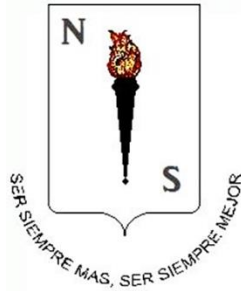


ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE8722



TESIS:

**ENFERMERÍA EN EL CONTROL PRENATAL Y CASOS DE
MUERTE FETAL INTRAUTERINA**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:

MARISOL MALAGÓN MONTALVO

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN; 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

A mi madre

Olga Montalvo Rocha

Que gracias a ella he salido adelante, me ha brindado todo lo que necesito para crecer como persona. Gracias por tus consejos diarios y por enseñarme que con un poco de esfuerzo y dedicación todo se puede realizar, por no dejarme nunca caer ni rendirme, por darme valor para concluir con esta meta.

A mi familia

Mis abuelos, tíos, primos y sobrinos por apoyarme en todos los sentidos para poder salir adelante y preocuparse por que nada me faltara, por brindarme su tiempo y sus consejos.

A todos los que están cerca de mí y que brindan una parte de ellos a mi vida.

A mis maestros

Por su tiempo y dedicación.

Dedicatorias

Dedico este proyecto a:

Mi familia en general por su apoyo incondicional y por enseñarme el camino de la superación, por darme la oportunidad de aprender más de la vida y gracias a todos ellos esto ha sido posible.

Índice

Agradecimientos	ii
Dedicatorias	ii
Introducción.....	5
Capítulo I: Estrategia Metodológica	6
Planteamiento del Problema	7
Justificación.....	8
Objetivo General	8
Hipótesis	9
Metodología	9
Tipo de Investigación	10
Descripción del Área de Estudio y Población.....	10
Tipo de Muestra	11
Variables	11
Código de Ética Profesional de la Enfermera.....	12
De los Deberes de las Enfermeras para con las personas	16
De los deberes de las enfermeras como profesionistas.....	17
De los deberes de las Enfermeras para con sus colegas	18
De los deberes de las enfermeras con su profesión	18
De los deberes de las Enfermeras para con la sociedad.....	19
Decálogo del código de ética para las enfermeras y enfermeros de México	19
Capítulo II: La Participación De La Enfermera En El Control Prenatal.....	21
2.1 Definición de control prenatal.....	22
2.2 Historia Clínica Gineco-Obstétrica	30
2.3 Trabajo de Parto	36
2.4 Inducción del parto.....	39

2.5 La Enfermera Ante el Trabajo de Parto.....	39
2.6 Psicoprofilaxis Obstétrica	41
2.7 Cambios Psicológicos en la Mujer Embarazada	42
Capítulo III: La Enfermera Ante La Muerte Fetal Intrauterina Y El Apoyo Psicológico	46
3.1 Antecedentes de Muerte Fetal Intrauterina	46
3.2 Definición de óbito.....	47
3.3 Definición de aborto	48
3.4 Definición de embarazo	49
3.5 Definición de factor de riesgo.....	50
3.6 Definición de etiología	52
3.7 Causas de muerte fetal intrauterina	54
3.8 La Muerte de un Hijo.....	56
3.9 La Notificación de la noticia a la madre.....	57
3.10 El duelo	58
3.11 Cosas que se deben y que no se deben hacer cuando se ayuda a una persona que ha sufrido una pérdida.....	61
3.12 Antes del egreso	63
Capitulo IV: Análisis e interpretación de resultados	65
Conclusiones.....	74
Sugerencias	76
Glosario.....	77
Anexos	78
Fuentes de Consulta	84

Introducción

La presente investigación titulada “ENFERMERÍA EN EL CONTROL PRENATAL Y CASOS DE MUERTE FETAL INTRAUTERINA” está organizada en cuatro capítulos que se describen a continuación.

En el capítulo I, se describe el problema de la investigación, las altas cifras de muerte fetal intrauterina, y la ausencia de las estudiantes de enfermería en la práctica del control prenatal, se establece la importancia de la aportación de información de parte de los miembros del equipo médico, se presentan los objetivos de la investigación y la metodología, el proceso con el cual se llevó a cabo el trabajo tanto de campo y gabinete, así como el código de ética correspondiente a el área de enfermería.

Capitulo II, titulado la participación de la enfermera en el control prenatal, se plantean conceptos que sirven de base para que las enfermeras conozcan los puntos clave para que se involucre en los protocolos de atención a la mujer embarazada y con ello pueda servir de apoyo fundamental en el mismo proceso.

Capitulo III, se desarrollan antecedentes de muerte fetal intrauterina, la diferencia entre embarazo, óbito y aborto, además se explican detalladamente cuales son los factores de riesgo que puede presentar la gestante y que ponen en riesgo la salud del binomio madre hijo. Se expone la relación de la enfermera con la usuaria desde el embarazo, hasta la notificación de la noticia a la madre, y a poder llevar el duelo durante su estancia hospitalaria.

Capitulo IV, análisis e interpretación de resultados, en el cual se muestran las preguntas de la investigación de campo junto con el producto obtenido y su respectiva gráfica en la cual se encuentra una breve redacción parafraseada de los implicados en la entrevista semi estructurada.

Capítulo I:

Estrategia Metodológica

Capítulo I: Estrategia Metodológica

Planteamiento del Problema

La investigación se realiza con tema central de **muerte fetal intrauterina**, de acuerdo a estadísticas del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), existen en México un total de muertes fetales de 22,703 registradas en el año 2015, dentro de esta cifra se muestran estadísticas mayores en las pacientes con factores de riesgo como edad avanzada o precoz, problemas de salud, atención prenatal inadecuada y nivel escolar deficiente, entre otros. Aunque las cifras de los casos de óbito han disminuido año con año según las estadísticas del INEGI en 2005 con un total de mortalidad fetal de 22,494 casos, al 2014 con 22,511 casos,

en el año 2015 22,703 casos, para el 2016 un total de 22,208 el cual es el último registro por parte del instituto.

El campo de estudio de esta investigación se centra en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud (HNSS) en donde la participación en el control prenatal es mínimo por parte las estudiantes de enfermería y las enfermeras tituladas lo que agilizaría las intervenciones por el equipo médico, el óbito en el HNSS tiene estadísticas de 20 de cada 100 pacientes presentan óbito durante el periodo gestacional “Dr. Rafael Solís Hernández”, además se analizan las causas principales de este padecimiento, y los problemas psicológicos que ocasiona a la madre con este padecimiento, ya que podría afectar de manera significativa a lo largo de toda su vida.

A continuación se muestra la interrogante principal del trabajo de investigación:

¿Cuáles son las intervenciones que las enfermeras deben aplicar en la práctica para lograr un proceso de atención prenatal adecuada y los procedimientos médicos y psicológicos ante la muerte fetal intrauterina?

Justificación

La presente investigación analiza la importancia de la participación de la enfermera en el control prenatal y las intervenciones ante la muerte fetal intrauterina, ya que es un problema a nivel mundial que se presenta en mujeres de cualquier edad o condición socioeconómica. Existen mujeres las cuales no logran concebir a un sólo hijo y esto afecta la condición tanto psicológica como biológica ya que para la mujer es de gran importancia el poder llegar a ser madres.

Ésta investigación es importante ya que las enfermeras que presentan su práctica clínica en el HNSS tienen que aplicar las técnicas adecuadas para realizar un control prenatal adecuado, en la actualidad las cifras de muerte fetal son elevadas, en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud, acuden pacientes las cuales son precedentes de zonas rurales o lejanas, de bajo nivel socioeconómico y cultural. La mayor parte de las mujeres gestantes en estas condiciones no llevan un control prenatal adecuado, lo que favorece a la mortalidad fetal, con esta investigación se busca informar a estas pacientes durante el periodo gestacional, sobre la importancia del cuidado prenatal y así lograr un nacimiento natural y en condiciones saludables, para el bienestar del binomio madre e hijo.

Objetivo General

Conocer la importancia de las intervenciones de las estudiantes de enfermería y enfermeras tituladas en el control prenatal.

Objetivos Específicos

- Analizar el papel de la enfermera ante la paciente que presenta muerte fetal intrauterina, en los servicios de urgencia, consulta externa y obstetricia en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud, con la finalidad de que las pacientes lleven un embarazo controlado, para evitar riesgos del binomio madre e hijo, y lograr el bienestar psicológico de la madre ante el duelo cuando presenta óbito.

Hipótesis

Si las enfermeras del HNSS y las pacientes obstétricas están informadas sobre los cuidados a realizar durante el embarazo, es decir, llevar un control prenatal adecuado lo cual se puede lograr mediante la distribución de información con lenguaje claro para las pacientes que asisten al Hospital de Nuestra Señora de la Salud, disminuyen los casos de muerte fetal intrauterina, y a su vez problemas psicológicos y biológicos. Si se brinda información adecuada con una respectiva retroalimentación a las enfermeras tituladas y a las estudiantes de enfermería para conocer y aplicar las técnicas diagnósticas en casos de óbito se actúa oportunamente y se evitan daños y secuelas a la paciente pudiendo ayudar también con apoyo psicológico para el manejo del duelo.

Metodología

La metodología es el conjunto de procedimientos racionales, que se ponen en práctica con el fin de conseguir el logro del objetivo de la investigación científica, durante esta etapa se analizan los datos recolectados a partir de los instrumentos aplicados a la población a la cual está dirigida mediante los siguientes pasos:

- Diseño de investigación
- Definición de variables
- Población y muestra
- Instrumentos
- Procedimientos
- Análisis de datos

La metodología es agrupar la información necesaria sobre el tema a tratar, también es la aplicación de herramientas y técnicas especiales para conseguir los resultados esperados y el cumplimiento de los objetivos.

Tipo de Investigación

Esta investigación es de tipo cuali-cuantitativa , ya que para su elaboración se utiliza la recolección de datos, tiene planteamientos expansivos, que paulatinamente se van enfocando en conceptos relevantes sobre el tema de la enfermera ante la muerte fetal intrauterina y con la evolución del estudio, se fundamenta en la experiencia y en la intuición, el entendimiento del fenómeno es en todas sus dimensiones, internas y externas, pasadas y presentes, se orienta a aprender de experiencias y puntos de vista de los individuos, valorar procesos y aprobar la hipótesis formulada, se aplican instrumentos de medición con los cuales se obtendrán estadísticas para poder complementar y respaldar información, respaldándose en los resultados de la aplicación de herramientas a las enfermeras y estudiantes de enfermería que asisten al Hospital de Enfermería de Nuestra Señora de la Salud.

Descripción del Área de Estudio y Población

Esta investigación basa su estudio en el Hospital de Nuestra Señora de Salud (HNSS), se encuentra ubicado en la calle Ignacio Zaragoza número 276, entre las calles Eduardo Ruíz y Santiago Tapia, en Morelia, Michoacán. Las áreas en las cuales se aplican los métodos bases, para la investigación es en el servicio de urgencias principalmente, es la primer área del hospital donde las pacientes tienen acceso en casos de emergencias y las enfermeras tituladas como las estudiantes de enfermería tienen contacto directo con ellas, se encuentra en la planta baja del hospital. En consulta externa donde acuden a consulta con el especialista Gineco-obstetra. El área de obstetricia donde las puérperas reciben tratamiento médico y cuidados específicos por parte de las enfermeras, está ubicado en el primer piso y se divide en área general y privada. La población a la

cual están dirigidos es a las mujeres embarazadas de cualquier edad que acudan a recibir un control prenatal en el HNSS.

Tipo de Muestra

El muestreo es una herramienta de investigación científica, que hace referencia a la estadística y en ella se seleccionan datos particulares presentes en una población específica. Esta investigación tiene un tipo de muestreo probabilístico, el cual se basa en el principio de equipo-probabilidad esto se traduce a que cualquier individuo tiene la posibilidad de ser parte de la aplicación de la herramienta, y dentro de este se aplica el muestreo aleatorio estratificado, ya que se pueden clasificar a las mujeres gestantes de acuerdo a las características que presentan como la edad de la madre, el nivel académico, el estado civil, el área donde vive, entre otras, para posteriormente comparar la diferencia de resultados de acuerdo a las mismas y poder cumplir los objetivos planteados en este documento, con mayor facilidad.

Variables

Control Prenatal

Control prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal. Mediante el control prenatal, podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo. De esa forma, se podrá controlar el momento de mayor morbilidad en la vida del ser humano, como es el período perinatal y la principal causa de muerte de la mujer joven como es la mortalidad materna

Muerte Fetal Intrauterina

La muerte previa a la expulsión o extracción completa del producto de la concepción, independientemente de la edad de la duración de embarazo. Según la edad gestacional debe ser a partir de 22 semanas de gestación o un peso al momento del nacimiento mayor a 500 gramos.

Código de Ética Profesional de la Enfermera.

El código de ética que se muestra a continuación es un documento que establece de forma clara los principios éticos, deberes y obligaciones que guían el buen desempeño profesional y que son de suma importancia para su deber profesional.

Artículo primero.

El presente código de guía la conducta de la enfermera en sus relaciones con la ciudadanía, las instituciones, las personas que demandan sus servicios, las autoridades, colegas y consigo misma y será aplicable en todas sus actividades profesionales.

PRINCIPIOS

De este modo, para los fines específicos de este código, se requiere una definición clara de principios éticos fundamentales que serán necesarios para el apego y desempeño correcto en todas las intervenciones de enfermería, encaminadas a restablecer la salud de los individuos, basadas en el conocimiento mutuo y con respeto de la dignidad de la persona que reclama la consideración ética del comportamiento de la enfermera.

1.-Beneficencia y no maleficencia.- Se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Se rige por los siguientes deberes universales: hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada. Si al

aplicar este principio no se tienen las condiciones, medios o conocimientos para hacer el bien, se debe elegir el menor mal evitando transgredir los derechos fundamentales de la persona, los cuales están por encima de la legislación de los países y de las normas institucionales. Para la aplicación de este principio se debe buscar el mayor bien para la totalidad: esto tiene una aplicación individual y social.

2.-Justicia.-La justicia en la atención de enfermería no se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traducen en un trato humano. Es un valor que permite ser equitativo en el actuar para la satisfacción de las necesidades sin distinción de la persona. Este principio permite aclarar y dar crédito a muchas situaciones desde aspectos generales y organizativos, como la asistencia institucional hasta la presencia de numerosas iniciativas sociales para otorgar con justicia los servicios de salud.

3.-Autonomía: Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales. Con este principio se reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones. El reconocimiento de la autonomía de la persona se da ética y jurídicamente con el respeto a la integridad de la persona y con el consentimiento informado en el que consta, preferiblemente por escrito si el paciente está consciente, que comprende la información y está debidamente enterado en el momento de aceptar o rechazar los cuidados y tratamientos que se le proponen. A través del consentimiento informado se protege y hace efectiva la autonomía de la persona, y es absolutamente esencial de los cuidados de enfermería.

4.-Valor fundamental de la vida humana.- Este principio se refiere a la inviolabilidad de la vida humana, es decir la imposibilidad de toda acción dirigida

de un modo deliberado y 8 directo a la supresión de un ser humano o al abandono de la vida humana, cuya subsistencia depende y está bajo la propia responsabilidad y control. El derecho a la vida aparece como el primero y más elemental de todos los derechos que posee la persona, un derecho que es superior al respeto o a la libertad del sujeto, puesto que la primera responsabilidad de su libertad es hacerse cargo responsablemente de su propia vida. Para ser libre es necesario vivir. Por esto la vida es indispensable para el ejercicio de la libertad.

5.-Privacidad: El fundamento de este principio es no permitir que se conozca la intimidad corporal o la información confidencial que directa o indirectamente se obtenga sobre la vida y la salud de la persona. La privacidad es una dimensión existencial reservada a una persona, familia o grupo. El principio de privacidad tiene ciertos límites por la posible repercusión personal o social de algunas situaciones de las personas al cuidado de la enfermería, y el deber de ésta de proteger el bien común, sin que esto signifique atropellar la dignidad de la persona a su cuidado.

6.-Fidelidad: Entendida como el compromiso de cumplir las promesas y no violar las confidencias que hacer una persona. Las personas tienden a esperar que las promesas sean cumplidas en las relaciones humanas y no sean violadas sin un motivo poderoso. No obstante, a veces pueden hacerse excepciones, cuando el bien que se produce es mayor que el cumplimiento de las mismas o cuando el bienestar de la persona o de un tercero es amenazado; pero es importante que estas excepciones las conozca la persona al cuidado de enfermería.

7.-Veracidad: Se define como el principio ineludible de no mentir o engañar a la persona. La veracidad es fundamental para mantener la confianza entre los individuos y particularmente en las relaciones de atención a la salud. Por lo tanto,

las enfermeras tienen el deber de ser veraces en el trato con las personas a su cuidado y con todo lo que a ella se refiera.

8.-Confiability: Este principio se refiere a que el profesional de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayuda a las personas. La enfermera debe mantener y acrecentar el conocimiento y habilidades para dar seguridad en los cuidados que brinda a las personas y a la comunidad.

9.-Solidaridad: Es un principio indeclinable de convivencia humana, es adherirse con las personas en las situaciones adversas o propicias, es compartir intereses, derechos y obligaciones. Se basa en el derecho humano fundamental de unión y asociación, en el reconocimiento de sus raíces, los medios y los fines comunes de los seres humanos entre sí. Las personas tienen un sentido de trascendencia y necesidad de otros para lograr algunos fines comunes. La solidaridad debe lograrse también con personas o grupos que tienen ideas distintas o contrarias, cuando estos son un apoyo necesario para lograr un beneficio común. Este principio es fundamental en la práctica de enfermería ya que en todas las acciones que se realizan para con las personas se parte de la necesidad de asociarse para el logro del bien común y la satisfacción mutua.

10.-Tolerancia.- Este principio hace referencia a admitir las diferencias personales, sin caer en la complacencia de errores en las decisiones y actuaciones incorrectas. Para acertar en el momento de decidir si se tolera o no una conducta, la enfermera debe ser capaz de diferenciar la tolerancia de la debilidad y de un malentendido respeto a la libertad y a la democracia. También debe saber diferenciar la tolerancia de la fortaleza mal entendida o de fanatismo.

11.-Terapéutico de totalidad.- Este principio es capital dentro de la bioética. A nivel individual debe reconocerse que cada parte del cuerpo humano tiene un valor y está ordenado por el bien de todo el cuerpo y ahí radica la razón de su ser, su bien y por tanto su perfección. De este principio surge la norma de proporcionalidad de la terapia. Según ésta, una terapia debe tener cierta proporción entre los riesgos y daños que conlleva y los beneficios que procura.

12.-Doble efecto.- Este principio orienta el razonamiento ético cuando al realizar un acto bueno se derivan consecuencias buenas y malas. Se puede llegar a una formulación sobre la licitud de este tipo de acciones partiendo de: – Que la acción y el fin del agente sea bueno; – Que el efecto inmediato a la acción no obstante no sea bueno, exista una causa proporcionalmente grave.

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.

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.

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.

De los deberes de las enfermeras con su profesión

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.

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.

Decálogo del código de ética para las enfermeras y enfermeros de México

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 profesionales.

Capítulo II: La Participación De La Enfermera En El Control Prenatal

Capítulo II: La Participación De La Enfermera En El Control Prenatal

En el presente capítulo contiene la definición de control prenatal diagnóstico de edad gestacional, educación materna, historia clínica gineco-obstétrica, definición de trabajo de parto y sus etapas, la inducción del parto, la enfermera ante el trabajo de parto, la mujer durante el trabajo de parto, la psico profilaxis y su importancia y los cambios psicológicos en la mujer embarazada:

2.1 Definición de control prenatal

De acuerdo con el autor Dr. Ricardo Gómez Betancourt en “Educación para la Salud” una investigación realizada para la Universidad Nacional Autónoma de México.

“Control prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal. Mediante el control prenatal, podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo. De esa forma, se podrá controlar el momento de mayor morbimortalidad en la vida del ser humano, como es el período perinatal y la principal causa de muerte de la mujer joven como es la mortalidad materna”

El control prenatal es un conjunto de acciones que la madre tiene que llevar a cabo durante la etapa del embarazo y consiste en revisiones periódicas por parte del equipo médico, para lograr la estabilidad del binomio madre e hijo y llegar a tener un parto exitoso con un producto o bebé sano, sin presentar daños ni secuelas, además evitar que se produzca la muerte del feto y se tenga un parto natural y eficaz.

Los objetivos del control prenatal son los siguientes:

- Identificar factores de riesgo.
- Diagnosticar la edad gestacional.
- Diagnosticar la condición fetal.
- Diagnosticar la condición materna.
- Educar a la madre.

Mediante el control prenatal, podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo. De esa forma, se podrá controlar el momento de mayor morbimortalidad en la vida del ser humano, como es el período perinatal y la principal causa de muerte de la mujer joven como es la mortalidad materna.

El control prenatal debe ser eficaz y eficiente. Esto significa que la cobertura deber ser máxima (sobre el 90% de la población obstétrica) y que el equipo de salud entienda la importancia de su labor.

El equipamiento básico consiste en un lugar físico con iluminación y climatización adecuada, camilla o mesa ginecológica, esfigmomanómetro, balanza con cartabón, estetoscopio de Pinard, guantes de examen ginecológico, espéculos vaginales, sistema de registro clínico (carné prenatal) y equipo humano de salud.

2.1.1 Diagnóstico de Edad Gestacional

Los elementos clínicos que se utilizan para el cálculo de la edad gestacional, son el tiempo de amenorrea a partir del primer día de la última menstruación y el tamaño uterino. Para que estos elementos tengan importancia en su utilidad práctica, el control prenatal debe ser precoz, para evitar el olvido de información por parte de la embarazada, y porque la relación volumen uterino/edad gestacional es adecuada, siempre que el examen obstétrico se efectúe antes del quinto mes.

En niveles de atención prenatal de baja complejidad y con embarazadas de bajo riesgo, los elementos clínicos enunciados pueden ser suficientes para fijar la edad gestacional y proceder en consecuencia. Idealmente, si se cuenta con el

recurso ultrasonográfico, se debe practicar ese procedimiento para certificar la edad gestacional.

Es necesario enfatizar que el diagnóstico de edad gestacional debe ser establecido a más tardar al segundo control prenatal, debido a que todas las acciones posteriores se realizan en relación a dicho diagnóstico. El desconocimiento de la edad gestacional constituye por sí mismo un factor de riesgo. La magnitud del riesgo estará dada por la prevalencia de partos prematuros, embarazos prolongados y retardo del crecimiento intrauterino en la población obstétrica bajo control.

2.1.2 Diagnóstico de la Condición Fetal

Los elementos clínicos que permiten evaluar la condición fetal son:

- latidos cardíacos fetales.
- movimientos fetales.
- tamaño uterino.
- estimación clínica del peso fetal.
- estimación clínica del volumen de líquido amniótico.

Latidos Cardíacos Fetales. Los LCF son auscultables con estetoscopio de Pinard desde el quinto mes de embarazo (20 semanas). Con equipos portátiles de ultrasonido pueden ser identificados desde las 10 semanas. Su presencia es un signo de vida fetal, mientras que la aceleración de la frecuencia cardiaca con los estímulos externos, o con movimientos fetales espontáneos, es un signo de salud fetal. La frecuencia cardiaca fetal se considera como normal en el rango de 120 - 160 latidos por minuto; valores inferiores o superiores, se denominan bradicardia y taquicardia fetal, respectivamente, y son signos sospechosos de hipoxia fetal.

Movimientos fetales. La percepción materna de los movimientos fetales ocurre entre las 18 y 22 semanas. Su presencia es un signo de vida fetal, mientras que el aumento de la actividad fetal especialmente postprandial constituye un

signo de salud fetal. La disminución significativa de la actividad fetal es un signo sospechoso de hipoxia fetal

Tamaño uterino. Desde las 12 semanas de amenorrea el fondo uterino se localiza sobre la sínfisis pubiana y puede ser medido en su eje longitudinal, desde el borde superior de la sínfisis pubiana hasta el fondo uterino. Para esto se utiliza una cinta de medir flexible, graduada en centímetros, la cual se desliza entre el dedo medio y el índice del operador. La madre debe ubicarse en decúbito dorsal con las piernas semiflexionadas.

La medida obtenida debe ser localizada en una tabla de altura uterina/edad gestacional; de esa forma se obtiene indirectamente una estimación del tamaño fetal y su progresión en cada control prenatal.

Estimación clínica del peso fetal. Probablemente sea uno de los contenidos que tiene mayor dificultad en el control prenatal, ya que exige experiencia para su determinación.

Estimación clínica del volumen de líquido amniótico. Las alteraciones cuantitativas del volumen de líquido amniótico constituyen un factor de alto riesgo de morbilidad y mortalidad perinatal. El oligoamnios se puede sospechar cuando hay una altura uterina disminuida, con una palpación extremadamente fácil de las partes fetales. Este hallazgo debe ser siempre confirmado con ultrasonografía. El oligoamnios se asocia a rotura prematura de las membranas ovulares, retardo del crecimiento fetal, hipoxia fetal crónica y malformaciones congénitas como la agenesia renal.

El polihidroamnios se sospecha cuando hay una altura uterina aumentada con palpación dificultosa de las partes fetales. Debe ser siempre confirmado con un examen ultrasonográfico. Se asocia a patologías como embarazo gemelar, diabetes mellitus, hydrops fetal y malformaciones congénitas como la atresia esofágica y del sistema nervioso central.

2.1.3 Diagnostico De La Condición Materna

La evaluación de la condición materna se inicia con una Anamnesis personal y familiar, en busca de patologías médicas que puedan influir negativamente en la gestación. De igual forma se recopilarán antecedentes obstétricos previos, especialmente antecedentes de recién nacidos de bajo peso, macrosomía, mortalidad perinatal, malformaciones congénitas, etc.

Es importante obtener la información del nivel educacional materno, actividad laboral como trabajos con esfuerzo físico importante, contactos con tóxicos, radiaciones o material biológico, con fines de solicitar a su empleador una readecuación laboral o suspender su actividad.

Se practicará un examen físico general y segmentario con fines de diagnosticar patologías asintomáticas y derivar a especialistas. El examen físico incluye un examen ginecológico en el cual se hace una inspección perineal (descartar hemorroides, plicomas, parásitos externos anales y pubianos, vulvovaginitis, condilomas, etc.) y vulvovaginal (tomar Papanicolaou).

Posteriormente, en cada control prenatal, se hará la evaluación nutricional según índice peso/talla, control de presión arterial, albuminuria, hematocrito y examen físico según síntomas maternos.

2.1.4 Educación Materna

Según Ricardo Gómez Betancourt: El primer control prenatal es fundamental para instruir a la embarazada acerca de la importancia del control prenatal precoz y seriado. Se debe explicar de manera simple y adecuada al nivel de instrucción materno el futuro programa de control prenatal.

Constituyen puntos ineludibles los siguientes contenidos educativos:

- Signos y síntomas de alarma
- Nutrición materna
- Lactancia y cuidados del recién nacido
- Derechos legales
- Orientación sexual

- Planificación familiar
- Preparación para el parto

Signos y síntomas de alarma. La embarazada debe estar capacitada para reconocer y diferenciar las molestias que son propias de la gestación de aquellas que constituyen una emergencia obstétrica y, por lo tanto, concurrir oportunamente al Servicio Obstétrico donde atenderá su parto. De ahí que la embarazada debe conocer la ubicación geográfica exacta del centro asistencial, idealmente debe conocerlo antes de que se presente una emergencia o ingrese en trabajo de parto.

La embarazada debe estar capacitada para reconocer flujo genital hemático tanto en primera mitad (ectópico, enfermedad trofoblasto, aborto), como en segunda mitad del embarazo (placenta previa, desprendimiento placenta normo-insertada), y reconocer flujo genital blanco (rotura prematura de membrana, leucorrea, escape urinario).

Debe estar informada de su edad gestacional y fecha probable de parto. Este último punto genera angustia del grupo familiar y de la embarazada cuando se cumplen las 40 semanas y no se ha producido el parto. De ahí que se debe informar que el rango normal de desencadenamiento del parto es entre las 39 y 41 semanas.

Debe estar informada que los movimientos fetales serán reconocidas por ella alrededor del quinto mes y que su frecuencia e intensidad son un signo de salud fetal.

Debe estar capacitada para reconocer el inicio del trabajo de parto, con fines de evitar concurrencias innecesarias a la Maternidad, y, muy especialmente, la contractilidad uterina de pretérmino. Debe estar informada de concurrir al centro asistencial obstétrico en relación a patologías paralelas al embarazo como fiebre, diarrea, vómitos, dolor abdominal, etc.

Nutrición materna

Lactancia y cuidados neonatales. Simultáneamente, y muy especialmente a las primigestas, se enseñarán aspectos básicos de cuidado neonatal (lactancia, higiene, control niño sano, vacunas, etc).

Orientación sexual. Los contenidos de este objetivo deben ser dados a la pareja. En un embarazo fisiológico la actividad sexual no está contraindicada. Está especialmente contraindicada en metrorragias, o en riesgo potencial de metrorragia, como la placenta previa, y en amenaza de parto prematuro o presencia de factores de riesgo para parto prematuro.

Planificación familiar. Se deben introducir conceptos generales de planificación familiar, los cuales deben ser profundizados y consolidados en el primer control puerperal.

Preparación para el parto. La atención integral del control prenatal debe incluir un programa de preparación para el parto donde se informa a la paciente cuáles deben ser los motivos de ingreso a la maternidad, los períodos del parto, anestesia, ejercicios de relajación y pujo, y tipos de parto.

2.1.5 Exámenes De Laboratorio

Según Gómez, Ricardo (2015)educación para la salud

“Los exámenes de laboratorio que se solicitan en embarazadas de bajo riesgo son:

- *Grupo sanguíneo y Factor Rh*
- *Urocultivo*
- *VDRL*
- *HIV*
- *Hemoglobina y hematocrito*
- *Glicemia*
- *Albuminuria*
- *Papanicolaou*
- *Ecografía”*.Gómez, Ricardo (2015:7)

Grupo sanguíneo y Factor Rh. Idealmente, la tipificación del grupo sanguíneo y Factor Rh debe realizarse en el laboratorio (Banco de Sangre) de la institución donde se atenderá el parto, con fines de evitar repeticiones de verificación. La tipificación consiste en identificar el grupo del sistema ABO y Rh de la madre.

Si se detecta que la paciente es Rh negativo se manejará de acuerdo a normativa respectiva.

Si la madre es Rh positivo con coombs indirecto positivo, se procederá a identificar a qué sistema sanguíneo pertenece el anticuerpo detectado.

Urocultivo. En nuestra Unidad se efectúa urocultivo a todas las embarazadas debido a la alta prevalencia de bacteriuria asintomática (8,2%) en las madres en control. Alternativamente se puede realizar un examen de orina completa, el cual se debe efectuar con orina de segundo chorro, tomado por auxiliar de enfermería capacitada y con taponamiento de introito, con fines de evitar positivos falsos por contaminación de flujo vaginal. Si el examen es sugerente de infección urinaria se deberá solicitar un urocultivo.

V.D.R.L. Es la sigla (Venereal Disease Research Laboratory) de una prueba no treponémica, utilizada en la identificación de las pacientes que han tenido infección por Treponema pálido (lúes). Se debe solicitar al ingreso de control prenatal, y al inicio del tercer trimestre (28 semanas).

H.I.V. La detección de anticuerpos del virus de la inmunodeficiencia humana

(Elisa) Se solicita en el primer control prenatal a todas las embarazadas en control.

Hematocrito. La concentración de glóbulos rojos se modifica por la hemodilución fisiológica, por las reservas de hierro y el aporte exógeno de hierro (alimentación y suplementación medicamentosa). En embarazadas no anémicas se debe solicitar un hematocrito al ingreso, a las 28 y 36 semanas

Glicemia. Aproximadamente un 5% de las embarazadas cursa una alteración del metabolismo de la glucosa. El 90% de ellos corresponde a una intolerancia a la sobrecarga de glucosa que se corrige espontáneamente en el postparto.

Se estima que un 30% de las embarazadas diabéticas gestacionales no tienen factores de riesgo para diabetes, de ahí que se recomienda efectuar determinaciones de glicemia al inicio y si se considera pertinente en cada consulta del control prenatal.

Albuminuria. La detección de albúmina en muestra aislada de orina se debe efectuar al ingreso del control prenatal; si es negativa se efectuará en cada control prenatal desde las 28 semanas. La detección se efectúa con las técnicas establecidas en el laboratorio que pueden ser automatizadas o con la "coagulación" de la albúmina en la orina, cuando a la muestra se agregan 2 a 4 gotas de ácido sulfosalicílico al 20%. Si se detecta albúmina antes de las 28 semanas, con alta probabilidad se debe a una nefropatía y se deben solicitar los exámenes pertinentes para realizar el diagnóstico de certeza. Albúminas positivas en el tercer trimestre habitualmente corresponden a una preeclampsia.

Papanicolaou. El embarazo constituye un excelente momento para educar a la mujer en relación a la prevención del cáncer cérvico uterino. Este procedimiento debe realizarse en el primer control prenatal como parte habitual de la semiología obstétrica. El embarazo no constituye contraindicación, como tampoco la edad gestacional, para realizar el examen. Se debe omitir cuando hay riesgos de sangrado.

2.2 Historia Clínica Gineco-Obstétrica

Según Historia Clínica Obstétrica Alcázar (2017):

“la historia clínica es un documento que debe ser diligenciado por el médico, que reflejará toda la información que suministre al ingreso al Hospital y otras que se consideren importantes para la atención del parto, por ejemplo el resultado de los paraclínicos realizados durante el control prenatal.” Alcázar (2017:33)

Esta debe realizarse por interrogatorio directo o indirecto si la paciente no coopera debe realizarse en una hoja con un formato especial.

A) Interrogatorio: este consta de diversas etapas

1. Ficha De Interrogación

Este contendrá el nombre de la paciente completo y comprobado, la edad que tiene cumplida o fecha de nacimiento, la religión, domicilio actual, teléfono, estado civil, lugar de nacimiento, datos del conyugue, grado de escolaridad.

2. Antecedentes Gineco Obstétricos (AGO)

GAPAV: gestaciones, a término, pre término, aborto, vivas.

FUM: Fecha de Última Menstruación.

FPP: Fecha Probable de Parto.

FPP: Fecha de Primer Parto.

FUP: Fecha de Último Parto.

MENARCA: fecha primera menstruación.

RCS: Ritmo Catamenial de Soltera.

RCA: Ritmo Catamenial Actual.

AC: métodos anticonceptivos.

Papanicolaou: citología cervico vaginal, la frecuencia con que se realiza y los resultados del último.

También se analizan las características de los partos anteriores (si fue parto o cesarea, si hubo episiotomía, sangrado, hemorragia, duración). Características del producto (el peso, apgar, tiempo de lactancia, si hubo óbito). Tipo de anestesia., edad gestacional de la paciente, legrados anteriores, y en ocasiones el inicio de la vida sexual activa.

3. Antecedentes Familiares

- Diabetes mellitus.
- Hipertensión arterial sistémica.
- Cáncer (de qué, y quién).
- Cardiopatías.
- Neumopatías.
- Artropatías.
- Epilepsia.
- Enfermedades psiquiátricas.
- Enfermedades autoinmunes (lupus, vitíligo, esclerodermia).
- Discrasias sanguíneas.
- Daltonismo.
- Malformaciones congénitas.

4. Antecedentes Personales

- ∞ Cirugías (de qué, a qué edad y complicaciones).
- ∞ Traumáticos (caídas, golpes, fracturas, perdida del conocimiento, luxaciones, esguinces el tratamiento y la edad).
- ∞ Alérgicos (a qué, desde cuándo y los medicamentos que toma).
- ∞ Transfusionales (las reacciones, el motivo y cuándo fue).
- ∞ Grupo sanguíneo y Rh.
- ∞ Enfermedades infectocontagiosas pasadas.
- ∞ Toxicomanías (cantidad, frecuencia, desde cuándo, alcohol, tabaco o drogas).

∞ Daño en órganos del cuerpo.

5. Aparatos Y Sistemas

- Aparato digestivo: buena digestión, pirosis, regurgitaciones, tolerancia a colecistoquinéticos, tránsito intestinal, vómitos.
- Aparato respiratorio: disnea postural, cianosis, acrocianosis, entre otras.
- Aparato cardiovascular.
- Aparato urinario: nictámero, características de las micciones y de las heces, tenesmo vesical, si existe flujo vaginal, comezón, irritación, mal olor, aparición de alguna verruga, característica de las mamas (turgencia, secreción, crecimiento de la areola y pezón en el embarazo y una hiperpigmentación).
- Extremidades: si tienen buena motilidad, coloración, características de las uñas, parestesias.

6. Padecimiento Actual

Se pregunta el motivo de la consulta, control prenatal, signos y síntomas subjetivos del embarazo, náuseas, vómito, mareo, apetito caprichoso, polaquiuria, alteraciones en el carácter, comprensión, arranques de ira, somnolencia, astenia, sialorrea, estreñimiento.

Se deben preguntar los datos de alarma en el embarazo:

- ❖ Disminución de movimientos fetales
- ❖ Salida de líquido transvaginal
- ❖ Edema generalizado súbito
- ❖ Alteraciones neurológicas (convulsiones, acúfenos, fosfenos, tinnitus)
- ❖ Sangrado transvaginal.

B) Exploración Física

Debe realizarse en un área privada, protegiendo la integridad de la paciente, el área debe ser libre de corrientes de aire, con buena iluminación, y tener los instrumentos necesarios (estadiómetro, báscula, termómetro,

estetoscopio, baumanómetro, martillo de reflejos, estuche diagnóstico, martillo de reflejos, guantes, doppler, abate lenguas, lubricante, pulsoxímetro).

1._ Signos vitales: tensión arterial, frecuencia cardíaca, pulso, temperatura, peso, talla, frecuencia respiratoria, índice de masa corporal.

2._ Habitus exterior: estado de orientación, si es cooperadora o renuente, si hay coincidencia entre las tres edades (cronológica, aparente, la que dice). Su integridad física, su deambulación, coordinación, estado de hidratación, coloración de tegumentos, su estado emocional, estado de higiene.

3._Cabeza: forma, tamaño, características del pelo e implantación, tiña, pabellones auriculares y canal auditivo externo, tímpano y valorar audición. La simetría de los ojos, pupilas normo reflecticas e isocóricas, la coloración de la conjuntiva, implantación de las pestañas. En la nariz la implantación, fosas nasales y desviación del tabique. En la boca, la desviación al momento de hablar, huellas de alguna infección, coloración, hidratación, mucosa oral, paladar, dientes, encías, amígdalas, lengua, úvula, cuerdas vocales.

4._Cuello: simetría, coloración, pulsos, piel del cuello, motilidad, palpar la glándula tiroides, adenopatías, explorar las vértebras cervicales.

5._Torax: revisar a la paciente sin sostén pero protegiendo su individualidad simétrica coloración del pezón y areola, que no exista mamas supernumerarias, el trayecto venoso, secreciones, sensibilidad, puede haber algunos nódulos. Axila: se buscan ganglios anormales. Percusión del tórax con puño en búsqueda de dolor renal que indica infección renal. Auscultación, se escuchan los ruidos cardiacos, secundariamente se escucha la frecuencia cardíaca y los campos pulmonares.

6._Abdomen: coloración, alergias, lesión, estrías, línea morena del embarazo, abdomen globoso, realizar las maniobras de leopold en las cuales se escucha la frecuencia cardíaca fetal, mide la actividad uterina por las contracciones (frecuencia, intensidad y duración).percusión abdominal.

7._Genital: en posición de litotomía ventral. Vulva (características, tricotomía, pediculosis, estado de higiene, flujo, lesión, verrugas, VPH, bartholinitis, varices vulvares, paquete hemorroidal). Exploración armada: espejo vaginal, se visualiza la cavidad vaginal, el color, flujo vaginal, y el cérvix. Tacto vaginal, con guante, dedo índice y con lubricaina, se tocan las paredes vaginales y finalmente se toda el cérvix y el borramiento, si esta en trabajo de parto se toca la presentación del feto y el estado de las membranas.

8._Extremidades: extremidades integras, motilidad adecuada, coloración en la piel, lesiones en piel, coordinación motora, tipo de marcha, funcionamiento de las articulaciones, temperatura de la piel, reflejos osteotendinosos, si existe micosis, estado de aseo, las malformaciones y características de los anexos de la piel, la sensibilidad, cicatrices, zonas equimoticas o edema.

C) Impresión Diagnóstica

Es el estado en general de la paciente, verbigracia: paciente primigesta con embarazo de 36 semanas de gestación, por amenorrea y clínicamente, entra en trabajo de parto en fase activa y complicada por pre eclampsia leve.

D) Pronóstico

Se hace respecto a la función y a la vida para los dos , se refiere al binomio madre e hijo, ejemplo: pronostico bueno para la madre malo para el feto.

E) Plan De Manejo

Indicaciones y tratamiento

1._Medidas generales:

- ∞ Signos vitales.
- ∞ Via oral (dieta)
- ∞ Posición
- ∞ Vigilar actividad uterina.
- ∞ Frecuencia cardiaca fetal.

- ∞ Vendaje de miembros inferiores.
- ∞ Vigilar emulorios.
- ∞ Vigilar sangrado transvaginal.
- ∞ Terapia ventilatoria.
- ∞ Deambulaci3n
- ∞ Ba1o.

2._Medicamentos: soluciones (cristalodes, coloides, isot3nicas).

3._Estudios: (laboratorios y gabinete).

4._Interconsultas.

2.3 Trabajo de Parto

De acuerdo con la Universidad de Stanford (2017):

“El trabajo de parto es una serie de contracciones progresivas y continuas del 6tero que ayudan a que se abra (dilata) y afine (vuelva m1s delgado) el cuello del 6tero para permitirle al feto pasar por el canal de parto. El trabajo de parto generalmente comienza dos semanas antes o despu3s de la fecha estimada de parto. Sin embargo, nadie sabe exactamente qu3 da inicio al trabajo de parto.”
(Stanford, 2017)

Seg6n la Gu1a Pr1ctica Cl1nica (GPC), Prevenci3n y detecci3n temprana de alteraciones en el embarazo (2014):

“La definici3n de la duraci3n de los diferentes periodos y fases del trabajo de parto tiene por prop3sito la identificaci3n precoz de las alteraciones en la evoluci3n del mismo” (GPC, 2014)

Teniendo en cuenta estas dos definiciones se puede rescatar que, el trabajo de parto es la etapa final del embarazo que incluye una serie de procesos espec1ficos, para que el feto pueda salir finalmente del 6tero, para comenzar su

vida extrauterina, esta etapa se da en las semanas finales del embarazo y su duración depende de sus antecedentes gineco-obstetricos.

Las señales del trabajo de parto son diferentes en las mujeres, ya que cada una experimenta el trabajo de parto de una manera distinta. Entre algunas de las señales de trabajo de parto se incluyen las siguientes:

Pérdida del tapón mucoso. Es posible que de la vagina se expulse una pequeña cantidad de mucosidad, mezclada con sangre. Esto indica que la mujer está en trabajo de parto.

Contracciones. Las contracciones (espasmos musculares uterinos) que se presentan en intervalos inferiores a diez minutos son una indicación de que comenzó el trabajo de parto. Las contracciones pueden volverse más frecuentes e intensas a medida que progresa el trabajo de parto.

Ruptura del saco amniótico (bolsa de agua). El trabajo de parto comienza generalmente cuando sale el fluido amniótico de la vagina. La mayoría de las mujeres comienzan el trabajo de parto dentro de varias horas después de romper el saco amniótico. Si el trabajo de parto no comienza después de 24 horas, se debe hospitalizar a la mujer para inducirle el trabajo de parto. Esto se realiza para evitar infecciones y complicaciones en el parto.

2.3.1 Etapas del Trabajo de Parto

Cada trabajo de parto es diferente. Sin embargo, generalmente el trabajo de parto está dividido en tres etapas:

Primera etapa. Este es el inicio del trabajo de parto para completar la dilatación y está dividido en:

La fase latente, cuando las contracciones se hacen más frecuentes (generalmente cada 5 a 20 minutos) y más fuertes. Las mujeres pueden tener contracciones muy fuertes y dolorosas durante la etapa latente. El cuello del útero

se dilata (se abre aproximadamente tres o cuatro centímetros) y se adelgaza (vuelve más delgado). Es posible que algunas mujeres no reconozcan que están en trabajo de parto, si las contracciones son suaves e irregulares.

La fase latente es la más larga y menos intensa de todas las fases del trabajo de parto. Se realizan exámenes pélvicos para determinar la dilatación del cuello del útero.

La fase activa está marcada por la dilatación del cuello del útero de 4 a 6 centímetros. Las contracciones se vuelven más largas e intensas, y más frecuentes (generalmente cada 3 a 4 minutos).

La tercera fase se llama transición y es la última fase. Durante la transición, el cuello del útero se dilata de 3 a 5 centímetros más hasta que se dilata completamente a un total de 10 centímetros. Por lo general, las contracciones son muy fuertes y duran entre 60 y 90 segundos y se presentan cada pocos minutos. La mayoría de las mujeres sienten la necesidad de pujar durante esta fase.

En la mayoría de los casos, las fases activa y de transición son más cortas que la fase latente.

Segunda etapa. La segunda etapa del trabajo de parto comienza cuando el cuello del útero se abre completamente y finaliza cuando nace el bebé, y es conocida generalmente como la etapa de "pujar". Durante ésta etapa la mujer se involucra más activamente en pujar al bebé por el canal de parto para que salga al mundo. Se denomina "coronamiento" cuando se visualiza la cabeza del bebé en el orificio de la vagina. La segunda etapa es más corta que la primera y puede llevar entre 30 minutos a tres horas en un embarazo de una mujer primeriza.

Tercera etapa. Después de que nace el bebé, la mamá ingresa a la tercera y última etapa del trabajo de parto, la eliminación de la placenta (el órgano que alimentó al bebé dentro del útero). Esta etapa generalmente dura desde algunos minutos a media hora. Esta etapa incluye la expulsión de la placenta fuera del útero y a través de la vagina.

2.4 Inducción del parto

En algunos casos, el trabajo de parto debe "inducirse", un proceso de estimulación para que se inicie el trabajo de parto. Hay diversas razones para realizar una inducción. La inducción del trabajo de parto no se realiza antes de las 39 semanas de embarazo, a menos que haya un problema. Entre las razones de inducción más comunes se incluyen las siguientes:

- ❖ Óbito fetal
- ❖ La madre y/o feto están en riesgo.
- ❖ Se ha sobrepasado la fecha estipulada de parto.
- ❖ La madre tiene preeclampsia, eclampsia o presión alta crónica.
- ❖ Diagnóstico de escaso crecimiento del feto. Entre otras.

Entre las técnicas de inducción más comunes se incluyen las siguientes:

- Insertar supositorios vaginales que contengan prostanglandina para estimular las contracciones.
- Administrar una infusión intravenosa de oxitocina (una hormona producida por la glándula pituitaria que estimula las contracciones) o droga similar.
- Romper de forma artificial el saco amniótico (bolsa de aguas).

2.5 La Enfermera Ante el Trabajo de Parto

Cuando una mujer llega al hospital con trabajo de parto es posible que el personal de enfermería realice exámenes físicos en el abdomen para determinar el tamaño y posición del feto, y un examen del cuello del útero. Además, el personal de enfermería puede controlar lo siguiente:

- Presión sanguínea
- Peso
- Temperatura
- Frecuencia e intensidad de las contracciones
- Frecuencia cardíaca del feto

- Muestras de sangre y orina

Durante el trabajo de parto generalmente se administran fluidos intravenosos. El tubo intravenoso, un tubo plástico delgado que se inserta en una vena (generalmente en el antebrazo de la mujer), también puede usarse para administrar medicamentos. Generalmente, los fluidos intravenosos se administran una vez que comienza el trabajo de parto activo, y también son necesarios cuando una mujer recibe anestesia epidural.

También se monitorea cuidadosamente el feto durante el trabajo de parto. Probablemente se coloque un monitor encima del abdomen de la madre para realizar un seguimiento de la frecuencia cardíaca del feto.

2.5.1 La Enfermera y el Manejo del Dolor

La enfermera ayuda a aplicar técnicas especiales que las ayudan a sentirse más cómodas y en control de la situación durante el trabajo de parto y el nacimiento. Entre algunas de estas técnicas se incluyen las siguientes:

Relajación. Estas técnicas, como la relajación progresiva (en la que varios grupos de músculos se relajan en serie), pueden ayudar a una mujer a detectar la tensión y poder liberarla de una mejor forma.

Contacto. Esto puede incluir masajes o caricias suaves para liberar la tensión. Una ducha o un baño con hidromasajes durante el trabajo de parto puede ser una forma eficaz de aliviar el dolor o tensión.

Terapia de calor o frío. Esto se usa para ayudar a relajar las áreas tensas o adoloridas, por ejemplo con una toalla caliente o una compresa fría.

Visualización. Estas técnicas usan la mente para formar imágenes mentales que ayuden a crear sentimientos relajados.

Meditación o pensamiento enfocado. La meditación se enfoca en un objeto o tarea, por ejemplo respirar ayuda a que la mente no sienta los malestares.

Respiración. Estas técnicas usan diferentes patrones y tipos de respiración para ayudar a que la mente no sienta los malestares.

Posicionamiento y movimiento. Muchas mujeres sienten que cambiar de posición y moverse durante el trabajo de parto ayuda a aliviar el malestar e incluso puede acelerar el trabajo de parto. Mecerse en una silla mecedora, sentarse en posición "de sastre", sentarse en una gran pelota de goma, caminar y moverse pueden ayudar a aliviar los malestares. El enfermero que la atiende durante el trabajo de parto, el médico o la partera pueden ayudarla a hallar las posiciones más cómodas y que también sean seguras para usted y el bebé.

Analgésicos. Estos son medicamentos para aliviar dolores, por ejemplo la meperidina. Por lo general, una dosis pequeña es segura durante el trabajo de parto y se usa con algunas complicaciones. Sin embargo, si se administran en dosis altas o repetidas, los analgésicos pueden causar depresión respiratoria (el centro respiratorio del cerebro se hace más lento) en la madre y el bebé.

2.6 Psicoprofilaxis Obstétrica

De acuerdo con la Universidad Católica Los Ángeles Chimbote (2012):

“Psicoprofilaxis Obstétrica, de acorde al nuevo Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) que tiene como centro a la persona en todas sus dimensiones: biológicas, físicas, social, espirituales y psicologías y hoy la Psicoprofilaxis obstétrica es el conjunto de actividades, métodos y técnicas ligadas a brindar atención integral a la mujer durante todo el proceso del embarazo, parto y puerperio, con participación del padre y la familia.” Universidad Católica Los Ángeles Chimbote (2012:7)

La psicoprofilaxis Obstétrica, se considera mucho más que una simple prevención psíquica de los dolores del parto, como fue al inicio. Con

el tiempo se ha ido transformando en una profilaxis global para evitar los factores de riesgo del embarazo, el parto y puerperio; así como evitar riesgos en el feto y recién nacido.

Profilaxis: Deriva de la palabra “prevención” que viene:

- Latín: “praevenire”, que quiere decir “adelantarse”
- Griego: “prophylátto”, que significa “yo tomo precauciones”.

Por lo que Psicoprofilaxis se entiende como: “prevenir o adelantar a la mente lo que va a ocurrir”. Los primeros métodos de psicoprofilaxis, apuntaron a mitigar el dolor, sin tener en cuenta que a la mujer le ocurren muchas otras cosas durante el embarazo y el parto, desde modificaciones en el cuerpo, hasta modificaciones en su psiquismo, que son totalmente normales, pero que despiertan nuevas sensaciones y emociones que hay que saber entender.

La embarazada con una terapia psico profiláctica facilita el trabajo de parto para todo el equipo de salud ya que se encuentra preparada y cooperadora para el evento posterior, se encuentra relajada y dispuesta a afrontar el dolor.

2.7 Cambios Psicológicos en la Mujer Embarazada

El embarazo plantea, en la consciencia de la mujer, realidades que percibe de diferentes maneras. Esto es, la mujer es “consciente” del embarazo, y aunque parezca una simpleza, este hecho desencadena las siguientes reacciones:

La aparición de un nuevo ser, donde interviene la adaptación psíquica a la nueva situación, los tipos de personalidad y los trastornos emocionales.

Importantes modificaciones biológicas que alteran su cuerpo funcional y estéticamente, donde intervienen los inevitables cambios hormonales y físicos.

Un cambio en su papel social, que incluye las posibles carencias materiales tanto de espacio como económicas, la presión del entorno familiar y el papel del marido o pareja en la etapa más infantil del bebé.

CAMBIOS PSICOLÓGICOS EN EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO

Este período se caracteriza por la presencia de estrés y labilidad o inestabilidad emocional. Si el embarazo ha sido deseado, experimentarás una gran euforia y alegría.

Empiezas a ser consciente de los cambios de tu cuerpo y quizá los vómitos o náuseas te causan estrés.

Percibes que deseas dormir más de lo habitual (hipersomnio), que no son suficientes las horas que antes destinabas a tal fin. La necesidad de dormir corresponde técnicamente a una regresión (identificación con el feto) y es causada por los cambios hormonales y la sensación de incógnita. Como tu inconsciente no puede definir la causa de estos cambios, la solución es el intento de apartar los estímulos por la vía de reposo.

CAMBIOS EMOCIONALES EN EL SEGUNDO TRIMESTRE DE EMBARAZO

Está caracterizado por la estabilidad y la adaptación. Solo te preocupa si el niño estará bien o no, si será normal y algunas mujeres sueñan con su hijo ya nacido.

Se produce, en general, la búsqueda de figuras protectoras, que suelen descubrirse en la madre o en la pareja, ya que necesitas sentirte amparada.

Los antojos, a veces, son expresión de una necesidad de tener pendientes a cuantos te rodean. Comunícate con tu pareja, es un buen momento para transmitirle tus inquietudes.

CAMBIOS PSICOLÓGICOS EN EL TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO

Se caracteriza por la sobrecarga. Las contracciones uterinas que se empiezan a notar constituyen una sensación que asusta o desconcierta.

La ansiedad se presenta de nuevo por el temor a tener un hijo deforme o con problemas, miedo a morir en el parto o angustia por verte excesivamente abultada. El sentimiento de fealdad es la base de muchas depresiones y el surgimiento de problemas en la pareja.

Además, en la recta final del embarazo, aparecen síntomas como dificultad para conciliar el sueño, orinar con frecuencia, dolor de espalda, agotamiento, etc., lo cual no beneficia para nada el bienestar emocional de la futura mamá.

También es frecuente en esta etapa el llamado síndrome del nido, con el cual se siente la necesidad de realizar muchos cambios en el hogar y de dejarlo todo completamente limpio y preparado para la llegada del mismo.

El parto es un fenómeno natural fisiológico, debes afrontarlo con la mayor tranquilidad posible, la ansiedad puede ser controlada y atenuada con una buena preparación y con el apoyo que te darán los profesionales. Debes concentrarte en el esfuerzo físico que realizarás atendiendo a las indicaciones que ellos te vayan haciendo.

PUERPERIO

Los primeros dos o tres días tras el parto están caracterizados por la pasividad y la dependencia. Estás ansiosa por tomar decisiones, influida por todo tipo de sugerencias, estás preocupada por tus necesidades y, principalmente, por las del bebé.

La depresión postparto es padecida por un elevado porcentaje de mujeres que acaban de dar a luz. La causa física que la produce es la disminución del nivel de estrógenos y progesterona. Psicológicamente, se explica como el desajuste producido entre las fantasías que se había mantenido durante la gestación y la realidad.

Capítulo III: La Enfermera Ante La Muerte Fetal Intrauterina Y El Apoyo Psicológico

Capítulo III: La Enfermera Ante La Muerte Fetal Intrauterina Y El Apoyo Psicológico

En el presente capítulo contendrá los antecedentes de la muerte fetal intrauterina, la definición de muerte fetal intrauterina u óbito, aborto, de embarazo, los principales factores de riesgo para presentar óbito, las causas de la misma y la participación de la enfermera como pilar ante el óbito, desde la notificación de la noticia, apoyo ante el duelo, que hacer y qué no hacer en estos casos, hasta el egreso de la paciente de la unidad hospitalaria:

3.1 Antecedentes de Muerte Fetal Intrauterina

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), dice:

“El síndrome de muerte fetal constituye un tercio de toda la mortalidad infantil y más del 50% de todas las muertes perinatales en los países desarrollados.(Molina,2010) su frecuencia varia siendo en 1% de todos los embarazos”. (Gómez, 2007)

“A pesar de la disminución significativa de los óbitos en las últimas décadas, sigue siendo un problema serio de salud pública, no solo por ser una condición prevalente, sino por un subregistro y ausencia de reportes confiables”. (Molina, 2010)

De acuerdo a la OMS se rescata de los antecedentes que los casos de óbito en México han disminuido periódicamente a lo largo de los años, sin embargo, se presenta una carencia de recolección de datos e información a nivel nacional, la cual debe responder a los cambios en los perfiles demográfico y epidemiológico del país y a las transformaciones de instituciones de atención a la salud la cual incorpora una nueva metodología, tecnología e indicadores, se debe tener un sistema único e integrador que administre los datos, la información y los

conocimientos que sirvan de apoyo para conformar un sistema de salud universal y equitativo de alta calidad ya que muchos casos no son registrados en políticas sanitarias a nivel mundial.

“El porcentaje de muertes fetales inexplicadas oscila entre un 21% a 50% entendiéndose por esta la muerte que ocurre en fetos con edad gestacional 22 semanas o peso a 500g, en la cual ni la autopsia, ni el examen histológico del cordón umbilical, placenta ni membrana logran identificar la causa”. (Sepúlveda, 2004)

Aun con los registros nacionales por parte de las instituciones gubernamentales de salud no se cuenta con resultados congruentes sobre la causa de muerte de un gran porcentaje de los casos de óbito, por lo cual es necesario realizar investigaciones exhaustivas, en estos casos y con ello lograr reducir el número de muertes fetales.

3.2 Definición de óbito

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS)(NOM.40-SSA2-2004,LANCET,2011)

“Control prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal, independientemente de la edad de la duración de embarazo. Según la edad gestacional debe ser a partir de 22 semanas de gestación o un peso al momento del nacimiento mayor a 500 gramos”. (NOM.40-SSA2-2004, LANCET 2011: 9)

Se entiende que es la muerte del feto anterior al nacimiento sin importar el tiempo que lleva de embarazo la paciente aunque posteriormente proporciona una regla donde el feto tiene que cumplir con ciertas características para considerarse Muerte Fetal Intrauterina, ésta debe presentarse posterior a las 22 semanas de embarazo o en su defecto el feto tiene que tener un peso mínimo de 500 gramos. (OMS,LANCET,2011:1)

De acuerdo con American Pregnancy Association (APA) 2015:

“La muerte fetal se define como la muerte intrauterina y el parte subsiguiente de un bebe en desarrollo que ocurre después de 20 semanas completas de gestación”.(2015)

Comparando estas dos definiciones de muerte fetal intrauterina se pueden localizar diferencias como la edad gestacional para considerarse óbito de acuerdo con la (APA) es de 20 semanas de gestación, dos semanas menos que lo que considera la OMS. Debido a esto es necesario realizar comparaciones con la definición de aborto ya que este también es una muerte fetal intrauterina con diferente edad gestacional o peso del producto.

La definición del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) para muerte in útero es:

“Muerte de un producto de la concepción, antes de su expulsión o extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo; la muerte está indicada por el hecho de que después de la separación, el feto no respira ni da ninguna otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria”.(2014:1)

3.3 Definición de aborto

Según la definición del Consejo de Salubridad General. (2008)

“El Aborto es la terminación espontanea o provocada de la gestación antes de la vigésima semana contando desde el primer día de la última menstruación normal, o expulsión del producto de la gestación con un peso menor a 500 gramos.” (2008: 5)

Tanto el aborto como el óbito son Muertes Fetales Intrauterinas en la cual sólo depende de la edad gestacional para definir un caso u otro, cada problema se

identifica de manera diferente y en el aborto se menciona la característica de que puede ser provocado.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2003):

El aborto inseguro es un procedimiento para finalizar un embarazo no deseado que realizan personas que carecen del entrenamiento necesario o que se lleva a cabo en un ambiente donde se carece de un estándar médico mínimo, o ambos” (OMS, 2003)

Existen diversos tipos de aborto, el natural o espontaneo es aquel en que sucede de manera inesperada y para diferenciarlo del óbito es necesario tener en cuenta la edad gestacional o el peso del producto, sin embargo existen abortos provocados por diferentes sustancias, o diversos procedimientos para su realización, lo cual también influye para el estado de salud de la madre ya que si el procedimiento es realizado en condiciones asépticas o con métodos inadecuados pone en riesgo la vida de la usuaria ya que debe ser realizado por personal capacitado, de manera legal y en una institución de salud.

3.4 Definición de embarazo

Según la definición de la Secretaría de Salud NOM- 007-SSA2-2016.

“Se denomina embarazo, gestación o gravidez (del latín gravitas) al periodo que transcurre desde la implantación en el útero del ovulo fecundado al momento del parto”.(2016:13)

El consejo de salubridad general nos dice que:

“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 del embrión y feto. En el ser humano la duración media es de 269 días (cerca de 10 meses lunares o 9 meses calendario)”.

El embarazo es un estado fisiológico con un periodo de tiempo específico de 9 meses aproximadamente para su óptimo desarrollo, el cual inicia con la fecundación del óvulo con el espermatozoide, surge la implantación y finaliza con el nacimiento de un nuevo ser. Además no es un estado de salud normal ya que conlleva diversos cambios a la mujer las cuales pueden proporcionar patologías relacionadas con el embarazo parto y puerperio.

El hecho de que el embarazo se maneje como un proceso fisiológico no significa que no se pueda complicar y poner en riesgo la vida de la madre y del feto. El embarazo por si mismo es capaz de producir diversas patologías que pueden ser leves moderadas o graves y pueden llevar a la muerte de una parte del binomio madre e hijo.

3.5 Definición de factor de riesgo

La definición de factor de riesgo según Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas:

“Factor de riesgo es la característica o atributo biológico, ambiental o social que cuando está presente se asocia con un aumento de la posibilidad de sufrir daño a la madre, el feto o ambos”.

Se entiende por factor de riesgo cualquier práctica o condición física o biológica que ponga en peligro la estabilidad tanto de la madre como el feto, en el caso de muerte fetal intrauterina existen diversos factores de riesgo que pueden ser en distintas partes o condiciones como propios del feto, cordón umbilical, la placenta, útero, propios de la madre, algún traumatismo, por mencionar algunos. En cada uno de estos factores existen específicos los cuales pueden ocasionar la muerte del feto.

Un factor de riesgo puede ser de dos tipos, el primero; es el causal que es el factor que desencadena el proceso, por ejemplo, la placenta previa que puede conllevar a muerte fetal por anoxia, el segundo tipo es el predictivo en el cual las

características que integran el factor de riesgo tienen una conexión con el daño pero están asociadas a causas subyacentes, no totalmente identificadas, por ejemplo, una mujer que ha perdido un feto o recién nacido corre mayor riesgo de perder a su siguiente hijo.

Existe otra manera de clasificación de factores de riesgo basada en tres grandes categorías:

a) Microambiente: factores asociados al feto, placenta, cordón y líquido amniótico.

b) Macroambiente: Señala la situación económica y cultural de la embarazada (Aspectos socio-culturales y económicos)

- ❖ Estado civil soltera.
- ❖ Nivel educativo menor de 10 años.
- ❖ Nivel socioeconómico bajo

c) Matroambiente: Engloba todas las otras características de la madre, no incluidas en el macroambiente

- ∞ Edad > 35 años
- ∞ Sobrepeso
- ∞ BMI > 30 (incrementa riesgo de: diabetes gestacional e hipertensión)
- ∞ Tabaquismo
- ∞ Alteración de la función renal (hiperuricemia y proteinuria) en embarazadas con cifras tensionales elevadas.
- ∞ Falta de controles prenatales.
- ∞ Oligoamnios
- ∞ Malformaciones fetales.
- ∞ Valores séricos bajos de cobre.

El embarazo de alto riesgo puede poner en riesgo la vida del feto, existen diversos factores que indiquen la presentación de dicha circunstancia como:

- La edad: menor de 19 años y mayor de 35 años.
- Paridad: presencia de un aborto o más previo a la actual gesta, el número de embarazo, el número de gestas anteriores, el número de cesáreas, numero de óbitos.
- Enfermedades: infecciones, enfermedades crónicas como diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad renal, discrasias sanguíneas, enfermedades inmunosupresoras como lupus, artritis reumatoide, epilepsias, obesidad, enfermedades psiquiátricas.
- Embarazo actual: menor a 36 semanas de gestación, mayor a 40 semanas de gestación, mala presentación del feto, embarazo múltiple, amenaza de aborto, hemorragia trans-vaginal.

3.6 Definición de etiología

Según el autor José Hurtado de Mendoza Amat (2014)

“La etiología (estudio de las causas de las enfermedades) como se vio es una rama de la Patología y una de las bases de la división referida de la Anatomía Patológica para su estudio. Las enfermedades pueden ser causadas por:

– Alteraciones que se producen en la estructura genética del sujeto transmitidas por sus predecesores, es decir, que implican un cambio de estructura del genoma (trastornos genéticos).

– Agentes físicos, químicos o biológicos:

- *Físicos: temperatura (calor, frío), presión atmosférica, radiaciones, mecánicos, otros.*

- *Químicos: ácidos, álcalis, toxinas, medicamentos, etc.*

- *Biológicos: bacterias, virus, rickettsias, clamidias, hongos, protozoarios, helmintos”. (Hurtado, 2014:9)*

Todos estos agentes al lesionar al organismo pueden dar lugar a la respuesta inflamatoria-reparativa (trastornos inflamatorios). También los agentes biológicos y en ocasiones proteínas tisulares, ya sean ajenas o propias del organismo, emperan dar lugar a una respuesta inflamatoria específica:

La respuesta inmune (trastornos inmunológicos).

Alteraciones del metabolismo celular (trastornos metabólicos).

Alteraciones de los líquidos, la red y el riego circulatorio del organismo o una asociación de estas (trastornos circulatorios).

Alteraciones del crecimiento celular que pueden ocurrir antes del nacimiento o después de él (trastornos del crecimiento).

Alteraciones funcionales que pueden tener una causa orgánica conocida (ejemplo, la insuficiencia renal consecutiva a una glomerulonefritis crónica) o desconocida (ejemplo, enfermedades psicógenas).

Otros grupos de trastornos, como son las enfermedades:

- Seniles (geriátricas). Tienen la particularidad de ocurrir en edades avanzadas de la vida, pero sus causas son, fundamentalmente, metabólicas o de alguno de los grupos ya señalados.

- Ecológicas. Debidas a la contaminación ambiental (agente físico o químico generalmente) y como tal se pueden incluir casi siempre entre los trastornos inflamatorio o inmunológicos.

- Socioeconómicas. Condicionadas por factores socioeconómicos, tienen características particulares en los medios subdesarrollados (enfermedades infecciosas, carenciales) y desarrollados (obesidad, drogadicción).

- Iatrogénicas. Causadas por acción médica o paramédica ya sea medicamentosa, quirúrgica o verbal, por defecto o por exceso, por incapacidad o por negligencia; o cualquier otro hecho relacionado con el tratamiento del

paciente. De acuerdo con la enfermedad en particular, pueden ser incluidas en alguno de los grupos estudiados.

- Por último, muchas enfermedades tienen factores causales múltiples (multifactoriales) y otras se desconocen sus causas. Estas últimas son las llamadas idiopáticas o criptogénicas.

3.7 Causas de muerte fetal intrauterina

1. Causas maternas:

a) Locales: fibromiomas uterinos, anomalías uterinas, hipertoniá uterina. Todas estas causas pueden provocar disminución del flujo útero placentario e hipoxia fetal.

b) Sistémicas:

- Infecciones crónicas como sífilis, tuberculosis, paludismo, toxoplasmosis, brucelosis, listeriosis y citomegalovirus. Infecciones agudas como hepatitis, fiebre tifoidea y procesos pulmonares.

- Enfermedades del metabolismo (tiroides y diabetes).

- Las mujeres con diabetes pregestacional (tipo uno y tipo dos) tienen riesgo creciente de muerte fetal durante el segundo y tercer trimestre y alto riesgo de presentar anomalías fetales, comparadas con las mujeres sin diabetes (mayor riesgo de hasta 2.5 veces). De éstas, la diabetes tipo uno se asocia con un riesgo incrementado de entre tres y cinco veces de muerte intrauterina; las causas habitualmente reconocidas de muerte incluyen las malformaciones fetales, las aneuploidias, la malformación e insuficiencia placentaria, la infección sistémica y la enfermedad vascular materna.

- Enfermedad hipertensiva durante el embarazo. Ocupa un papel importante en este evento obstétrico, teniendo como base de etiopatogenia la reducción o supresión de la perfusión sanguínea útero placentaria.

- Incompatibilidad sanguínea (ABO y Rh), cardiopatías, nefropatías, anemias e ingestión de drogas teratogénicas como cocaína, marihuana, alcohol y tabaco.

- Obesidad. Los mecanismos subyacentes de la acción son desconocidos; sin embargo, se ha asociado con un riesgo de hasta el doble de presentar muerte fetal y la asociación de ésta con la edad materna avanzada, se considera un importante factor de riesgo para esta entidad.

- Otras causas aún más raras son los traumatismos externos y accidentes del trabajo de parto y parto

2. Causas relacionadas con el producto de la concepción:

a)Ovulares: enfermedades genéticas o aberraciones cromosómicas, anomalías genéticas de la placenta, causas placentarias como abrupcio placentae, insuficiencia placentaria, placenta pequeña, placenta previa e infartos placentarios, causas funiculares como circulares, nudos, torsiones y roturas.

b) Fetales: Embarazo múltiple, postérmino o postmadurez, oligoamnios y retraso en el crecimiento intrauterino.

3. Factores socioeconómicos: educación, nivel socioeconómico, ingresos y facilidad de acudir al servicio médico para control prenatal, ocupación y estado civil.

La incidencia de estas causas es:

- Primer lugar las causas fetales 25%- 40%
- Segundo lugar placentarias 25%- 35%
- Maternas con 5% -10%

3.8 La Muerte de un Hijo

De acuerdo a la autora Jessica Goffi (2017):

“Así como la propia muerte resulta inconcebible y es pospuesta hasta un futuro indefinido, tanto más se refuerza en el caso de la muerte de un hijo. A pesar de lo dicho por Freud: “on meurt a tout âge” (se muere a cualquier edad), la muerte de un hijo produce una abrupta ruptura de la idea de la “inmortalidad del yo” y de la “continuidad generacional”. Se desgarran la vida porque se coló definitivamente la muerte. No se puede aceptar haber sido padre como algo efímero; es decir, asumir la destitución de ser padre de ese hijo. En estas circunstancias cae violentamente el proyecto de investidura de futuro, a través de la continuidad generacional que un hijo implica para sus padres.” (Jessica Goffi 2017:3)

La muerte de un hijo es un acontecimiento inigualable ya que un ciclo de vida normal las personas mueren por la edad avanzada, y lo común es que los hijos sufran el duelo por la pérdida de los padres y no inversamente, lo más importante para una madre son sus hijos y esa pérdida es algo que no se puede relacionar con nada más, ya que es parte de ellos se muere “una parte ellos, una parte de su historia, se marca un antes y un después”, esta pérdida puede cambiar drásticamente a la madre dejándole daños o secuelas graves, por la vinculación que se logró entre el binomio madre e hijo.

Ch. Bollas, en su libro *La sombra del objeto* 2009

“definió como objeto transformacional aquel que en el vínculo con un sujeto produce una modificación de su estado afectivo. Los hijos producen un cambio profundo en el psiquismo de sus padres, activando sus funciones parentales; la pérdida deja un vacío enorme en ellos. De allí la añoranza de un estado afectivo que existía gracias a la presencia del hijo: recuerdos, palabras, modos de ser con él, goces comunes, etc. Las fiestas y los aniversarios implican

presencias y ausencias: hijos que están e hijos que ya no están. En este sentido, un paciente se refería al “no cumpleaños”. (Ch. Bollas, 2009).

SENTIMIENTO DE CULPA

Los sentimientos de culpa es la sensación de haber fallado a los hijos, haberlos desamparado, haber fracasado como padres. Haber sobrevivido a un hijo es sentido, a veces, como falta de amor parental; dejar de penar, es sentido como falta de lealtad, traición o abandono al hijo muerto. La fidelidad al hijo actúa como un mandato superyoico que obliga a mantener el contacto con él, a no dejar de extrañarlo, sin posibilidad de desligarse del objeto perdido. Por ello, a veces el paciente se resiste consciente o inconscientemente a cualquier intento terapéutico de disminuir su dolor y tristeza, ya que cree que son testimonio del amor y la bondad parentales.

3.9 La Notificación de la noticia a la madre

La enfermera tiene un papel importante en el manejo de la mujer embarazada y también tiene que participar en la valoración de la paciente para detectar muerte fetal intrauterina sin embargo cuando este dato es confirmado por la enfermera, ésta debe informar al médico especialista para que el sea el encargado de dar la noticia a los familiares y a la paciente en gesta en un ambiente privado, el diagnóstico tiene que ser comprobado por el médico y posteriormente informar, además se debe decir a la madre y al padre los procedimientos que habrán de realizarse y también informarle cual fue la causa de la muerte del producto.

Es importante después de dar la noticia dejarles un momento a solas y tengan tiempo de asimilar la información, y que ambos se encuentren sentados ya que se pueden presentar desmayos o crisis y el equipo médico debe estar prevenido para cualquier evento adverso, el lenguaje utilizado para brindar la información debe ser claro para que los padres puedan comprenderlo. Se tiene

que proporcionar los medios que necesite para los trámites burocráticos posteriores, tiene que quedar claro que todas las dudas deben ser resueltas para ayudar a los padres a disolver la información y de ser posible la enfermera tiene que brindar su apoyo psicológico a ambos progenitores.

3.10 El duelo

Según la Asociación Mexicana de Tanatología

“Duelo: Reacción de pérdida de un ser amado o una abstracción equivalente. El término “duelo” viene del latín dolus (dolor) y es la respuesta emotiva natural a la pérdida de alguien o de algo. Se manifiesta en el proceso de reacciones personales que siguen a una separación o a cualquier tipo de pérdida.”

El duelo es la matriz que reúne la respuesta a las separaciones de ambientes, bienes materiales, roles sociales, valores afectivos, lazos afectivos, la salud y la separación de las personas queridas”. La elaboración del duelo de una pérdida es un proceso largo, lento y doloroso cuya magnitud dependerá en gran parte de la dimensión de lo perdido y de las características peculiares de cada persona y tiende a la adaptación y armonización de nuestra situación interna y externa frente a una nueva realidad.

Elaborar el duelo significa ponerse en contacto con el vacío que ha dejado la pérdida de lo que no está, valorar su importancia y experimentar el sufrimiento y la frustración que comporta su ausencia y se termina cuando ya somos capaces de recordar lo perdido sintiendo poco o ningún dolor, cuando hemos aprendido a vivir sin lo que ya no está, cuando hemos dejado de vivir en el pasado y podemos invertir de nuevo toda nuestra energía en nuestro presente y en lo que tenemos a nuestro alrededor.

3.10.1 Las Etapas del Duelo

Para poder sobreponerse a la pérdida es necesario vivir las etapas del duelo.

1. Negación de la realidad. Se niega el hecho de la muerte, negar la posibilidad de no tener nunca más la posibilidad de estar con el ser querido, que en algún momento se pueda recuperar de esta pérdida. Existe tristeza y ansiedad.

2. Se experimenta ira, enojo, culpa y frustración. La ansiedad desborda. Se culpan por no haber sabido cuidar bien al ser querido y en algunos casos se enojan por no haber dado tiempo a demostrarle que lo querían. También puede haber enojo contra los médicos por creer que no supieron salvarle la vida o aún más contra la propia persona fallecida por abandonarnos e incluso contra Dios por permitir sentir tanto sufrimiento.

3. Se llega a un compromiso. Un auto compromiso y con el mundo. Se comienza a tener de nuevo relación con la realidad. El enojo, la frustración, la culpa y la ansiedad comienzan a disminuir.

4. Finalmente después de ir y venir en las etapas anteriores se acepta lo que ha ocurrido, que la persona fallecida ha dejado su cariño y que son parte de ella a través de todo lo que se ha sentido, vivido y amado con el cuándo estaba vivo.

3.10.2 El Manejo del Duelo

El duelo es un proceso que sigue a la pérdida de algo o de alguien. Muchas personas lo relacionan con la muerte de un ser querido, pero lo cierto es que el duelo es algo que todos experimentamos después de cualquier tipo de pérdida como puede ser la pérdida de un trabajo, un animalito, un hogar, la casa de toda la vida, expectativas que no se cumplieron, un sueño, una relación de pareja o amistad, un matrimonio, un hijo ya sea por muerte o dado en adopción, una función mental o algún miembro después de un accidente.

El manejo del duelo es aceptar la pérdida como una realidad, pero para algunas personas que llegaron a la aceptación puede motivar un movimiento mental y emocional hacia algo más, hacia un nuevo objetivo. Es desarrollar una nueva opción en donde se encuentre un significado que conecte con todas las capacidades y recursos que se poseen y que aunque pareciera que terminan, no se acaban. Es salir de la sensación de dolor, de temor, de incapacidad, de inseguridad, de pérdida junto con todos los temores y creencias limitantes que implica y, retomar, otra vez su vida. Se trata de generar nuevos objetivos resolviendo el duelo lo más pronto posible pasando por las diferentes etapas necesarias y viviendo cada una de ellas. Darse uno cuenta de que las pérdidas son inherentes de la vida pero ésta ni acaba ni se detiene. La pérdida es un reto para seguir creciendo, superarse, y desarrollarse como ser humano.

3.10.3 Pronóstico de Duelo Complicado

Muerte y Duelo. Pilar Barreto (2012)

“Cuando el duelo no se lleva a cabo en su curso “normal” y la persona necesita ayuda especializada se le llama duelo “anormal”, “complicado”, “traumático” o “patológico”. Muerte y Duelo. Pilar Barreto (2012:21)

Resulta complejo diferenciar entre duelo patológico o normal, pero se pueden tener en cuenta en la evaluación diversos factores tales como:

- la intensidad y duración de los sentimientos y conductas o la incapacidad de mostrar cualquier señal de que tenga que ver con el duelo.
- Las prácticas de luto culturalmente determinadas.
- cualquier otro factor que pueda hacer el duelo más duradero o más profundamente desafiante.
- la personalidad del doliente, especialmente en el estilo expresivo, es decir, si la persona muestra habitualmente sus emociones de modo dramático o si

más bien se contiene y las mantiene en privado o definitivamente no los muestra.

3.11 Cosas que se deben y que no se deben hacer cuando se ayuda a una persona que ha sufrido una pérdida

Cosas que no se deben hacer:

□ Obligar a la persona que ha sufrido la pérdida a asumir un papel, diciendo: “lo estás haciendo muy bien”. Se debe dejar que la persona tenga sentimientos perturbadores sin tener la sensación de que los está defraudando.

□ Decirle a la persona que ha sufrido la pérdida lo que “tiene” que hacer. En el mejor de los casos, esto refuerza la sensación de incapacidad de la persona y, en el peor, nuestro consejo puede ser contraproducente.

□ Decir “llámame si necesitas algo”. Este tipo de ofrecimientos indefinidos suele declinarse y la persona que ha sufrido la pérdida capta la idea de que el deseo implícito es que no se ponga en contacto con las personas.

□ Sugerir que el tiempo cura todas las heridas. Las heridas de pérdidas no se curan nunca por completo y el trabajo de duelo es más activo de lo que sugiere esta frase.

□ Hacer que sean otros quienes presten la ayuda. La presencia y preocupación personal es lo que marca la diferencia.

□ Decir: “sé cómo te sientes”. Cada persona experimenta su dolor de una manera única, por lo que lo mejor que se puede hacer es invitar al afectado a compartir sus sentimientos, en lugar de dar por supuesto que se conocen.

□ Utilizar frases manidas de consuelo, como: “hay otros peces en el mar” o “los caminos del Señor son insondables”. Esto solo convence a la persona de que no se está preocupando lo suficiente por entenderla.

□ Intentar que la persona se dé prisa en superar su dolor, animándola a ocupar su tiempo, a regalar las posesiones del difunto, etc. El trabajo de duelo requiere tiempo y paciencia y no puede hacerse en un plazo de tiempo fijo.

Cosas que se deben hacer.

□ Abrir las puertas de la comunicación. Si no sabe que decir, pregunte: “¿cómo está hoy?” o “He estado pensando en ti, ¿cómo te está yendo?”.

□ Escuchar un 80% del tiempo y hablar un 20%. Hay muy pocas personas que se toman el tiempo necesario para escuchar las preocupaciones más profundas de otro individuo.

□ Ofrecer ayudas concretas. y tomar la iniciativa de llamar a la persona. Si además se respeta la intimidad del superviviente, éste valorará la ayuda concreta con las tareas de la vida cotidiana.

□ Esperar “momentos difíciles” en el futuro, con intentos activos de afrontar sentimientos y decisiones difíciles durante los meses que siguen a la pérdida.

□ “estar ahí”, acompañando a la persona. Hay pocas normas para ayudar, aparte de la autenticidad y el cuidado.

□ Hablar de las propias pérdidas y de cómo se adaptan a ellas. Aunque es posible que la persona en concreto tenga un estilo de afrontamiento diferente, ese tipo de revelaciones pueden servir de ayuda.

□ Establecer un contacto físico adecuado, poniendo el brazo sobre el hombro del otro o dándole un abrazo cuando faltan palabras. Y que aprenda a sentirse cómodo con el silencio compartido, en lugar de parlotear intentando animar a la persona.

□ Ser paciente con la historia de la persona que ha sufrido la pérdida y permitirle compartir sus recuerdos del ser querido. Esto fomenta una continuidad

saludable en la orientación de la persona a un futuro que ha quedado transformado por la pérdida”.

3.12 Antes del egreso

Es pertinente preparar a los padres para los meses y años posteriores, explicándoles que van a experimentar diferentes sensaciones de dolor intenso, rabia, tristeza y que existe la posibilidad de caer en el negativismo, manifestado por: Refugio en el trabajo Uso de tranquilizantes Dejando de expresar sus sentimientos

Seguimiento

Es útil elaborar un formato de registro especial para esta situación en donde se especifica:

Responsabilidades médicas: datos relevantes de la historia prenatal, referentes a resultados de exámenes de laboratorio indispensables para poder establecer la causa.

Responsabilidades de la enfermera: registrar si el bebé fue observado y cargado por papá, mamá; nombre del bebé, recuerdos entregados a la familia al egreso del hospital.

Recursos humanos empleados: personal del grupo de apoyo que intervino

Examen físico del feto

Reporte anatómico -patológico

Reporte genético.

Este formato constituye una ayuda valiosa, durante el desarrollo de la primera consulta posnatal, porque allí se encuentra el obstetra toda la información requerida para aclarar las dudas de la pareja.

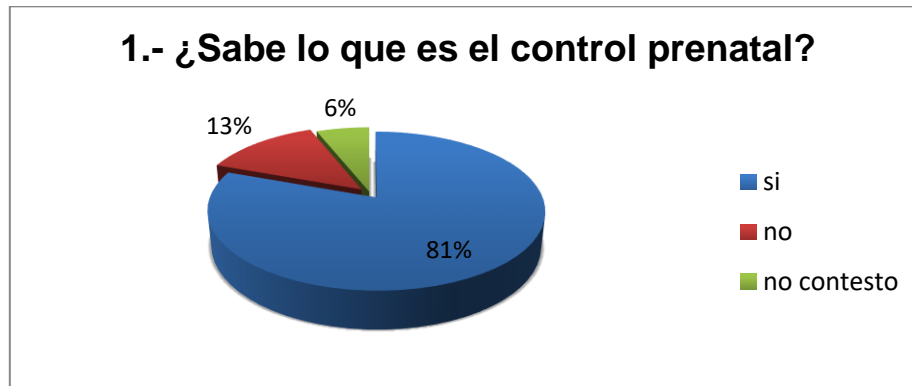
La asistencia de un profesional de enfermería a una paciente o pareja que está pasando por esta situación dolorosa, implica el conocimiento de las etapas de aflicción, habilidad para establecer un contacto oportuno e identificar situaciones de riesgo; pero sobretodo y tal vez lo más importante es la disposición para sostener una mano, dar un abrazo, escuchar atentamente, promover en todo el equipo de salud que aún bajo los sentimientos de aflicción, se ofrezcan opciones y se respete la autonomía del individuo, guiando a los padres a superar esos momentos amargos e influenciando en la forma como lo verán el resto de sus vidas.

A nivel del área de psico-obstetricia sería de utilidad conformar un grupo interdisciplinario de apoyo integrado por el obstetra, psicólogo, psiquiatra, sacerdote, enfermera y un representante de la comunidad que, preferiblemente, haya vivenciado una situación similar.

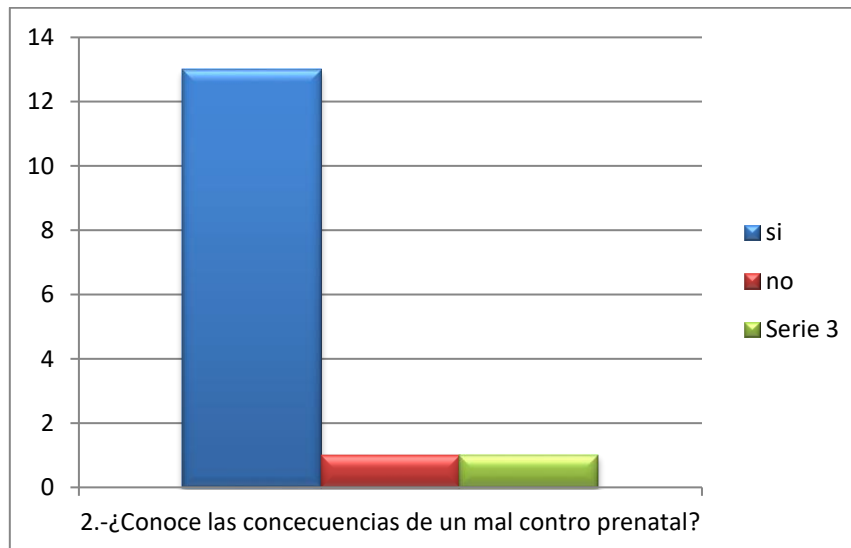
Capitulo IV: Análisis e interpretación de resultados

Capitulo IV: Análisis e interpretación de resultados

4.1 Instrumentación Estadística

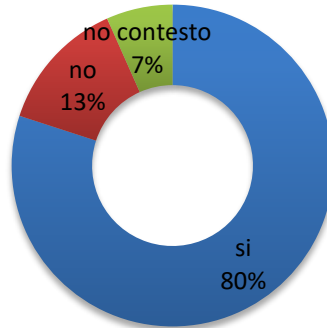


De un total de 15 personas que fue aplicada la encuesta 12 personas respondieron ante la interrogante, que se conocía la definición de control prenatal, cabe destacar que realmente son 6 personas que se acercan al concepto valido, 2 personas no saben lo que es el control prenatal y 1 persona no contesto la pregunta.

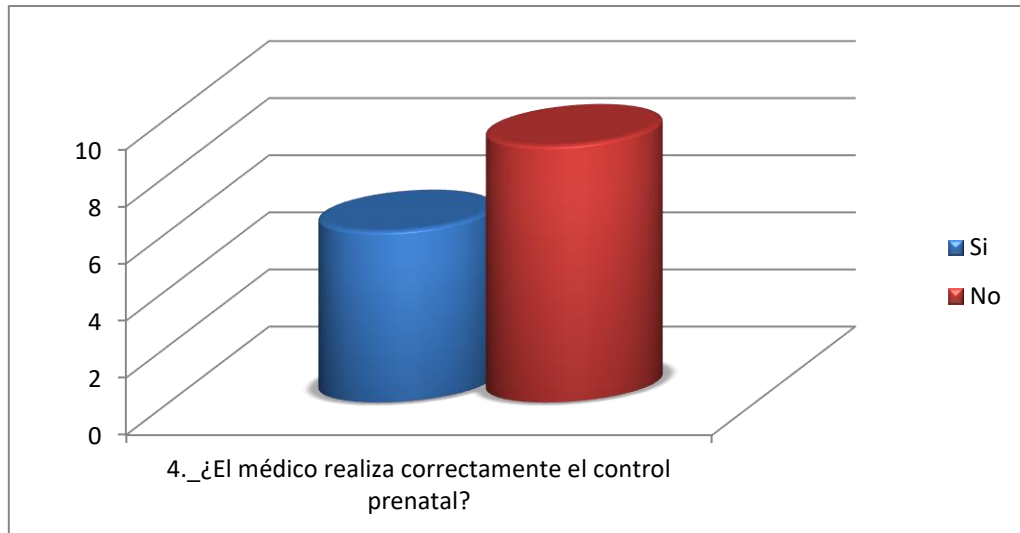


Las respuestas ante la interrogante, fueron en su mayoría positivas, la mayoría (85.6%) conocían las consecuencias de un mal control prenatal, aunque al analizar la respuesta abierta se encuentra que realmente solo el 39.6% las conocen realmente, por lo tanto el 59.4 las desconocen.

3. ¿Sabe cuántas consultas debe tener la mujer embarazada?

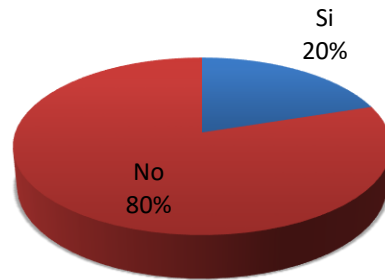


Con esta interrogante se conoce que 12 de las personas encuestadas saben cuántas consultas se deben tener en una mujer gestante además de como se divide de acuerdo a su periodo gestacional, las tres restantes desconocen dicho dato.

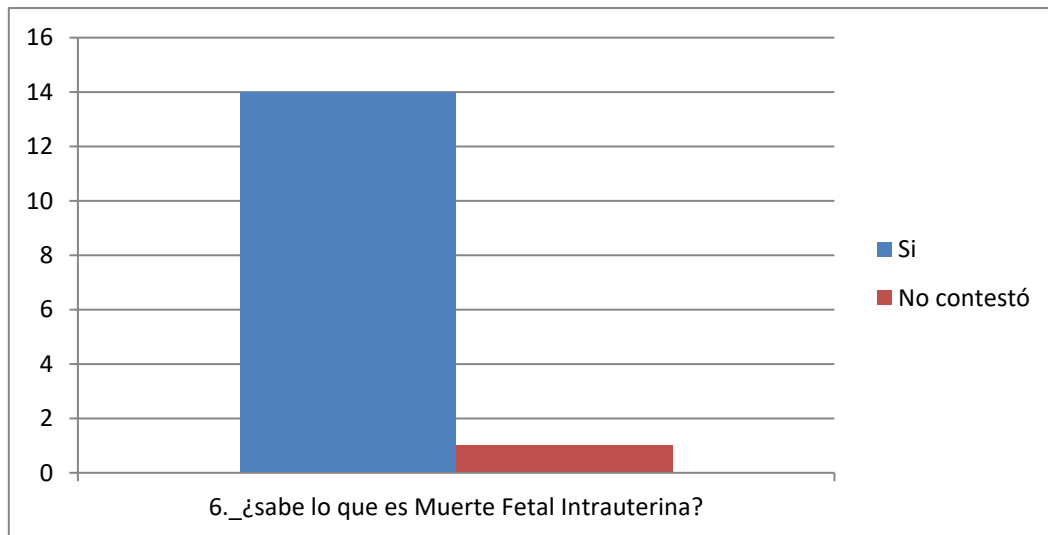


De acuerdo con esta interrogante la mayoría de enfermeras dicen que el médico no realiza correctamente el control prenatal porque “No realizan una exploración física completa, en ocasiones no escuchan la frecuencia cardiaca fetal, ni cuestionan correctamente a la paciente para obtener una historia clínica completa” es decir que no cumplen con todos los requisitos para evaluar bien a la paciente embarazada.

5. ¿Las enfermeras de ésta institución participan en la practica de control prenatal?



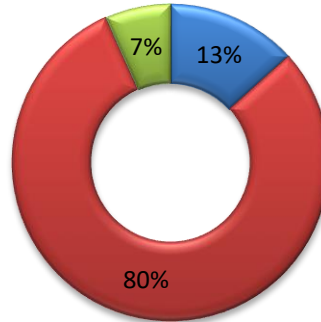
La mayoría de las respuestas fueron negativas, ya que se menciona que el médico es quien realiza todos los procedimientos en la paciente, a las enfermeras, principalmente a las estudiantes de enfermería no se permite realizarlo por falta de conocimientos y se limitan a tomar somatometría de la paciente.



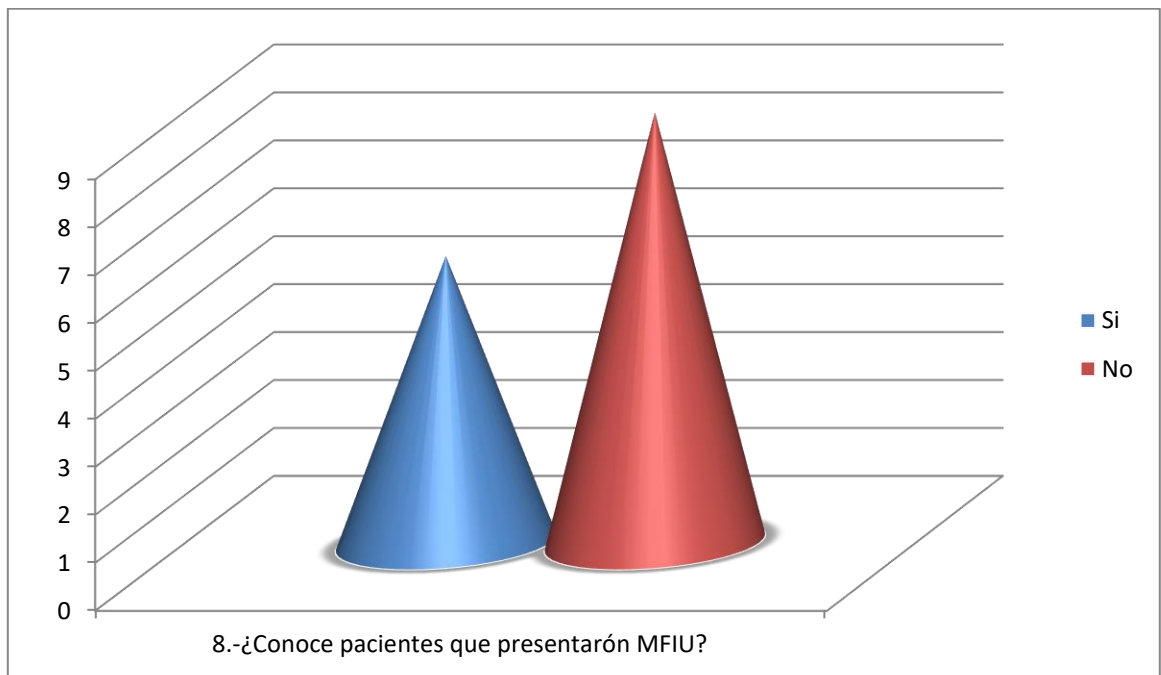
El análisis de esta pregunta nos da como resultado que todas las respuestas son correctas pero en ninguna de ellas se menciona las características que debe tener ese feto para que se considere óbito.

7. ¿CÓNOCE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MFIU?

■ Si ■ No ■ No contesto



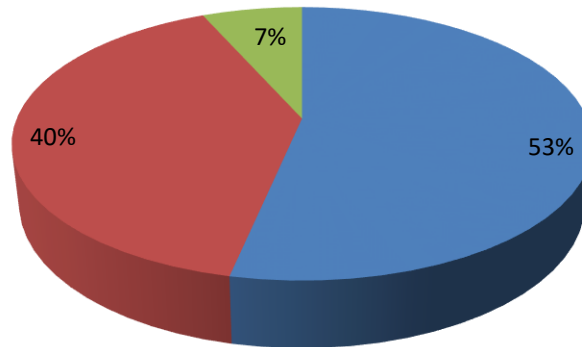
De acuerdo con la gráfica se puede observar que en su mayoría se desconocen las causas de muerte fetal intrauterina, del total de enfermeras encuestadas solamente dos las conocen y de una manera superficial.



Del total de 15 encuestas realizadas solamente 6 de ellas han tenido contacto con pacientes que presentaron óbito fetal, por lo que podemos concluir que más del 50% no ha estado en contacto con dicha situación.

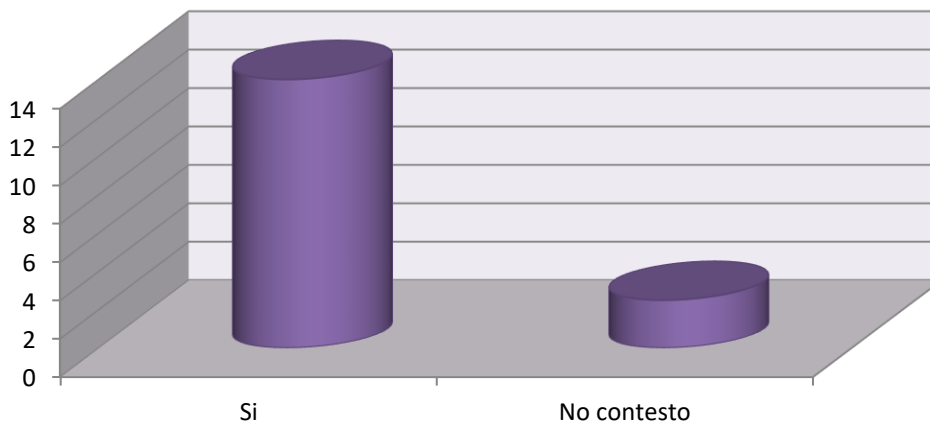
9. ¿Conoce los signos que presenta el feto ante el riesgo de MFIU?

■ Si ■ No ■ No contesto



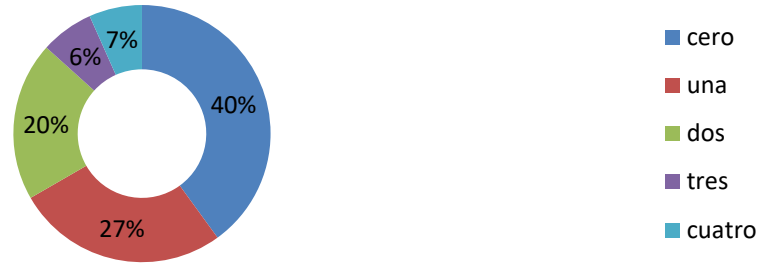
Del 53% que afirma conocer los signos que presenta el feto con riesgo de muerte fetal, al analizar las sus respuestas sobre cuales son, nos encontramos que realmente solo el 39.6% sabe cuáles son, por lo tanto un 60.4% los desconocen.

10. ¿Cree que las enfermeras son capaces de realizar los procedimientos diagnósticos de una MFIU?

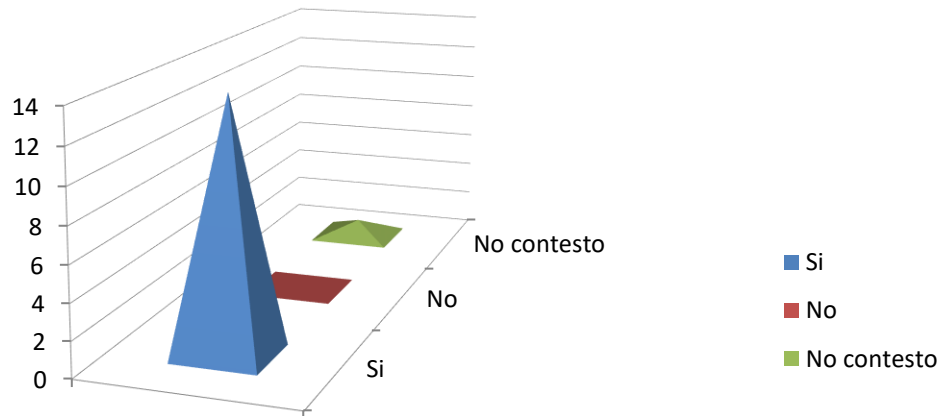


Del total de encuestas no fue contestada una, y el resto afirmaron que las enfermeras son capaces de realizarlo, aunque con capacitaciones adecuadas y con conocimientos específicos del tema para no cometer alguna iatrogenia.

11. ¿Cuántas pacientes con MFIU a atendido en el periodo de un año?



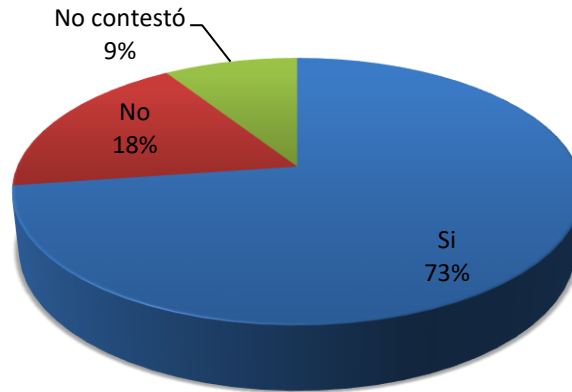
De un total de 15 encuestas, 6 han atendido pacientes que presentan óbito fetal en distintas cantidad que van desde una a cuatro pacientes por año, y el resto que son 9 no han tenido la posibilidad de tener contacto con el fenómeno.



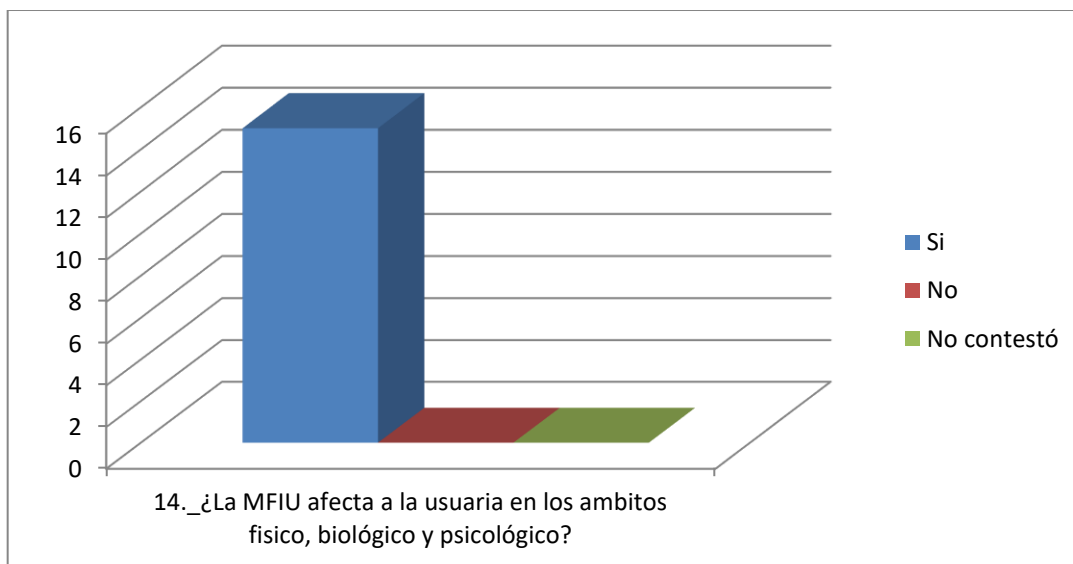
12. Las enfermeras ¿brindan apoyo psicológico y manejo del duelo a las mujeres con MFIU en esta institucion?

Como se puede observar en la gráfica, 14 enfermeras dicen que en la institución si se brinda apoyo psicológico y manejo del duelo, porque son quienes están más tiempo en contacto con la paciente que ha sufrido la pérdida, pero no se tiene un protocolo establecido ante dicha situación.

13.-¿Conoce las conductas sociales que deben evitarse ante una paciente que presente MFIU?



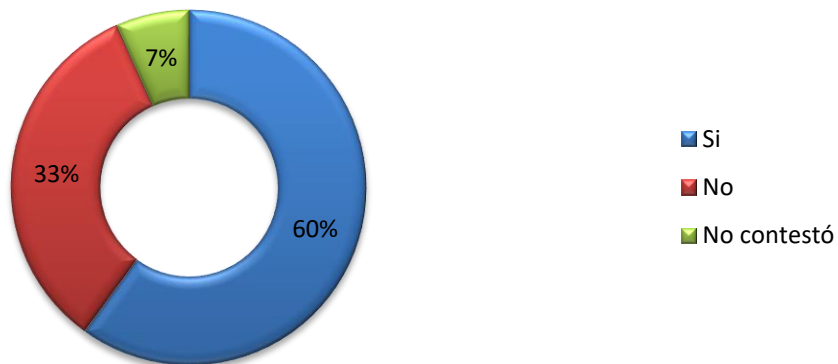
En la presente gráfica se muestran un 73% que equivale a 12 personas, quienes si conocen cuales conductas deben evitarse ante la paciente con óbito fetal, y en sus ejemplos se corrobora dicha información, el resto de respuestas son negativas y una no contestada por lo tanto se da por hecho que el 27% las desconocen.



Como la gráfica lo muestra el total de respuestas fue afirmativo, y la mayoría determinan su respuesta porque mencionan que, el evento tiene consecuencias

psicológicas porque es perder a un ser querido muy esperado y no será fácil de superar, y además presenta cambios en su cuerpo y a nivel funcional.

15. ¿Las enfermeras pueden brindar un adecuado apoyo psicológico a la mujer con MFIU?



Según la encuesta realizada el 60% de las respuestas muestran que la enfermera si puede brindar un apoyo psicológico por las aptitudes y la capacidad humanista que presentan, el 33% mencionan que no, ya que quien es el encargado o la persona más apta para esto es específicamente un psicólogo, el resto no contestó la pregunta.

Conclusiones

A continuación se presentan las conclusiones arrojadas tras la investigación realizada:

En primer lugar, se investigaron las bases de como se realiza un control prenatal adecuado con sus componentes por ejemplo una exploración física adecuada sirvió para fundamentar como la enfermera puede involucrarse en estos casos, además de las principales consecuencias de no llevar a cabo un adecuado manejo del mismo.

La revisión bibliográfica también se estudiaron las principales causas de muerte fetal intrauterina, con la finalidad de informar a la comunidad sobre las mismas y que se pueda prevenir esta circunstancia, también sobre cómo se puede actuar al momento de ya tener un diagnostico comprobado de muerte fetal, y las acciones que realiza la enfermera para con la paciente.

Lo que corresponde a la investigación de campo con una entrevista semi estructurada se obtuvieron los siguientes resultados, las enfermeras y las estudiantes de enfermería de diferentes grados conocen lo que es el control prenatal pero de manera parcial, y de igual manera las consecuencias de un nulo o inadecuado control son desconocidas en su gran mayoría.

Se obtuvo como resultado que el médico no realiza un control prenatal integral y que las enfermeras no participan en dicho proceso. Se conoce que es la muerte fetal, pero el mayor porcentaje no conoce los factores por los cuales se puede producir un óbito.

La pregunta de investigación con la letra siguiente “¿Cuáles son las intervenciones que las enfermeras deben aplicar en la práctica para lograr un proceso de atención prenatal adecuada y los procedimientos médicos y psicológicos ante la muerte fetal intrauterina? se contestó con las fuentes bibliográficas, en las cuales se menciona que la enfermera puede estar involucrada en dicho proceso si se encuentra completamente capacitada sabiendo realizar una historia clínica completa, con un adecuado interrogatorio personal, donde las interrogantes abarcan desde lo personal hasta lo familiar, además de una adecuada exploración física involucrando tanto a la madre como al feto, para conocer su estado actual de salud, también diagnosticar a tiempo el óbito para realizar posteriormente la inducción del trabajo de parto a tiempo y evitar repercusiones en la usuaria, por su parte los procedimientos psicológicos y manejo del duelo se pueden brindar por las enfermeras aunque para que esta atención sea de calidad se necesita manejar la información necesaria y los métodos de aplicación adecuados conociendo específicamente que es lo no se debe hacer ante esa situación.

Las intervenciones de enfermería según los resultados deben ser desde el primer contacto con la paciente en la recepción del servicio, la toma de signología vital, comenzar con una evaluación general e interrogatorio, preparar el área de exploración con material e instrumentos completos y realizar exploración física materno fetal, al tener un diagnóstico de óbito verídico nunca dejar sola a la paciente y brindar apoyo físico psicológico y espiritual.

Se cumplió el objetivo general el cual se encuentra redactado de la siguiente manera “ Conocer la importancia de las intervenciones de enfermería de las estudiantes y enfermeras tituladas en el control prenatal” el cual se cumplió satisfactoriamente ya que se investigó bibliográficamente cual era el proceso valido para un adecuado control, en la investigación se aplicó una entrevista que incluyó diversas preguntas para analizar si las enfermeras lo practicaban, si el medico lo hacía correctamente, conocer si se creía que la enfermera era capaz de realizarlo a lo cual se concluyó que sí, la enfermera tiene la obligación de participar en el control para mantener un vínculo con las pacientes conocer su historia clínica y poder brindar un cuidado holístico en cualquier etapa de la gestación.

Como objetivo específico se planteó el siguiente: “Analizar el papel de la enfermera ante la paciente que presenta muerte fetal intrauterina, en los servicios de urgencia, consulta externa y obstetricia en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud, con la finalidad de que las pacientes lleven un embarazo controlado, para evitar riesgos en el binomio madre e hijo, y lograr el bienestar psicológico de la madre ante el duelo cuando presenta óbito”, el cual también resulto satisfactorio mediante, la investigación de campo se observó que la enfermera está presente en el proceso de muerte fetal, además que el encargado de dar la notificación oficial a la pareja es solamente del médico, se explicó a las mujeres embarazadas sobre los riesgos de no atenderse adecuadamente y con ello se confirmó que la enfermera aporta un apoyo psicológico indispensable a la madre.

La hipótesis planteada primeramente de esta manera “Si las enfermeras del HNSS y las pacientes obstétricas están informadas sobre los cuidados a realizar durante el embarazo, es decir, llevar un control prenatal adecuado lo cual se puede lograr mediante la distribución de información con lenguaje claro para las pacientes que asisten al Hospital de Nuestra Señora de la Salud, disminuyen los casos de muerte fetal intrauterina, y a su vez problemas psicológicos y biológicos. Si se brinda información adecuada con una respectiva retroalimentación a las enfermeras tituladas y a las estudiantes de enfermería para conocer y aplicar las técnicas diagnósticas en casos de óbito se actúa oportunamente y se evitan daños y secuelas a la paciente pudiendo ayudar también con apoyo psicológico para el manejo del duelo” al concluir esta investigación se modificaría ya que no basta con

estar informadas, si no se necesitan capacitación y actualizaciones constantes que se basen en la paciente obstétrica, con un buen manejo del embarazo y también en pacientes que presenten óbito y es necesario la práctica de las estudiantes físicamente, con la supervisión y evaluación de un superior que este calificado para poder hacer las correcciones correspondientes.

Sugerencias

- Las instituciones que están involucradas en la formación de las estudiantes de enfermería, en este caso la Escuela de Enfermería de Nuestra Señora de la Salud y el Hospital de Nuestra Señora de la Salud, deben considerar que para contar con enfermeras holísticas que puedan brindar cuidados específicos en el tema de obstetricia, particularmente en el control prenatal y casos de muerte fetal intrauterina, se tiene que implementar una educación y actualización constante sobre dichos temas para se pueda actuar de manera independiente en caso de emergencia, y poder realizad diagnósticos oportunos.
- El personal que labora en el hospital debe incluir a las estudiantes en procesos, para que se adquiriera una mejor práctica en el tema y pueda ser dominado.
- Finalmente se sugiere añadir cátedras de manejo del duelo, para que se pueda brindar un cuidado integral y evitar daños psicológicos graves posteriores en la paciente que ha sufrido el daño.

Glosario

- **Amniótico:** el líquido amniótico es un fluido que se produce en el interior del útero durante el embarazo y tiene como función proteger al feto, mantener su temperatura, permitir sus movimientos y brindar las condiciones para el óptimo crecimiento y desarrollo fetal.
- **Anoxia:** significa una disminución de la cantidad de oxígeno distribuido por la sangre a los tejidos. Es el resultado de la anoxemia, que es una disminución en la cantidad de oxígeno presente en la sangre.
- **Gestacional:** proceso de crecimiento y desarrollo fetal intrauterino; abarca desde el momento de la concepción (unión del óvulo y el espermatozoide) hasta el nacimiento. El embarazo tiene una duración de 280 días, aproximadamente, 40 semanas, 10 meses lunares o nueve meses y un tercio calendario.
- **Hematocrito:** Es un análisis de sangre que calcula el porcentaje del volumen de toda la sangre que está compuesta de glóbulos rojos. Esta medición depende del número de glóbulos rojos y de su tamaño.
- **Inmunosupresión:** eventualmente de inmuno-inhibición, cuando el sistema inmunitario de un enfermo se inactiva de forma voluntaria.
- **Intrauterina:** Que está situado u ocurre dentro del útero
- **Óbito:** La muerte es un proceso terminal que consiste en la extinción del proceso homeostático de un ser vivo y, por ende, concluye con el fin de la vida
- **Psicoprofilaxis:** Es el conjunto de actividades orientadas a brindar una preparación integral (teórica, física y psicológica) a la gestante para lograr un embarazo, parto y postparto sin temor y disminuir sus complicaciones y así contribuir a la disminución de la morbimortalidad materno perinatal

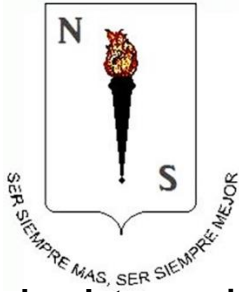
Anexos

Anexo I: Guión Metodológico

Tema	Pregunta de investigación	Objetivos	Hipótesis	Variables	Definición de variables
Enfermería en el control prenatal y casos de muerte fetal intrauterina	¿Cuáles son las intervenciones que las enfermeras deben aplicar en la práctica para lograr un proceso de atención prenatal adecuada y los procedimientos médicos y psicológicos ante la muerte fetal intrauterina?	<p>Objetivo General Conocer la importancia de las acciones de las estudiantes de enfermería en el control prenatal.</p> <p>Objetivo Específico Analizar el papel de la enfermera ante la paciente que presenta muerte fetal intrauterina</p>	Si las enfermeras y las pacientes obstétricas están informadas sobre los cuidados a realizar durante el embarazo, es decir, llevar un control prenatal adecuado disminuyen los casos de muerte fetal intrauterina	<p>Control pre natal</p> <p>Muerte fetal intrauterina</p>	<p>Control prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal</p> <p>Control prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y</p>

					tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal
--	--	--	--	--	---

Anexo II: Instrumento



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Escuela de Enfermería de Nuestra Señora de la Salud

Las Intervenciones de Enfermería en el Control Prenatal y casos de Muerte Fetal Intrauterina

Instrucciones: lea detenidamente la pregunta, señale con una marca la respuesta opcional, y con respuestas breves la parte abierta, favor de no dejar sin contestar alguna pregunta.

ENTREVISTA SEMI- ESTRUCTURADA

Nombre:

Edad:

Ocupación y jerarquía:

1.- ¿SABE LO QUE ES EL CONTROL PRENATAL?

SI NO

Mencione _____

2.-¿CONOCE LAS CONSECUENCIAS DE UN MAL CONTROL PRENATAL?

SI NO

Cuales

son _____

3.-¿SABE CUANTAS CONSULTAS DEBE TENER UNA MUJER EMBARAZADA?

SI NO

Cuántas _____

4.-¿EL MEDICO REALIZA CORRECTAMENTE EL CONTROL PRENATAL
(HISTORIA CLINICA COMPLETA, EXPLORACION FISICA)?

SI NO

Por qué _____

5.-¿LAS ENFERMERAS DE ESTA INSTITUCION PARTICIPAN EN LA
PRACTICA DEL CONTROL PRENATAL?

SI NO

Motivo _____

6.-¿SABE LO QUE ES MUERTE FETAL INTRAUTERINA (MFIU)?

SI NO

Menciónelo

7.-¿CONOCE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MFIU?

SI NO

Cuáles son

8.-¿CONOCE PACIENTES QUE PRESENTARÓN MFIU?

SI NO

9.-¿CONOCE LOS SIGNOS QUE PRESENTA EL FETO ANTE EL RIESGO DE MFIU?

SI NO

Menciónelos

10.-¿CREE QUE LAS ENFERMERAS SON CAPACES DE REALIZAR LOS PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS DE UNA MFIU?

SI NO

Por qué

11.-¿CUANTAS PACIENTES CON MFIU A ATENDIDO EN EL PERIODO DE UN AÑO?_____

12.-LAS ENFERMERAS ¿BRINDAN APOYO PSICOLOGICO Y MANEJO DEL DUELO A LAS MUJERES CON MFIU EN ESTA INSTITUCIÓN?

SI NO

Por qué

13.- ¿CONOCE LAS CONDUCTAS SOCIALES QUE DEBEN EVITARSE CON LA PACIENTE CON MFIU?

SI NO

Mencione algunas

14.-¿LA MFIU AFECTA A LA USUARIA EN LOS AMBITOS FÍSICO BIOLÓGICO Y PSICOLÓGICO?

SI NO

Por qué

15.-¿LAS ENFERMERAS PUEDEN BRINDAR UN ADECUADO APOYO PSICOLÓGICO A LA MUJER CON MFIU?

SI NO

Por qué

Fuentes de Consulta

Documentos:

Aperturas psicoanalíticas, el duelo por la muerte de un hijo, n° 12 (2002) México p.5

Asociación nacional de tanatología, duelo y su proceso para superarlo (2012) México p.41

Espinoza, Carolina (2014) guía práctica clínica muerte fetal inutero, Colombia, p.1.

Gobierno federal (2008) guía de referencia rápida, diagnóstico y tratamiento del aborto, secretaria de salud, México, p/p.p 1-2.

Gobierno federal (2010) Diagnóstico y Tratamiento de Muerte Fetal Con Feto Único, Secretaria de Salud, México, p.7.

Gobierno federal (2010) Diagnóstico y Tratamiento de Muerte Fetal , Secretaria de Salud, México, p.2.

Gobierno federal (2012) Catalogo maestro de guias practicas clínica imss-567-12, secretaria se salud, México, p. 10-20

Gómez, Ricardo(2015)educación para la salud, Vol. 15, N 1.)UNAM, México, p,2

Guia practica clínica, prevención y detección temprana de las alteraciones en el embarazo (2014) Colombia p.175

Hurtado, Jose (2014) introducción a la patología, la Habana, Cuba, p.9

Obstetricia y ginecología Alcázar, ed. Medica panamericana, historia clínica, exploración básica y pruebas complementarias en obstetricia y ginecología (2017) México p.230

Organización Mundial de Salud (2003) aborto sin riesgos, Ginebra, suiza, p.12

Stanford (2017), trabajo de parto, USA, p.41

Trejo, Xochitl (2012) Índice de muerte fetal tardía y factores de riesgo obstétricos, perinatales y socioeconómicos asociados, vol IV, No 2, investigación materno infantil, México, p.p 1-8.

Universidad católica los ángeles Chimbote, Psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal, (2012), los ángeles Chimbote p.106

Vogelmann, Roberto et al (2008) Revista de Posgrado de la V la Cátedra de Medicina. N° 188

Páginas Web:

http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/Proyectos/bd/continuas/mortalidad/MortalidadFetal.asp?s=est&c=11143&proy=mortfet_mf (10/agosto/2017)

<http://www.infogen.org.mx> (14/agosto/2017)

http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista188/4_188.pdf (14/agosto/2017)

<http://www.americanpregnancy.org/pregnancy-loss/stilborn-trying-to-understand> (16/agosto/2017)

<http://www.nih.gov/news/healthy/feb2015/nichd-18.htm> (18/agosto/2017)

http://www.firstcandle.org/grieving_families/stillbirth/about (22/agosto/2017)

<http://www.miscarriage.about.com/od/immediatemedical> (23/agosto/2017)

<http://www.nacerlatinoamericano.org> (27/agosto/2017)

<http://gsdl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library?e=d-00000-00---off-0ginecolo--00-0----0-10-0---0---0direct-10---4-----0-1l--11-es-50---20-about---00-0-1-00-0-0-11-1-1-0utfZz-8-00&a=d&c=ginecolo&cl=CL3.1&d=HASH0bcf14bb690288ea7fabf9.28.3> (30/agosto/2017)

https://www.ecured.cu/Muerte_Fetal (5/septiembre/2017)

<http://infogen.org.mx/muerte-del-feto-durante-el-embarazo> (7/septiembre/2012)

<http://www.index-f.com/edocente/91pdf/91-037.pdf> (10/septiembre/2012)

<https://encolombia.cm/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-33/enfermeria3300-fallecer> (15/septiembre/2017)

www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/proceso-cuidado-diagnostico-obito-fetal-teoria-dorothea-orem (19/septiembre/2017)

<https://es.slideshare.net/Josyrual/obito-fetal> (24/septiembre/2017)

http://www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?c=11143 (30/septiembre/2017)

<https://www.onsalus.com/cambios-psicologicos-en-el-embarazo-por-trimestre-20126.html> (23/noviembre/2017)

https://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php/Gestacion (15/abril/2018)

<https://es.oxforddictionaries.com/definicion/intrauterino> (16/abril/2018)

<https://salud.ccm.net/faq/7874-anoxia-definicion> (16/abril/2018)

<https://salud.ccm.net/faq/20511-inmunosupresion-definicion> (17/abril/2018)

<https://www.definicionabc.com/salud/liquido-amniotico.php> (17/abril/2018)

<https://www.clinicadam.com/salud/5/003646.html> (19/abril/2018)

<http://www.psicoprofilaxisenembarazo.blogspot.mx/2012/10/psicoprofilaxis-en-el-embarazo.html> (20/abril/2018)