pulso y la presión arterial materna. Si se han roto las membranas fetales durante muchas horas antes del

inicio del trabajo de parto o si hay un aumento limítrofe de la temperatura, esta es determinada de manera horaria. Aún más en presencia de rotura prolongada de membranas, definida como mayor de 18 h.

6.6.2 ATENCIÓN DEL SEGUNDO PERIODO DEL TRABAJO DE PARTO

Con la dilatación completa del cuello uterino, que indica el inicio del segundo periodo del trabajo de parto, una mujer suele empezar a pujar y con el descenso de la presentación manifiesta urgencia de defecar. Las contracciones uterinas y las fuerzas de expulsión acompañantes pueden durar 1.5 min y recurrir a intervalos no mayores de 1 min. La duración promedio del segundo periodo del trabajo de parto es de 50 min en nulíparas y 20 min en múltiparas, pero se trata de un intervalo muy variable.

6.6.3 ESFUERZOS DE EXPULSIÓN

En casi todos los casos el pujo es reflejo y espontáneo durante el segundo periodo del trabajo de parto pero en ocasiones una mujer tal vez no use sus fuerzas de expulsión con ventaja y es deseable dirigirla. Sus piernas deben estar flexionadas a la mitad, de tal manera que pueda empujar con ellas contra el colchón, cuando comienza la contracción uterina siguiente, se le instruye para ejercer presión hacia abajo como si quisiera defecar.

Yildirim y Beji (2008) informaron que el pujo con la glotis abierta al tiempo de la exhalación era preferible al empuje al obtenido con la maniobra de Valsalva sosteniendo la respiración y con la glotis cerrada. El primer método permitió el acortamiento de la segunda fase y la obtención de valores ácido básico más apropiado con el cordón umbilical.

Se han recomendado distintas posiciones durante la segunda fase con el objetivo de favorecer los esfuerzos expulsivos. Eason et al. (200) realizaron una revisión amplia de las posiciones y su efecto sobre la incidencia de traumatismo perineal y encontraron que la posición erguida apoyada no tenía ventajas sobre el decúbito.

6.6.4 ATENCIÓN DEL TERCER PERIODO DEL TRABAJO DE PARTO

Inmediatamente después del nacimiento del producto se revisa el tamaño del fondo uterino y su consistencia. Si el órgano se mantiene firme y no hay hemorragia anormal, la práctica habitual incluye una vigilancia cuidadosa hasta que se desprende la placenta.

6.6.5 SIGNOS DE SEPARACIÓN PLACENTARIA

Puesto que los intentos de expulsar la placenta por compresión antes de su desprendimiento son vanos y tal vez peligrosos, los clínicos deben estar alerta ante los siguientes signos de desprendimiento placentario:

- El útero se torna globular y, como regla, más firme
- Hay casi siempre un borbotón de sangre
- El útero asciende en el abdomen porque la placenta, desciende hacia el segmento uterino inferior y la vagina, donde su volumen impele el útero hacia arriba.
- El cordón umbilical sale un poco más de la vaina, lo que indica que la placenta ha descendido.

Algunas veces estos signos aparecen en el minuto que sigue al nacimiento del recién nacido y por lo general en los 5 minutos posteriores. Cuando la placenta se ha desprendido, debe determinarse si el útero está firmemente contraído. Se puede pedir a la madre que puje y la presión intra abdominal puede ser adecuada para expulsar la placenta. Si estos esfuerzos fracasan o si no es posible la expulsión espontánea por la anestesia, después de asegurar que el útero está contraído con firmeza, se aplica presión con la mano sobre su fondo para expulsar la placenta desprendida en dirección de la vagina.

6.6.6 ATENCIÓN DE LA TERCERA FASE DEL TRABAJO DE PARTO

Muchos especialistas recomiendan el masaje uterino después del alumbramiento para prevenir la hemorragia posparto. Los autores apoyan esta práctica, pero reconocen que no hay evidencia que la respalde (Hofmeyr et al., 2008).

6.6.7 CUARTA FASE DEL TRABAJO DE PARTO

La placenta, las membranas y el cordón umbilical deben revisarse para comprobar que estén completos y descartar anomalías. La hora que sigue del nacimiento es crítica y algunos especialistas la designan como cuarta fase del trabajo de parto. Pese a que se administran oxitócicos, es más probable que se presente en esta fase hemorragia posparto como efecto de la atonía uterina. En consecuencia, el útero y el perineo deben valorarse con frecuencia. La American Academy of Pediatrics y el American College of Obstetricians and Gynecologists (2007) recomiendan que la presión arterial de la madre y el pulso se registren de inmediato después del nacimiento y cada 15 min durante la primera hora.

6.7 PARTOGRAMA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMSS)

La organización mundial de la salud diseñó un Partograma para utilizarse en países en desarrollo (Dujardin et al., 1992). De acuerdo con Oriji (2008), el Partograma es similar para nulíparas y multíparas. El trabajo de parto se divide en fase latente que no debe durar más de 8 horas y fase activa esta última comienza con 3 cm de dilatación y su avance no debe ser menor de 1cm/h. se recomienda esperar 4 horas antes de intervenir cuando la fase activa es lenta. El trabajo de parto se grafica y el análisis incluye la aplicación de líneas de muestra de acción. Lavender et al., (2006) asignaron de manera aleatoria a 3000 mujeres nulíparas a intervenciones de trabajo de parto a las 2 o 4 horas, según lo recomienda la OMSS. Su tasa de parto post-cesárea no se modificó y concluyeron que las intervenciones con la amniotomía y aplicación de oxitocina aumentaron de

manera innecesaria al usar el intervalo de 2 horas, pues después de su revisión sistemática reciente de la base de datos Cochrane, Lavender et al., (2206) no recomiendan el uso de Partograma para la atención estándar del trabajo de parto.

CAPITULO III INSTRUMENTOS DE ESTADÍSTICA

Escuela de Enfermería de Nuestra Señora de la Salud

Nombre: _____

Edad: _____

1. ¿Considera usted que la atención de enfermería en la unidad tóco quirúrgica es adecuada?
a) Si b) no c) no sé d) no me interesa
2. ¿Piensa usted que el personal de enfermería está capacitado en la atención?
a) Si b) no c) no sé d) no me interesa
3. ¿Quién la acompañó durante el periodo de labor de parto?
4. La enfermera b) nadie
5. ¿Está usted satisfecha con el número de enfermeras que la atendieron?
a) Si b) no c) no sé d) no me interesa
6. ¿Está satisfecha con la información brindada durante su parto?
a) Si b) no c) no sé d) no me interesa
7. Considera que el tiempo que pasa la enfermera con usted en labor de parto es:
a) Bueno b) poco c) muy poco d) no paso tiempo conmigo
8. ¿Está usted satisfecha con el tiempo que paso con usted la enfermera en apoyo emocional?
a) Si b) no c) no sé d) no se brindó apoyo
9. ¿La enfermera respondió a sus necesidades?
a) si b)no d) explique _____
10. ¿fue rápida la atención al momento de su llegada a la unidad tóco quirúrgica?
a) Si b) no

CAPITULO IV

ETICA DE ESTUDIO

CODIGO DE ETICA PARA ENFERMERIA

CAPITULO I.

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo primero.- El presente Código norma la conducta de la enfermera en sus relaciones con la ciudadanía, las instituciones, las personas que demandan sus servicios, las autoridades, sus colaboradores, sus colegas y será aplicable en todas sus actividades profesionales.

CAPITULO II.

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON LAS PERSONAS

Artículo segundo.- Respetar la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho a la persona a decidir tratamientos y cuidados una vez informado.

Artículo tercero.- Mantener una relación estrictamente profesional con la persona, en un ambiente de respeto mutuo y de reconocimiento de su dignidad, valores, costumbres y creencias.

Artículo cuarto.- Proteger la integridad de la persona ante cualquier afectación ocasionada por la mala práctica de cualquier miembro del equipo de salud.

Artículo quinto.- Mantener una conducta honesta y leal; conducirse con una actitud de veracidad y confidencialidad salvaguardando en todo momento los intereses de la persona.

Artículo sexto.- Comunicar a la persona los riesgos cuando existan, y los límites que tiene el secreto profesional ante circunstancias que impliquen mala intención o daño a terceros.

Artículo séptimo.- Fomentar una cultura de autocuidado de la salud, con un enfoque anticipatorio y de prevención del daño, y propiciar un entorno seguro que prevenga riesgos y proteja a la persona.

Artículo octavo.- Otorgar a la persona cuidados libres de riesgos, manteniendo un nivel de salud física, mental y social que no comprometa su capacidad.

Artículo noveno.- Acordar, si fuera el caso, los honorarios que con motivo del desempeño de su trabajo percibirá, teniendo como base para determinarlo el principio de la voluntad de las partes, la proporcionalidad, el riesgo de exposición, tiempo y grado de especialización requerida.

CAPITULO III.

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS COMO PROFESIONISTAS

Artículo décimo.- Aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos debidamente actualizados en el desempeño de su profesión.

Artículo décimo primero.- Asumir la responsabilidad de los asuntos inherentes a su profesión, solamente cuando tenga la competencia, y acreditación correspondiente para atenderlos e indicar los alcances y limitaciones de su trabajo.

Artículo décimo segundo.- Evitar que persona alguna utilice su nombre o cédula profesional para atender asuntos inherentes a su profesión.

Artículo décimo tercero.- Contribuir al fortalecimiento de las condiciones de seguridad e higiene en el trabajo.

Artículo décimo cuarto.- Prestar sus servicios al margen de cualquier tendencia xenófoba, racista, elitista, sexista, política o bien por la naturaleza de la enfermedad.

Artículo décimo quinto.- Ofrecer servicios de calidad avalados mediante la certificación periódica de sus conocimientos y competencias.

Artículo décimo sexto.- Ser imparcial, objetiva y ajustarse a las circunstancias en las que se dieron los hechos, cuando tenga que emitir opinión o juicio profesional en cualquier situación o ante la autoridad competente.

CAPITULO IV.

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON SUS COLEGAS

Artículo décimo octavo.- Compartir con objetividad sus conocimientos y experiencias a estudiantes y colegas de su profesión.

Artículo décimo noveno.- Dar crédito a sus colegas, asesores y colaboradores en los trabajos elaborados individual o conjuntamente evitando la competencia desleal.

Artículo vigésimo.- Ser solidaria con sus colegas en todos aquellos aspectos considerados dentro de las normas éticas.

Artículo vigésimo primero.- Respetar la opinión de sus colegas y cuando haya oposición de ideas consultar fuentes de información fidedignas y actuales o buscar asesoría de expertos.

Artículo vigésimo segundo.- Mantener una relación de respeto y colaboración con colegas, asesores y otros profesionistas; y evitar lesionar el buen nombre y prestigio de éstos.

CAPITULO V

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON SU PROFESION

Artículo vigésimo tercero.- Mantener el prestigio de su profesión, mediante el buen desempeño del ejercicio profesional.

Artículo vigésimo cuarto.- Contribuir al desarrollo de su profesión a través de diferentes estrategias, incluyendo la investigación de su disciplina.

Artículo vigésimo quinto.- Demostrar lealtad a los intereses legítimos de la profesión mediante su participación colegiada.

CAPITULO VI

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON LA SOCIEDAD

Artículo vigésimo sexto.- Prestar servicio social profesional por convicción solidaria y conciencia social.

Artículo vigésimo séptimo.- Poner a disposición de la comunidad sus servicios profesionales ante cualquier circunstancia de emergencia.

Artículo vigésimo octavo.- Buscar el equilibrio entre el desarrollo humano y la conservación de los recursos naturales y el medio ambiente, atendiendo a los derechos de las generaciones futuras.

DECALOGO DEL CODIGO DE ETICA

PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS EN MEXICO

La observancia del Código de Ética, para el personal de enfermería nos compromete a:

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales¹.

LEY GENERAL DE SALUD

TITULO QUINTO

Investigación para la Salud

CAPITULO UNICO

ARTÍCULO 96.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

I.- Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos;

II.- Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social;

III.- A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población;

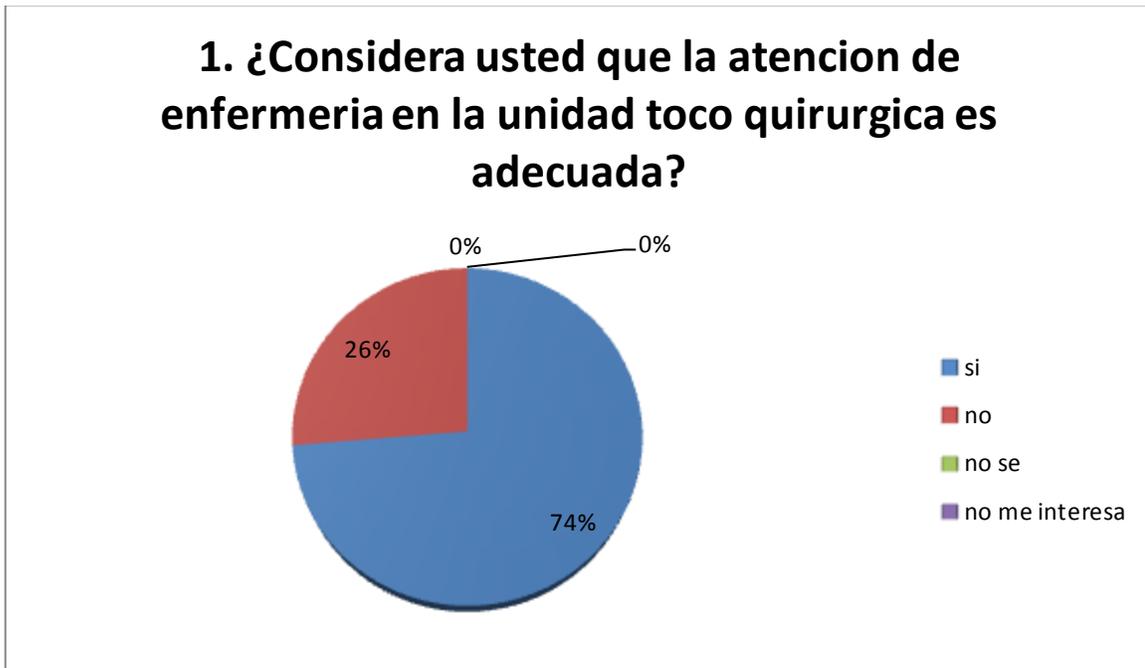
IV.- Al conocimiento y control de los efectos nocivos del ambiente en la salud;

V.- Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud, y

VI.- A la producción nacional de insumos para la salud².

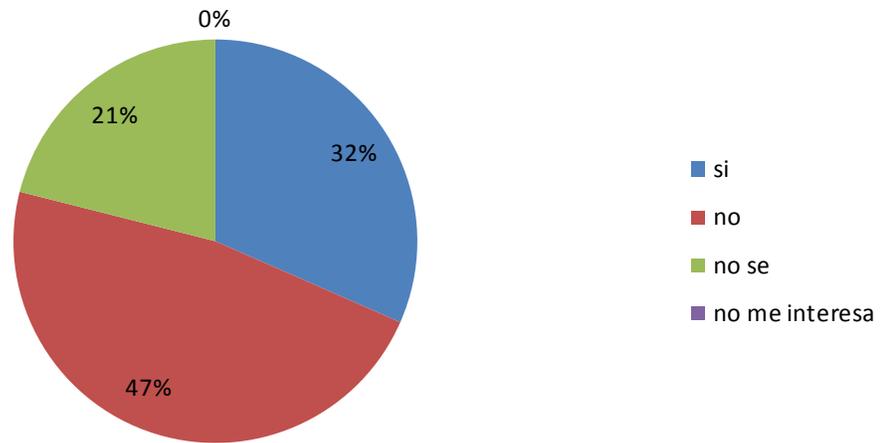
² <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/index-t5.htm>

TABLAS



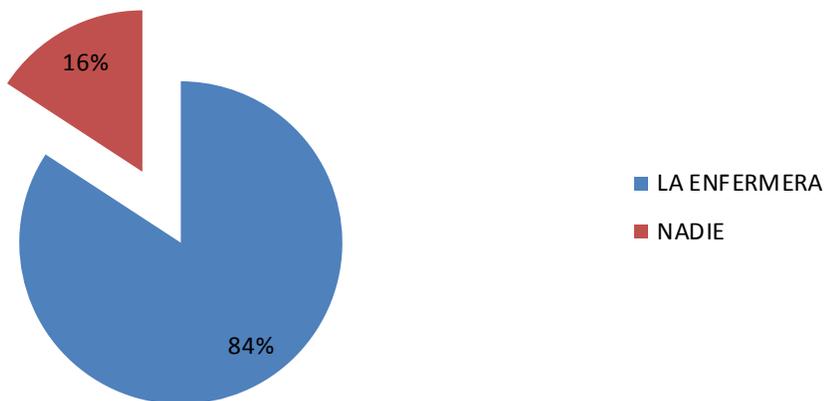
Grafica1. Se llega a la conclusión que la atención que se brinda en la unidad toco quirúrgica es adecuada así lo refieren el 74% de las pacientes entrevistadas pues dicen que son muy atentas las enfermeras; sin embargo, en las encuestas realizadas el 26% de las pacientes refieren que no es adecuada pues se quejan del lenguaje y comportamiento de las enfermeras no es adecuado y en conocimientos es insuficiente.

2. ¿Piensa usted que el personal de enfermería está capacitado en la atención?



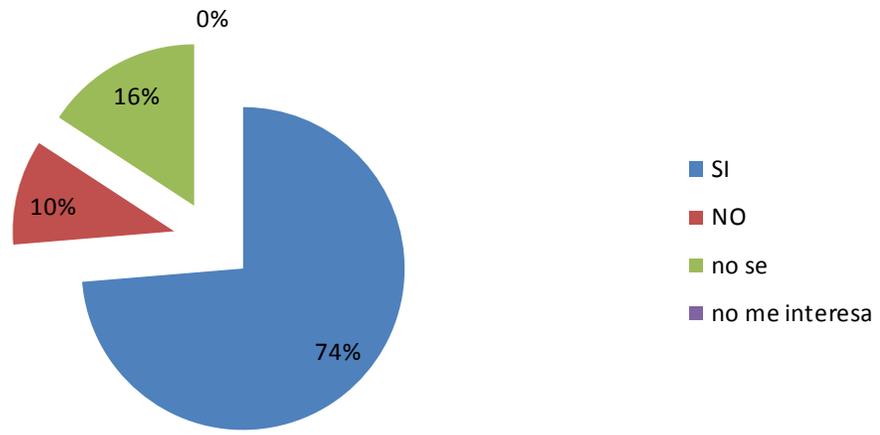
Grafica 2. 47% de las entrevistadas refiere que el personal de enfermería no está capacitado para la atención pues dicen que somos estudiantes y no contamos con el conocimiento necesario para la atención de las mismas, 32 % de las entrevistadas refiere que la atención es buena y de calidad mientras el 25% de las mismas no sabe acerca de esto, por lo cual se llega a la conclusión que no estamos capacitadas para la atención de labor de parto, por falta de conocimientos y experiencia.

3. ¿Quién la acompañó durante el periodo de labor de parto?



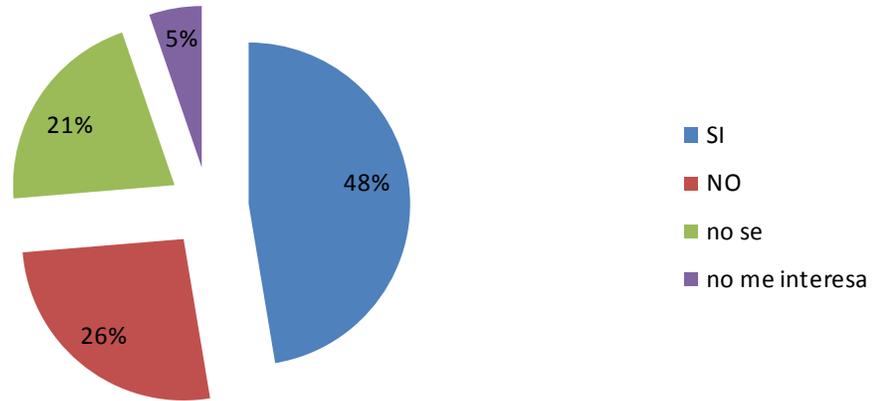
Grafica3. 84% de las pacientes entrevistadas refieren haber estado acompañada por la enfermera mientras que un 16% refirió estar sola durante periodos prolongados de tiempo, se comenta que cuando estaban las enfermeras no se le ponía mucha atención a la paciente simplemente estaban ahí, pero sin hacer algún tipo de interacción.

4. ¿Está usted satisfecha con el número de enfermeras que la atendieron?



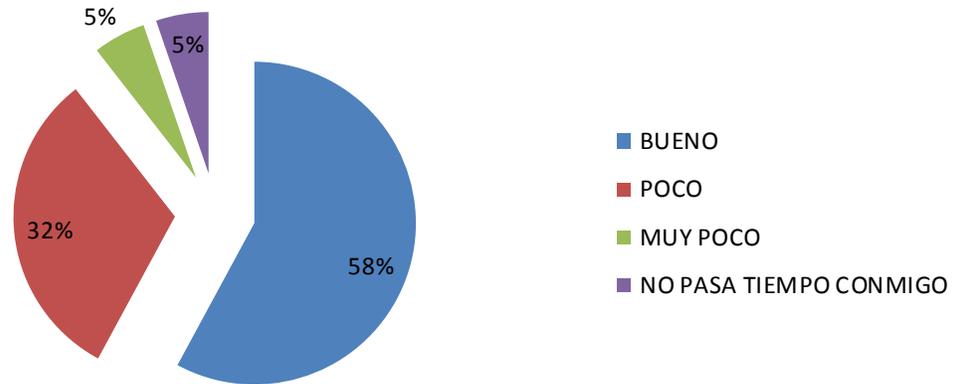
Grafica 4. De las pacientes entrevistadas un 74% están satisfechas con el número de enfermeras que atendieron su labor de parto, mientras un 10% refiere no estar satisfecha pues consideran son muchas y otras comentan que son pocas, mientras un 16 de las entrevistadas dice no saber cuál es el número mínimo para ser atendido por lo cual se llega a la conclusión de que es satisfactorio el numero de enfermeras que están atendiendo a la paciente en labor de parto.

5. ¿Está satisfecha con la información brindada durante su parto?



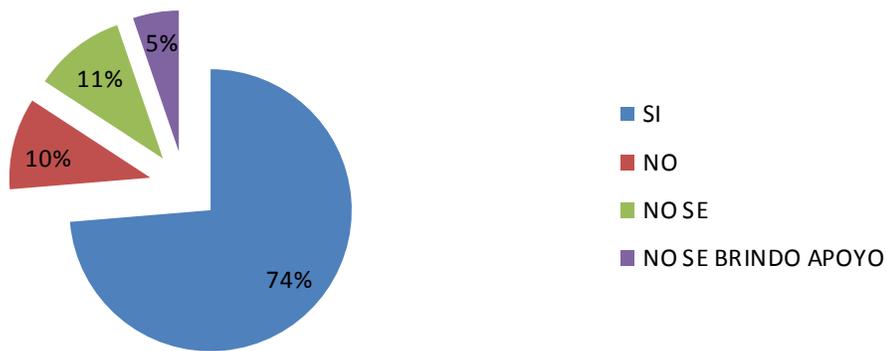
Grafica 5. Se llega a la conclusión de que si es satisfactoria la atención brindada a las pacientes en labor de parto por parte del personal de enfermería, pero aun ai un 26% de las pacientes refiere no estar satisfecha con la información pues dicen no es clara y entendible para ellas; solamente el 5% de las entrevistadas dijo que no le interesa el tema, ni información

6. Considera que el tiempo que pasa la enfermera con usted en labor de parto es



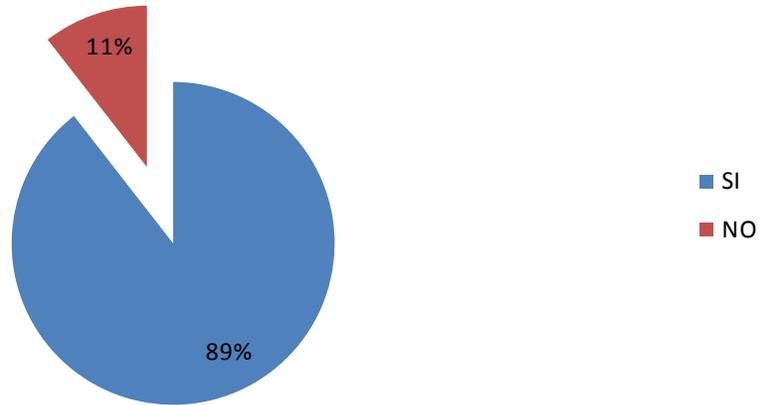
Grafica 6. Poco menos de la mitad de las pacientes refiere que es bueno el tiempo que pasa con ella la enfermera, pues refieren que solo están por periodos cortos de tiempo y después de van por lo cual, se llega a la conclusión que debería de ser más y de mejor calidad la atención que se le brinda a la paciente, así mismo, para resolver las dudas que estas tengan.

7. ¿Está usted satisfecha con el tiempo que paso con usted la enfermera en apoyo emocional?



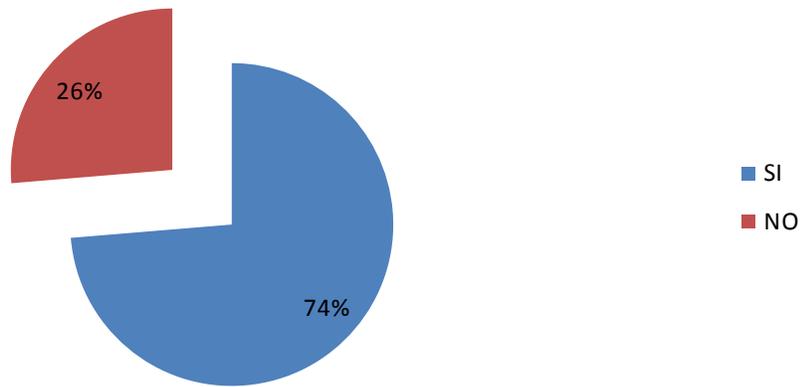
Grafica 7. A pesar de no ser una cuestión que se enseñe mucho en nuestra preparación profesional, la mayoría de las enfermeras del HNSS, brindan un apoyo emocional a las pacientes en labor de parto el 74% de las entrevistadas refiere estar satisfecha con el apoyo emocional brindado, solo un 10% refiere no estar satisfecha con esto, por lo cual se llega a la conclusión de que es buena la atención en este aspecto.

8. ¿La enfermera respondió a sus necesidades?



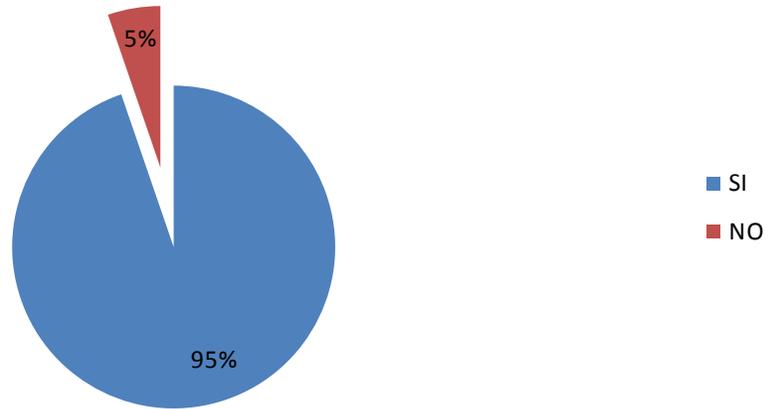
Grafica 8. Las enfermeras del HNSS si cumplen las necesidades de las pacientes en labor de parto así lo muestran las gráficas de las encuestadas aplicadas pues únicamente un 11% de la población entrevistada refiere no estar satisfecho con la atención de enfermería.

9. ¿Fue rápida la atención al momento de su llegada a la unidad tóco quirúrgica?



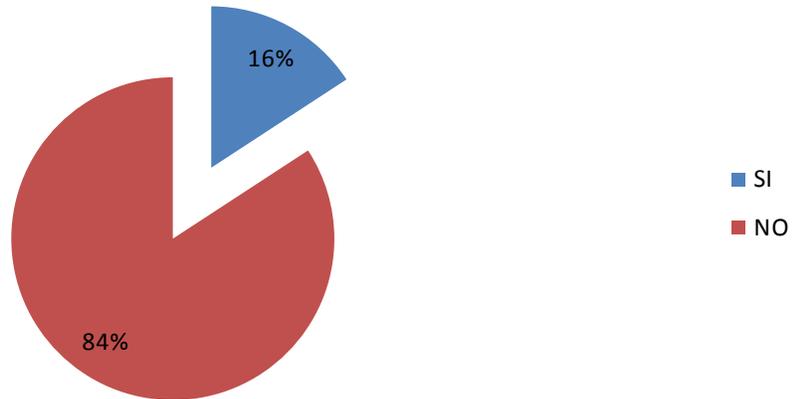
Grafica 9. La atención que se brinda en la unidad tóco quirúrgica por parte del personal de enfermería es rápido hacia la paciente, por lo cual se llega a la conclusión de que al momento de la llegada de la paciente se le atiende de forma oportuna y rápida. Aunque se recomienda una mejoría pues 26% dice que no es rápida la atención

10. ¿El personal de enfermería la trato con amabilidad, respeto y paciencia?



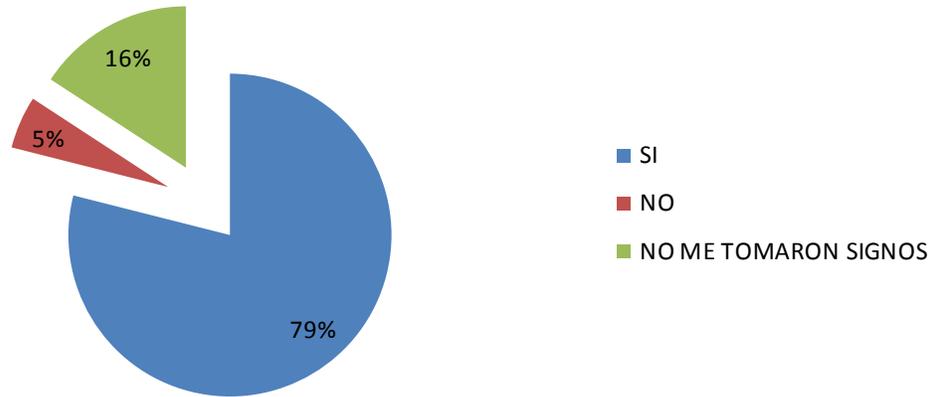
Grafica 10. La mayoría de las enfermeras del HNSS tratan con respeto, amabilidad y paciencia a sus pacientes por lo cual se demuestra que en este aspecto es de muy buena calidad la atención a la paciente en labor de parto.

11. ¿Se le dejó sola por largos periodos de tiempo?



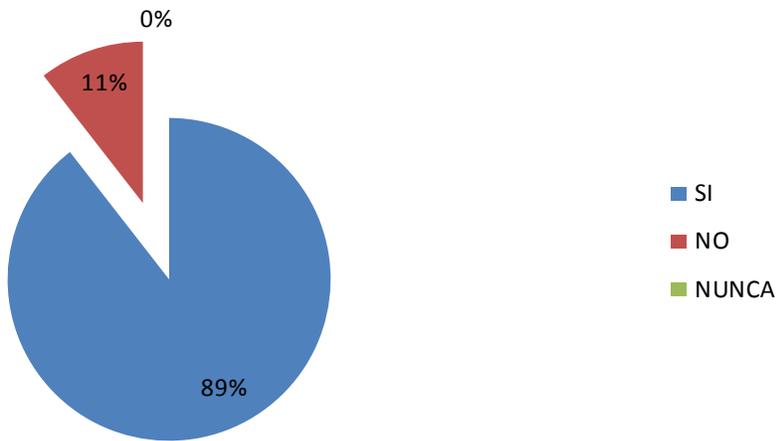
Grafica 11. El 84% de las pacientes refiere no quedarse sola en labor de parto por periodos largos de tiempo, sin embargo si se les deja solas, cuando no debería de ser así, mientras tanto un 16% de las pacientes refirió si quedarse sola por mas de una hora.

12. ¿Se le tomaron signos vitales a usted y a su bebe constantemente?



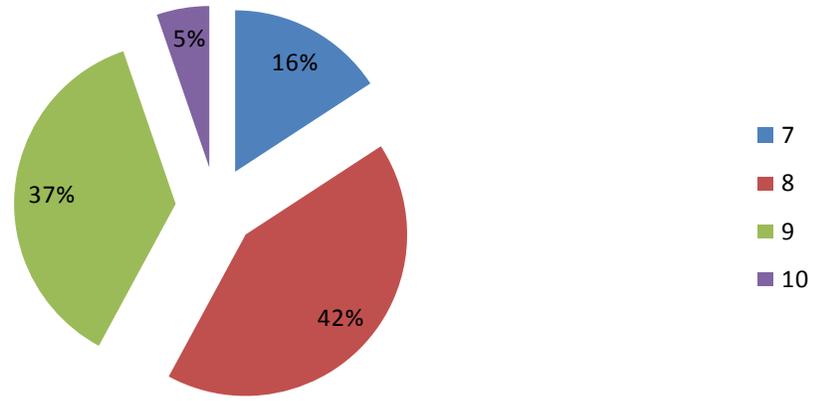
Grafica 12. Como bien sabemos se deben de estar monitoreando los signos vitales tanto de la madre como del bebé; un 79% de las pacientes refiere que si se le tomaron signos constantemente, 5% respondieron que no se tomaron signos mas que una vez a su llegada, mientras un 16% refiere no se le tomaron signos en ningún momento lo cual es preocupante, pues por esto podría haber algún tipo de complicación o daño fetal por no monitorizar signos y saber que ambos están respondiendo bien al trabajo de parto.

13. ¿Volvería usted a dar a luz en este hospital?



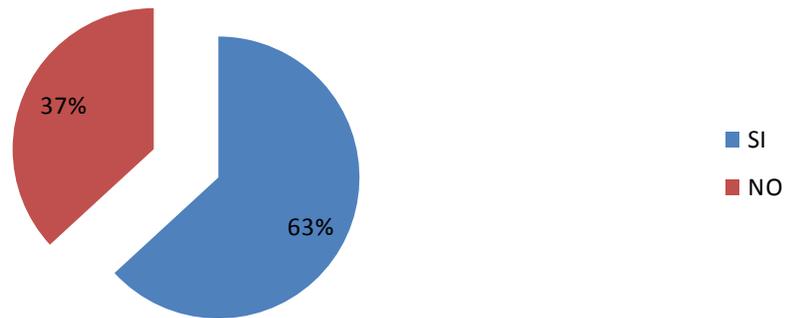
Grafica 13. Las pacientes refieren que es un buen hospital, que dan buena atención el personal de enfermería, es muy amable y paciente por lo cual si volverían a dar a luz aquí, sin embargo un porcentaje del 11% no lo haría, por lo cual se llega a la conclusión de que hay que mejorar aún más la atención

14. En una escala del 0-10 ¿Qué puntuación le da a la atención de enfermería?



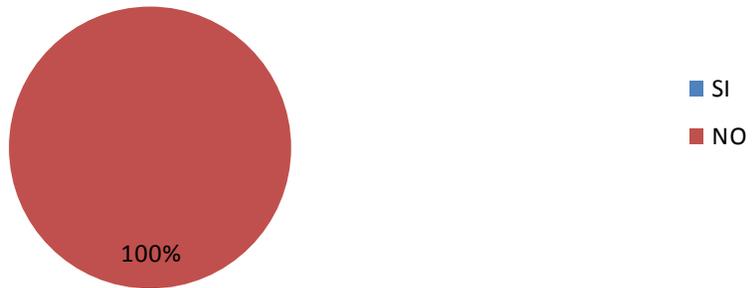
Grafica 14. En la gráfica mostrada se concluye que en general las pacientes consideran que es una atención de enfermería de calidad, pero aun así se debe de tratar de mejorar la calidad del servicio para que se una excelente atención por parte del personal de enfermería.

15. ¿Se sentía confortable en el ambiente que se encontraba durante el trabajo de parto?



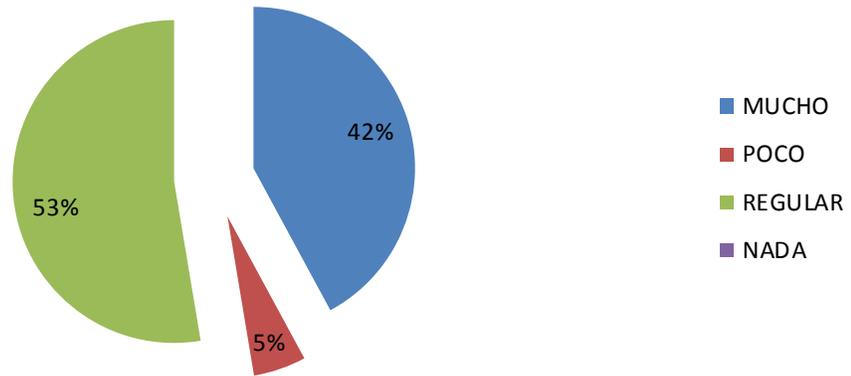
Grafica 15. A pesar de que un 63% de las pacientes se siente satisfecha con el ambiente durante su trabajo de parto, 37% concluyen que no estaban contentas pues refieren los médicos dicen muchas palabras altisonantes, mientras que el personal de enfermería tampoco se habla con respeto.

16. ¿Ha tenido complicaciones con alguno de sus embarazos anteriores a causa de la atención de enfermería?



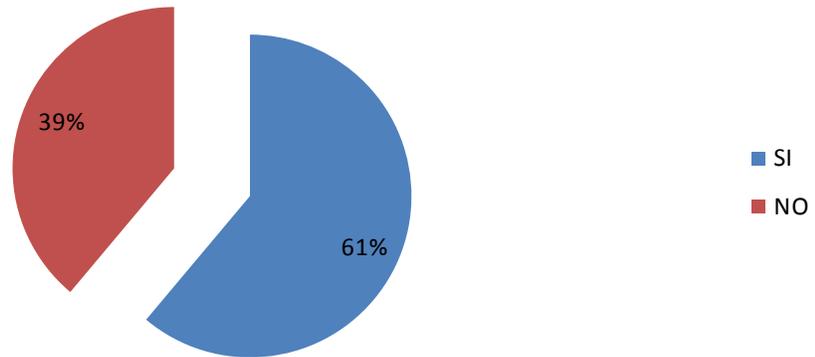
Grafica 16. Satisfactoriamente el 100% de nuestras pacientes encuestadas refieren no haber tenido complicaciones a causa del personal de enfermería.

17. En el ultimo momento del parto ¿Qué tanto apoyo tuvo de la enfermera?



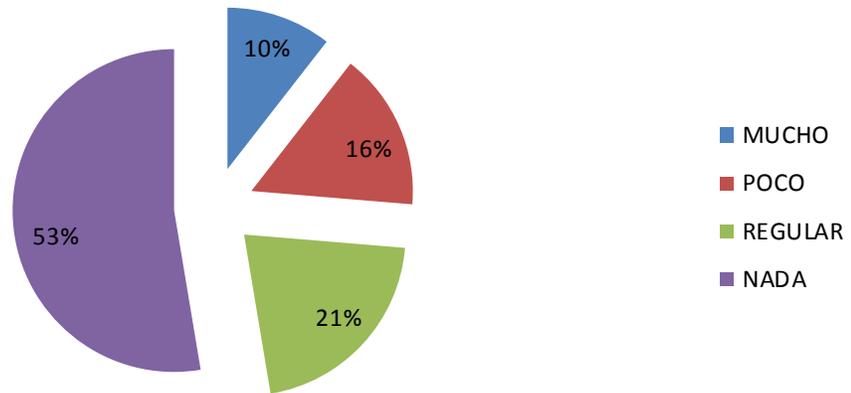
Grafica 17. Las pacientes encuestadas refieren que el apoyo del personal de enfermería es regular en el último momento del parto, pues dicen no se tiene mucho pues todas están en otras cuestiones.

18. Cuando usted se quejaba ¿La enfermera contesto con respeto?



Grafica 18. La mayoría de las pacientes encuestadas refiere que la enfermera siempre las trato con amabilidad cuando estas se quejaban de algún dolor.

19.¿ Que tanto le enseñó sobre técnicas de posición y respiración la enfermera?



Grafica. 19 esta grafica nos señala que las enfermeras no enseñan técnicas de respiración o posición a las pacientes para aminorar el dolor, lo cual es necesario cambiar pues es algo que va junto con la función de enfermería.

CONCLUSION

Se llegó a la conclusión que la atención que se brinda en la unidad toco quirúrgica por parte del personal del HNSS, es adecuada, así lo refieren las pacientes entrevistadas pues dicen que son muy atentas las enfermeras; sin embargo, en las encuestas realizadas el 26% de las pacientes refieren que no es adecuada pues se quejan del lenguaje y comportamiento de las enfermeras no es adecuado y en conocimientos es insuficiente.

Un 47% de las pacientes entrevistadas refiere que el personal de enfermería no está capacitado para la atención pues dicen que somos estudiantes y no contamos con el conocimiento necesario para la atención de las mismas,

Los resultados mostrados en las gráficas anteriores nos dicen que la mayor parte del personal de enfermería está capacitado para la atención de mujeres en labor de parto normal, sin embargo algunas de las enfermeras del HNSS, no tienen la paciencia, conocimientos y dedicación para tratar con pacientes que están en labor de parto porque además están en un estrés, tanto la paciente como la enfermera y muchas veces estas no saben cómo manejarlo dando un trato deficiente a las pacientes. Por lo cual con la realización de este trabajo se concluye que el personal de enfermería es capaz para la atención de un parto, sin embargo hay enfermeras que no tienen la paciencia para manejar este tipo de pacientes



CONSENTIMIENTO INFORMADO

TEMA: cuidados de enfermería a mujeres en labor de parto normal

Responsables: Hernández González Ana Laura

Asesora: María De La Luz Balderas Pedrero

En la escuela de enfermería de Nuestra Señora de la Salud se está realizando un estudio sobre cuidados de enfermería a mujeres en labor de parto normal, cuyo objetivo es conocer si realmente se dan los cuidados necesarios a estas durante el parto.

La información que usted proporcione será de mucha utilidad para la investigación, por lo cual se le invita a colaborar en este trabajo sin embargo su participación es voluntaria, de manera que usted está en su derecho de no participar si así lo desea, en caso de que usted requiere alguna aclaración podrá solicitarla en el momento.

La información que lo que usted aporte será confidencial y únicamente será utilizada para los resultados de la investigación, quedando en anonimato su nombre y datos personales.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Habiendo contado con la información proporcionada sobre la investigación y habiendo tenido la oportunidad de hacer preguntas, de recibir respuestas que me dejen satisfecha y entendiéndolo que tengo derecho a no responder el cuestionario, sin que esto tenga consecuencias para mi trabajo, **ACEPTO** participar en la investigación.

Morelia, Michoacán XX de Abril del 2009

Nombre y firma de la participante

Nombre y firma de la Responsable

Testigo

Testigo

**Escuela DE ENFERMERÍA
DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD**

A QUIEN CORRESPONDA:

En virtud de que se están realizando trabajos de investigación en la Escuela de Enfermería de Nuestra Señora de la Salud se le solicita con toda atención el permiso para realizar la investigación “cuidados de enfermería en mujeres en labor de parto normal” para lo cual se requiere información sobre el número total de pacientes. Este estudio se llevará a cabo por la alumna: Hernández González Ana Laura, del 8vo. Semestre, asesorados por Maria De La Luz Balderas Pedrero.

Sin otro particular por el momento, me es grato enviarle un cordial saludo.

Atentamente:

Marta Alcaraz Ortega

ANEXOS

En la tabla 1 se presenta el diagnóstico del periodo y la fase del trabajo del parto según la OMS:

SIGNOS Y SINTOMAS	PERIODO DEL PARTO	FASE
Cuello uterino no dilatado	Falso trabajo de parto	Pródromos
Cuello uterino dilatado menos de 4cm.	Primer periodo	Latente
Cuello uterino dilatado 4-9 cm Tasa de dilatación 1cm/h Comienzo del descenso de la cabeza fetal	Primer periodo	Activa
Cuello uterino dilatado 10cm Sigue el descenso fetal No hay deseos de empujar	Segundo periodo	Temprana (no expulsiva)
Cuello uterino dilatado 10cm La parte fetal que presenta llega al suelo de la pelvis La mujer tiene deseos de empujar	Segundo periodo	Avanzada (expulsiva)

*El tercer periodo del parto comienza con el parto del bebé y termina con la expulsión de la placenta

Cuadro 2. Proporción enfermera/paciente recomendada para la atención del trabajo de parto y el parto

Proporción Enfermera/paciente	Contexto clínico
1:2	Pacientes en trabajo de parto
1:1	Pacientes en el segundo periodo del trabajo de parto
1:1	Pacientes con complicaciones medicas u obstétricas
1:2	Inducción con oxitocina o asistencia del trabajo de parto
1:1	Inicio de analgesia epidural
1:1	Circulación para cesárea

Cuadro 3. Dimensiones mínimas recomendadas para las salas de trabajo de parto y parto

Función	Espacio de piso neto (metros cuadrados)
Trabajo de parto	100 a 160 por cama
TPR: trabajo de parto, parto y recuperación	256
TPRP: TPR y puerperio Parto vaginal	350
Cesárea	400

Cuadro 4. Características del trabajo de parto verdadero y el falso

Características	Trabajo de parto verdadero	Trabajo de parto falso
Contracciones		
Ritmo	Regular	Irregular
Intervalos	Cada vez más corto	Sin cambio
Intensidad	Cada vez mayor	Sin cambio
Incomodidad		
Localización	Espalda y abdomen	Abdomen bajo
Sedación	Sin efecto	Casi siempre efectiva
Dilatación del cuello uterino	Si	No

Tabla 4.3. Programa del curso para la preparación psicoprofiláctica

Clases teóricas	
Primera clase	El dolor del parto. Fundamentos en los que se apoya el método. Anatomía y fisiología del sistema reproductor masculino y femenino. Fecundación y crecimiento intrauterino
Segunda clase	Respiración
Tercera clase	El parto
Cuarta clase	Medidas de higiene durante el embarazo y el puerperio
Quinta clase	Consolidación de los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos

HIPOTESIS

Los cuidados ofrecidos a las mujeres embarazadas durante la labor de parto realmente son los correctos y necesarios

GUIÓN METODOLÓGICO

TEMA	PREGUNTA	VARIABLES	DEFINICIÓN DE VARIABLES	OBJETIVOS	HIPOTESIS
cuidados de enfermería en mujeres en labor de parto normal	¿Se dan los cuidados de enfermería necesarios en la labor de parto?	Cuidados Mujer embarazada	<p>Cuidado: Es la acción de cuidar</p> <p>El cuidado implica ayudarse a uno mismo o a otro ser vivo, tratar de incrementar su bienestar y evitar que sufra algún perjuicio.</p> <p>Mujer embarazada: mujer que está atravesando por un proceso fisiológico natural, que al mismo tiempo la puede llevar a una patología o muerte</p>	<p>Lograr que el embarazo culmine con el nacimiento de un producto sano sin que se altere la salud de la madre</p> <p>Lograr que se le brinden los cuidados necesarios tanto a la madre como al producto</p>	La atención del parto normal realmente es la adecuada y correcta para una satisfacción tanto de la madre como del producto en cuestión de salud.

GLOSARIO

1. PRIMÍPARA

Es una mujer que ha dado a luz una sola vez uno o varios fetos viables. Por tanto, la interrupción de cualquier embarazo más allá de la fase de aborto confiere la condición de paridad a la madre.

2. MULTÍPARA

Es una mujer que ha llevado dos o más embarazos hasta la fase de viabilidad. Es el número de los embarazos que alcanzan la viabilidad y no el número de fetos dados a luz lo que determina la paridad. Esta no varía si se ha dado a luz un feto único, gemelos o quintillizos, y no es menor si el feto o los fetos han nacido muertos.

3. NULIGESTA

Es la mujer que no está y nunca ha estado embarazada

4. GRÁVIDA

Mujer que esta o ha estado embarazada. Con el establecimiento del primer embarazo se transforma en una primigrávida, y con embarazos sucesivos en multigrávida.

5. NULÍPARA

Es la mujer que nunca ha llegado a completar un embarazo más allá de un aborto. Puede o no haber tenido aborto(s) espontaneo o colectivo.

6. PARTURIENTA

Es una mujer en trabajo de parto.

7. PUÉRPERA

Es la mujer que acaba de dar a luz

8. LEUCORREA

Del griego leukós, 'blanco'; y el griego rhoia, 'flujo' Flujo blanquecino que proviene de las vías genitales de la mujer.

9. PIROSIS

Del griego pûr, 'fuego', 'fiebre violenta'; y el griego -ōsis, 'proceso patológico' Sensación de quemadura del tubo digestivo, desde el estómago hasta la faringe, acompañada de eructos agrios.

10. EDEMA

Aumento exagerado de líquido en los espacios intercelulares del cuerpo, especialmente en el tejido subcutáneo, donde se aprecia fácilmente.

11. DISNEA

Dificultad para respirar. Su causa puede ser una enfermedad cardíaca o respiratoria.

12. GESTACIÓN

Estado de la mujer o de la hembra de mamífero que lleva en el útero un embrión o un feto producto de la fecundación del óvulo por el espermatozoide.

13. DILATACIÓN

Después de que el cuello uterino comienza a borrarse, también empezará a abrirse. Esto se llama dilatación del cuello uterino.

14. BORRAMIENTO

A medida que la cabeza del bebé desciende hacia la pelvis, ejerce presión contra el cuello uterino. Esto hace que el cuello uterino se relaje y se afine, o se borre.

15. UTEROTONICOS

m. nombre genérico que reciben los agentes o los ejercicios que potencian la musculatura uterina.

BIBLIOGRAFÍA

Aceituno Velasco L, Barqueros Ramírez AI, Moreno García G, Segura García MH, Ruiz Martínez E, Sánchez Barroso T y cols. Análisis crítico de la tasa de cesáreas en un hospital comarcal (primera parte). Toko-Gin Pract. 2000; 59(8): 399-406.

COLLIERE, F.: Promover la vida, 1a. ed., España, McGraw-Hill/ Interamericana, 1993.

Diccionario medico electrónico

Enfermería maternoinfantil, un concepto integral familiar, Sally B. Olds, R.N., M.S. 2da. Ed. México D, F 1987 interamericana.

Ginecología y Obstetricia, Eduardo Nuñez Maciel Cord. Mendez editores, México D.F, 1993.

<http://gsdl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library?e=d-00000-00---off-0enfermeria--00-0----0-10-0---0---0direct-10---4-----0-1|--11-es-50---20-about---00-0-1-00-0-0-11-1-0utfZz-8-00&a=d&cl=CL1&d=HASH01963050eb861d574931320d.8.5>

Kroeger M, Smith L. Impact of birthing practices on breastfeeding. Protecting the mother and baby continuum. Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, 2004.

Manual de Obstetricia y Ginecología, Benson/Pernoll 9° ed. McGraw-Hill, Portland, Oregon

MARTÍNEZ, M.: “La relación ciencia y arte”, en: Ciencia y arte en la metodología cualitativa.

Métodos hermenéuticos, métodos fenomenológicos y métodos etnográficos, 2a. ed., Trillas, 2006.

NIGHTINGALE, F.: Notas sobre enfermería, Barcelona, España, Salvat, 1958 (1990).

Notas para estudiantes de medicina Donald Gibb ginecología y obstetricia 1° ed. editorial Limusa, México, 1990

Obstetricia clínica Victoriano Llaca Rodríguez y Julio Fernández Alba, ed. McGraw-Hill, México 2004.

Obstetrician y neonatología 3a. ed. Bogota, McGraw-Hill interamericana, 1996

Organización Mundial de la Salud. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para matronas y médicos. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002.

Organización Mundial de la Salud. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para matronas y médicos. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA: El arte y la ciencia del cuidado, Colombia: Unibiblos, 2002.. KELLY, Y. L.: Dimensions of Professional Nursing, 4a. ed., New York, E.U.A., MacMillan, 1981. WATSON, J.: Nursing: Human Science and Human Care, Norwalk, Appleton-Century-Crofts, 1985.

Williams Obstetricia 20° ed. Buenos Aires, editorial medica Panamericana, 1997

Williams Obstetricia 4° ed. Barcelona, editorial Masson, 1996-1997