

**ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA
SALUD**

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE 8722.



TESIS

ACCIONES DE ENFERMERÍA EN LA MUERTE FETAL INTRAUTERINA

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

ALUMNA:

ASURIM JANET LÓPEZ DURÁN

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LUZ BALDERAS PEDRERO.

Morelia Michoacán.

2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS.

Agradezco a Dios por el don de la vida y dejarme llegar al término de mi carrera profesional.

A mis padres Juan Antonio López Villafuerte y Sagrario Duran Sánchez, por haberme apoyado en mis estudios, ser mi ejemplo a seguir durante toda mi vida, por ser mi sustento económico durante mi carrera profesional, así como también, la confianza que generaron en mí, para poder cumplir la meta propuesta desde pequeña.

A mis hermanos y familiares que siempre estuvieron inspirándome a seguir superándome y brindándome palabras de aliento en cada momento.

A mi Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud por que durante cuatro años fue el pilar de mi formación como enfermera, pero sobre todo como persona humana.

A mis maestros, por haber compartido conmigo sus enseñanzas, su sabiduría y su experiencia en el ámbito profesional.

Al doctor García Morales y la doctora Canizal Mendoza por brindarme los conocimientos, sabiduría y sus experiencias en el cuidado de pacientes con insuficiencia renal y cuidados de hemodiálisis.

ÍNDICE

CAPÍTULO I: ANTECEDENTES MUERTE FETAL INTRAUTERINA-----	1
1.2. Planteamiento del Problema -----	2
1.3. Justificación-----	2
1.4. . Hipótesis -----	3
1.5. . Objetivos Generales -----	3
1.5.1. Objetivos Específicos -----	4
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO -----	4
2.1 1 Anatomía del aparato reproductor femenino-----	5
2.1.1.-Organos Externos -----	5
2.1.2 Órganos Internos -----	7
2.2 Planificación familiar-----	10
2.2.1Planificación del embarazo-----	11
2.4 Embarazo -----	12
2.4.1Signos del Embarazo-----	12
2.4.2 División del embarazo -----	14
2.4.3 Fecundación-----	14
2.4.4. Síntomas de Embarazo-----	15
2.4.5. Complicaciones del Embarazo-----	16
2.5 Periodo Fetal-----	22
2.6 Muerte fetal intrauterina-----	22
2.6.1 Epidemiología -----	23
2.6.2 Enfoque de riesgo-----	23
2.6.3 Etiología -----	23
2.7. Diagnóstico -----	45
2.8 Manejo-----	46
2.9 Cambios Psicosociales-----	46
2.10 Medidas Preventivas -----	47
2.11 Acciones De Enfermería En El Cuidado Y La Atención De La Muerte Fetal Intrauterina---	48

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA -----	51
3.2 Variables -----	51
3.2 Decálogo Del Código De Ética Para Las Enfermeras Y Enfermeros De México -----	52
3.3 Obligaciones De La Enfermera -----	53
3.4 Principios Éticos De Enfermería-----	55
3.5 Norma Oficial Mexicana Nom-040-Ssa2-2004 -----	56
CAPÍTULO 4. INTERPRETACIÓN DE DATOS-----	64
4.1 Aportaciones De La Enfermera Dedicado Al Cuidado Tanto Holístico, Como Médico Al Bienestar De La Salud-----	66
Conclusiones_____	67
Bibliografía_____	68

CAPÍTULO I: ANTECEDENTES MUERTE FETAL INTRAUTERINA

En este capítulo se muestran los antecedentes de la muerte fetal intrauterina, como son la incidencia, se dará a conocer desde cuando se comienza a conocer al ámbito de salud, en los antecedentes se dan a conocer las causas que ocasionan la muerte fetal, se comenzara a describir en este apartado.

Ante la perspectiva histórica, la muerte fetal es uno de los criterios más trágicos que coloca a la enfermera y el sector salud, en un reto muy especial, ya que involucra aspectos éticos, morales, sociales, culturales y la relación médico-paciente. La frecuencia de la muerte fetal es de 7 a 10 por cada 1000 nacidos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la muerte fetal intrauterina u óbito como la expulsión completa del producto de la concepción y no importa la duración de la gestación.

Dippler en el año de 1886 a 1932 realizó un estudio de 2500 recién nacidos y analizó una tasa de 12 por 1000 cada recién nacido por arriba de las 28 semanas de gestación.

Trichoms en un estudio entre 1954 y 1955 se analizaron 16,057 nacimientos, utilizando como criterio de inclusión a productos mayor de 1000 gr y dio como resultado 10.3 por 1000 recién nacidos vivos.

En los años de 1999 en México se comenzó el desarrollo de la muerte fetal intrauterina y la frecuencia de muerte era 11,4 por 1000 nacidos, ya que en otros países se considera que la tasa de muerte fetal es de 40 por 1000 nacidos, en México se ha tenido una gran descenso de las muerte en los últimos diez años pero, sin embargo, se considera un problema de salud pública a la madre y factores de riesgo obstétrico.

En los Estados Unidos el Centro de Estadística de Salud, definen que para que se considere muerte intrauterina el feto debe pesar, más 350 gramos o más y con 20 semanas de gestación o más pero más, sin embargo, existen varias políticas diferentes en cuanto a las semanas de gestación.

1.2. Planteamiento del Problema

Los factores de riesgo para la muerte fetal intrauterina se divide en maternos, sistémicos fetales. Los factores maternos son fibriomomas, anomalías uterinas e hipertónia uterina.

Los factores sistémicos son aquellos que afectan el organismo y son infecciones crónicas como sífilis, tuberculosis, paludismos, toxoplasmosis, infecciones agudas como la hepatitis, enfermedades metabólicas como la diabetes y la tiroides; enfermedades cardiovasculares como cardiopatías, Nefropatías y anemias.

Los factores fetales son incompatibilidad del factor Rh materno fetal, embarazos múltiples, oligodramnios, malformaciones congénitas.

Las acciones de enfermería son, primero conocer los factores de riesgo que pueden llevar a la muerte fetal intrauterina, analizar a las pacientes si tienen algún factor de riesgo para predisponer a la muerte fetal intrauterina.

Las intervenciones para prevenir la muerte fetal intrauterina son: el control prenatal para ver las alteraciones que predisponga una muerte fetal intrauterina, la educación a la madre de las consecuencias de no llevar un adecuado control de su embarazo, o de portar algunas enfermedades que conlleven a una muerte fetal intrauterina.

Otras de las acciones o intervenciones de la enfermera es vigilar algún daño psicológico emocional y depresión por haber sufrido una muerte fetal intrauterina.

1.3. Justificación

La presente investigación se realiza para dar a conocer a la profesional de enfermería y obstetricia cuales son las acciones hacia la muerte fetal intrauterina y la educación ante las pacientes que sufren una muerte fetal intrauterina.

La investigación es muy conveniente ya que la profesional en enfermería debe conocer lo relacionado con la muerte fetal intrauterina, esta investigación tiene una trascendencia muy importante a la sociedad ya que no se conocen las causas de un óbito, ya que son factores múltiples que ocasiona la muerte fetal.

La presente investigación permitirá identificar las causas y factores de la muerte fetal intrauterina, esta investigación se realiza con el objeto de brindar una orientación y un tratamiento adecuado ante la muerte fetal intrauterina.

Hipoxia es una de las consecuencias que puede llevar a una muerte fetal intrauterina, hasta un 43% a su vez está condicionado a la restricción del crecimiento.

Diabetes

La diabetes es una de las causas más controvertidas de la muerte fetal intrauterina, ya que tiene un alto porcentaje 50% de las causas. Otro de los factores de la muerte fetal intrauterina son las enfermedades inmunológicas ya que el feto es incompatible con madre, lo cual lleva a una expulsión del producto.

1.4. Hipótesis

Conocer los factores que predisponen a una muerte fetal intrauterina, ya que son múltiples, la enfermera debe conocer cuáles son para verificar si la persona embarazada tiene alguna alteración que predisponga a la muerte fetal intrauterina y ayudar a reducir el factor de riesgo, tener una vigilancia durante el embarazo.

1.5. Objetivos Generales.

Lograr que la licenciada en enfermería conozca los factores de riesgo que predisponen la muerte fetal. Que se presenta en los rangos de edad de 15 a 35 años y que se conozcan los signos, síntomas y el tratamiento.

1.5.1. Objetivos Específicos

- I. Conocer en la muerte fetal intrauterina, los signos y síntomas que se presentan
- II. Conocer los principales factores de riesgo de la muerte fetal intrauterina.
- III. Conocer las consecuencias de la muerte fetal intrauterina.
- IV. Orientar en la consulta prenatal a mujeres de edad de 15 a 35 años sobre las consecuencias de presentar factores de riesgo que predispongan a la muerte fetal intrauterina.

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO.

En este capítulo se muestran, desde la anatomía del aparato reproductor femenino, la educación sexual, como planear un embarazo. Que es el embarazo, fecundación, signos y síntomas del embarazo, teoría sobre la muerte fetal, signos, síntoma, factores de riesgo maternos fetales y sistémicos y seguimiento de la muerte fetal.

2.1 Anatomía del aparato reproductor femenino.

El aparato reproductor femenino está dividido en órganos internos y externos y cada uno tiene su importancia en cada órgano, para el buen funcionamiento del cuerpo humano, pero más para ser utilizado en el embarazo.

2.1.1.-Organos Externos

- Monte de Venus (pubis): Es una prominencia de tejido graso y fibroso que se forma una especie de colchón y que está situado en la sínfisis del pubis, que en la mujer adulta está recubierto de vello hirsuto, grueso y quebradizo.

La función del monte de Venus es protectora y proporciona temperatura.

- Labios Mayores: Son dos repliegues de tejido graso, se encuentran cubiertos de vello hirsuto, se encuentran a lado de la vulva. Son alargadas de arriba hacia abajo y terminan formando un arco. Miden a aproximadamente siete centímetros de largo, 2.5 de ancho por 0.5 de espesor.

Son más pequeños en las personas jóvenes y ms grande en personas adultas. Son del color de la piel de la mujer ligeramente más oscuros, nacen directamente debajo del monte de venus y terminan en la horquilla. Se encuentran formados del 90% de glándulas sudoríparas y 10% de glándulas sebáceas. Son el homólogo del escroto en el hombre. Su función es la de protección, ya que cubre las partes internas de la vulva y tiene poca participación en el acto sexual.

- Labios Menores.

También llamados ninfas, son pliegues cutáneos que se encuentran por debajo de los labios mayores, son más pequeños de superficie lisa, de color rosado, carecen de vello hirsuto, cuentan con un 90% de glándulas sebáceas, 10% de glándulas sudoríparas, son extremadamente sensibles, con mucha vascularización sanguínea, miden aproximadamente 3.5 centímetros de largo, 1 centímetro de ancho más 0.3 de espesor.

La función de los labios menores es de protección, ya que impiden el paso de las bacterias a la cavidad vaginal y a la uretra, tiene participación activa en el coito o acto sexual mediante la producción del orgasmo o clímax femenino.

- Clítoris

Es una estructura homóloga del pene que mide aproximadamente 1 centímetro pero se encuentra fuertemente fraccionado hacia abajo y hacia adentro, está compuesto por prepucio glande y frenillo, el cuerpo del clítoris se forma de dos cuerpos cavernosos, por lo que al igual que el pene del caballero tiene una estructura eréctil. Su función es participar activamente en el orgasmo femenino clitoroideo, ya que es la zona más erógena del organismo.

- Meato Urinario.

Es un orificio que se encuentra en el vestíbulo de la vulva a un centímetro aproximadamente del clítoris, en las mujeres nulíparas (sin hijos), se encuentra cubierto por los labios mayores y menores, en el cual aquí desemboca la uretra y es por donde micciona la mujer.

- Orificio vaginal o introito.

Es aquel que se encuentra a la entrada de la vagina, mide aproximadamente dos centímetros en mujeres nulíparas y de 2.5 a 3 centímetros aproximadamente en mujeres multíparas. En mujeres núbiles o sin vida sexual el orificio vaginal está cubierto por una membrana llamada himen.

- **Himen**

Es una membrana delgada vascularizada e inervación, que se encuentra a la entrada de la vagina, en mujeres núbiles o sin vida sexual se encuentra sin perforar en las mujeres con inicio de vida sexual activa el himen recibe el nombre de carúnculas multiformes. La función del himen es protección ya que impide el paso de gérmenes o bacterias a la vagina. Durante el coito se rompe, produciendo sangrado variable o no necesariamente hay sangrado y tiene dolor intenso.

- **Vestíbulo o Fosas Navicular.**

Es una zona que se encuentra delimitada por los labios tanto mayores como menores, por arriba del clítoris, hacia debajo de la horquilla, el vestíbulo se encuentra perforado por el meato urinario y el orificio vaginal.

- **Glándulas de Bartholin.**

Son dos glándulas de secreción externa situadas de manera oculta a cada lado de la vagina, casi cerca del introito, miden aproximadamente 1 por 0.5 aproximadamente y tiene forma de frijol, su conducto mide aproximadamente 1-1.5centímetros, son muy delgadas imposible de ver a simple vista.

Su función es lubricante produciendo un secreción, clara, trasparente, viscosa, incolora, inolora, estéril que lubrica durante el acto sexual.

- **Horquilla.**

Es la parte más baja de la vulva, es donde se unen los labios mayores con los labios menores en donde también termina el orificio vaginal donde inicia el periné y donde se hace la episiotomía y episiorafia.

2.1.2 Órganos Internos.

Es una cavidad virtual ya que sus paredes están en contacto, miden aproximadamente de nueve a doce centímetros de longitud y de dos a tres centímetros

de ancho, sus paredes son muy elásticas y en las mujeres nulíparas las paredes se encuentran rugosas, en las mujeres multíparas se encuentran las paredes lisas.

La piel vaginal está compuesta de tres capas de células, parabasales, intermedias y superficiales, el epitelio al unirse con el útero forma un fondo saco que son dos laterales y un anterior y posterior llamado saco de Douglas.

La vagina tiene variaciones en su PH es alcalino con cifras 7.5 y 8 y mujeres en edad reproductiva el PH debe ser ácido con cifras 4.4 y 5.5 PH. Dicha acidez está dada por un lactobacilo llamado DODERLEIN que favorece el deslindamiento de la glucosa mediante reacciones químicas para producir ácido láctico el que mantendrá el PH vaginal, la vagina tienen aproximadamente 10 millones de bacterias por ml. De secreción de los cuales un millón pertenecen a los lactobacilos de DODERLEIN y los restantes de 9 millones son bacterias que viven en simbiosis, por lo tanto la vagina no es una cavidad estéril aun en mujeres núbiles.

Funciones Vaginales

- 1.- Es un conducto de desecho uterino (menstruación, moco).
- 2.- Órganos copulador de la mujer.
- 3.- Forma parte del canal de parto.

- Útero: Se considera el más importante del aparato reproductor femenino, se encuentra situado entre vejiga y recto sigmoides dentro de la pelvis femenina formando casi un ángulo recto con vagina donde la posición normal del útero es la anteversoflexión (AVF). Está compuesto de tres capas: Endometrio, miometrio, exometrio o perimetrio o peritoneo visceral, de adentro hacia afuera.

El Endometrio: es la capa funcional del útero es donde se produce la menstruación y donde se implanta, crece y se desarrolla el bebe.

El miometrio: es la capa más gruesa del útero está formada 100% de musculo liso.

El exometrio: Capa externa del útero, la que envuelve a este.

El útero es un órgano de forma de pera invertida cuya cavidad uterina tiene una capacidad de 10 mililitros.

El útero está dividido anatómicamente de arriba hacia abajo en tres partes:

- a) Fondo uterino
- b) Cuerpo uterino
- c) Cuello uterino cérvix

En el fondo uterino se encuentran los ángulos corneales en ambos lados del uterino. El cuerpo uterino es la parte más amplia del útero, cérvix se encuentra atravesado por un conducto endocervical.

El útero mide aproximadamente 7 cm de largo por 4 de ancho por 3.5 de espesor, en la mujer adulta en edad reproductiva tiene una capacidad más grande y en mujeres ancianas y niñas es más pequeño. La función del útero es recibir al embrión, conservarlo, nutrirlo, madurarlo y expulsarlo.

Ligamentos Uterinos

Son redondos, uterosacros, cardinales y anchos.

Ligamentos redondos son dos bandas redondas de tejido redondo que nacen a cada lado de los ángulos corneales por delante del nacimiento de las trompas de Falopio, corren hacia las paredes laterales de la pelvis pasan por el canal inguinal y terminan insertándose en los labios mayores de la vulva. La función es mantener al útero en posición anteversoflexión.

Ligamentos uterosacros nacen a cada lado del útero a nivel del istmo, corren sus fibras hacia atrás en forma de arco y terminan insertándose en la tercera y cuarta vertebra sacra. La función es mantener al útero central y evitar lateralizaciones.

Ligamentos cardinales

Nacen al lado del útero también a nivel del istmo y corren sus fibras hacia la pared lateral de la pelvis, en donde se insertan en el parametrio, su función es mantener al útero en posición central evitando descensos.

Nacen al lado del útero a nivel del istmo y corren sus fibras hacia la pared lateral de la pelvis en donde se insertan en el parametrio, su función es mantener al útero en posición central evitando descensos, útero y forman un velo que cubre a los otros ligamentos y su función es protectora.

- **Trompas De Falopio:** Las trompas son dos conductos de musculo membranoso que se encuentran situados en los ángulos corneales del útero de cada lado y que miden entre 11cm de largo aproximadamente y de calibre variable, siendo más amplios en la región de la ámpula y más estrechos en la región intersticial.

Funciones De Las Trompas De Falopio

Captura el óvulo que expulsa el ovario, lo cual lo realiza con las fimbrias. Ayuda al transporte de los espermatozoides para llegar a fecundar mediante movimientos peristálticos centrífugos, sirve de sitio de fecundación lo cual se realiza en la ampolla transporta el óvulo fecundado a la cavidad uterina mediante movimientos centrípetos.

- **Ovarios:** Son dos glándulas derecha e izquierda de secreción mixta interna y externa la secreción interna está dada por los estrógenos y la progesterona. La secreción externa está dada por el óvulo. Los ovarios se encuentran situados en la cavidad pélvica al lado del útero unidos a este mediante el ligamento uteroovarico, aunque tambien tiene otro ligamento que lo sostiene que es el infundivulopelvico, por estos dos ligamentos el ovario recibe la enervación e irrigación.

2.2 Planificación familiar.

Es un procedimiento auxiliar mediante el cual una pareja decide cuantos hijos tener, en que momento tenerlos, planeado el espacio entre uno y otro hijo, el objetivo de la planificación familiar es un bienestar social, económico, cultural y familiar, evitando la muerte materno fetales. La planificación familiar es un método muy útil, ayuda a prevenir varias situaciones sobre la población, para que la planificación familiar se lleve a cabo se

requiere de métodos anticonceptivos, los agentes anticonceptivos son aquellos que tiene el objeto de evitar la concepción y el embarazo.

2.2.1 Planificación del embarazo:

Hace referencia al registro consciente de la mujer de querer concebir un hijo, conforme a su proyecto de vida y que se relacionan con factores socioculturales. La salud y la atención médica antes del embarazo se concentran en cosas que usted puede hacer antes y entre los embarazos para aumentar las probabilidades de tener un bebé sano. A muchas mujeres les toma unos pocos meses preparar su cuerpo para el embarazo, pero a otras les puede tomar más tiempo. Ya sea su primer, segundo o sexto bebé, debe seguir las siguientes medidas que son importantes para ayudarla a prepararse para el embarazo más saludable posible.

Primero ante todo debe elaborar un plan donde ya se ha pensado en sus metas con respecto a tener o no tener hijos y en cómo lograrlas. Esto es lo que se llama un plan de vida reproductiva. Pero cuando no se quiera quedar embarazada, será necesario utilizar métodos anticonceptivos eficaces para lograr sus metas. Pero ahora que se ha aceptado tener un hijo es necesario tener en cuentas muchos aspectos, desde un hogar y llevar una vida saludable, alejándonos de todo los ambientes que se pueda ser causante de riesgo en el embarazosa también se está planeando un embarazo es necesario visitar al médico especialista que en este caso será el ginecólogo, él nos dirá las cosas que debemos realizar para nuestro embarazo, los cuidados que debemos tener y nos llevara un control prenatal, en la atención médica o la consulta se verá si la paciente no tiene afecciones como son antecedentes familiares, si se cuenta con enfermedades de transmisión sexual o alguna enfermedad metabólica como diabetes o tiroides, enfermedades hipertensivas, otra de las causas que se verán para la planificación del embarazo es el estilo de vida que lleva la pacientes y en esto se tomara en cuenta si la paciente fuma, consume drogas o alcohol.

Si se vive en un ambiente estresante, habita o convive con cosas nocivas para la salud, todo esto se tiene que mejorar para tener un embarazo saludable para evitar algún daño que pudiera ser ocasionado al feto.

La sexualidad es una característica de los seres humanos, ya que el 90% somos un producto de una relación sexual de nuestros padres, la sexualidad está presente en nosotros desde el nacimiento y formará parte de nuestra personalidad.

La sexualidad influye y forma parte de la conducta humana a la vez elige nuestros comportamientos y nuestras acciones en el desempeño diario, la educación sexual debería impartirse o dar a conocer desde la edad preescolar, pero realmente se da a conocer como una materia optativa y solo es complementaria en la educación, muchas familias lo ven con un índole de que es malo, ya que así los educaron a ellos. Propiamente la educación sexual trata la sexualidad humana, el comportamiento y en general todas las actitudes relacionadas con el sexo.

La educación sexual se debe iniciar con en el nacimiento, con la acción de los padres, se debe llevar a cabo por etapas de acuerdo a la edad de los hijos, pero es más importante en las primeras etapas de la vida y dar a conocer que la sexualidad no es solo hablar de tener relaciones sexuales, sino que es algo que nos caracterizará a lo largo de la vida.

2.4 Embarazo.

Estado fisiológico pasajero que inicia con la unión del óvulo con el espermatozoide a esto se le llama fecundación y este periodo termina con el nacimiento de un nuevo ser. La especie humana está programada genéticamente para tener un solo producto para un solo embarazo, más de un producto es anormal o patológico.

El embarazo es capaz de desencadenar otra patología que pone en peligro la vida de la paciente, así como el del producto, en obstetricia la semana se va a dividir en 7 días, el embarazo va a contar con 280 días, cuarenta semanas, 9 meses lunares, tres trimestres y dos mitades. Para llevar un buen control del embarazo.

2.4.1.1 Signos del Embarazo.

Todos estos signos son subjetivos, ya que nos darán una respuesta positiva si se cuenta con los datos positivos del embarazo.

La amenorrea secundaria es la ausencia de menstruación por más de seis meses en pacientes con ciclo ovárico normal o más de tres intervalos en pacientes con ciclos irregulares y que hayan presentado previamente la menstruación.

El ciclo menstrual normal involucra una interacción compleja entre el eje hipotálamo – hipófisis-ovario. Cualquier alteración de esta interacción puede causar amenorrea. La amenorrea es importante por varias razones. Puede relacionarse con embarazo, infertilidad, osteoporosis, atrofia genital y disfunción social y psicosocial importante.

- Náuseas y Vomito.

Las náuseas y vómitos que ocurren durante la primera etapa del embarazo. Debido a que las náuseas y vómitos del embarazo ocurren en la mañana es llamada “trastorno matutino” en cualquier momento durante el día o la noche. Náuseas y vómitos son más comunes durante los primeros tres meses del embarazo y a menudo desaparecen después de éstos. Aunque la náusea y vómitos son desagradables, no son dañinos a menos que los vómitos se conviertan en severos.

Las causas de las náuseas y vómitos durante el embarazo no se saben exactamente por qué mujeres embarazadas tienen náuseas y vómitos. Sin embargo, cambios en las hormonas y niveles de azúcar en la sangre puede que causen estos problemas. La mayoría de las mujeres son más sensitivas a estos cambios que otras. Para algunas mujeres, la tensión emocional puede que empeore las náuseas y vómitos.

- Mastalgia.

La Mastalgia es el edema que se produce en las glándulas mamarias causado por retención de agua y sodio, secundario al aumento de los niveles de estrógeno y progesterona, lo que provocaría inflamación y aumento de la consistencia mamaria. Se ha considerado que es una respuesta fisiológica exagerada a la estimulación cíclica a estrógenos y progesterona.

En el embarazo la mastalgia se debe a que hay producción de la hormona luteinizante, la cual se está preparando para el nacimiento del producto para su alimentación y está mastalgia seguirá hasta el término de la lactancia, pero se presentara en cada ciclo menstrual.

- Micciones frecuentes e urgentes.

Micción frecuente significa que hay una necesidad de orinar más a menudo de lo normal. La micción urgente se refiere a unas ganas repentinas y fuertes de orinar, junto con molestia en la vejiga. La necesidad frecuente de orinar durante la noche se llama nicturia. La mayoría de las personas pueden dormir entre 6 y 8 horas sin tener que orinar.

En el embarazo son muy comunes ya que el útero va creciendo y ocupando espacio para el desarrollo de un nuevo producto, esto se debe a que se comprime la vejiga y hay la necesidad de miccionar frecuente y muy seguidamente, esto va a ser muy común durante todo el embarazo.

2.4.2 .2 División del embarazo.

Características como se divide el producto del embarazo ya que son necesarios para su valoración y saber cuándo hay una muerte fetal intrauterina, se clasifican de acuerdo a las semanas que se muestra.

- 20—28 semanas de gestación inmaduro
- 28—37 semanas de gestación pre término
- 37—42 semanas de gestación: término
- Más 42 semanas de gestación post maduro.

Estas etapas son importante ya que así se tomará en cuenta la semana de gestación que se valora para que un embarazo se llegue al término.

2.4.3 Fecundación.

La fecundación es la unión del óvulo con el espermatozoide que ocurre en el tercio externo de las trompas de Falopio, en condiciones normales, aunque ahora se cuenta con la fecundación in vitro.

Durante el coito el hombre deposita semen en el saco de Douglas, pasando un tiempo aproximadamente de 30 minutos se licua para que los espermatozoides sean liberados y que

estos puedan tener motilidad y puedan pasar a través del canal endocervical y ascienden por el útero y por encima del endometrio y se introducen por el ostioma, pasan por las trompas de Falopio en donde son ayudados por los movimientos peristálticos centrípetos, una vez que encuentra el óvulo lo rodea tratando de penetrar, pero solo un espermatozoide logrará entrar, al estar en la cabeza dentro del ovario se forma una membrana que impedirá que otros espermatozoides entren, después de esto se inicia la división celular y el huevo toma el nombre de cigoto.

En el séptimo día de la fecundación el blastocisto está implantado en la decidua y el trofoblasto comienza a erosionar las capas compacta y esponjosa en busca de sustrato alimenticio, esta erosión ocasiona pequeños hematomas, entonces las vellosidades coriónicas emiten ramificaciones celulares que forman cordones que darán origen a pequeños vasos sanguíneos que alimentaran al blastocisto, a partir de este momento se considera establecida la circulación materno fetal, en esta etapa el embrión ya es delicado a los medicamentos que consume la madre. En el octavo día se formara el disco embrionario y una semana después se dará origen a las capas embrionarias que forman las capas del cuerpo humano, que son ectodermo, mesodermo y endodermo.

A medida que avanza el disco embrionario se forma una cavidad dentro del blastocisto que dará origen a la cavidad amniótica, las membranas reciben el nombre de corión, las membranas que envuelven al embrión se llaman amnios y estas lo envuelven hasta que la placenta se forma.

2.4.4. 4. Síntomas de Embarazo.

- Leucorrea.

Es un flujo no sangrante que procede del aparato genital femenino. Puede deberse a una secreción cervical abundante y/o a una excesiva descamación de la vagina, provocada por lo general por una infección baja del aparato genital.

- Aumento del abdomen.

Todo crecimiento abdominal en una mujer en edad reproductiva sugiere la posibilidad de embarazo. Luego del tercer mes, el crecimiento abdominal es progresivo y es más notorio en multíparas; sin embargo, ello no sólo ocurre en los embarazos sino que puede aparecer en patologías tumorales de cualquiera de los órganos intrabdominales y en casos de ascitis.

- **Pigmentación cutánea.**

Se presenta en el 46.4% de las mujeres embarazadas, se caracteriza por una hiperpigmentación irregular, simétrica, principalmente en la región centro facial, el pigmento es melanina, la coloración va de café a gris pardusco.

La enfermedad afecta a todos los grupos raciales, pero es más frecuente en individuos con complexión oscura, principalmente hispanos que viven en áreas con radiación solar intensa. Aunque la causa precisa del melasma es desconocida, se han implicado muchos factores etiopatogénicos, como: influencia genética y exposición a radiación ultravioleta como más importantes, ya que el melasma no siempre se resuelve con el parto o al discontinuar el uso de anticonceptivos hormonales.

2.4.5. 5. Complicaciones del Embarazo

1.-Aborto espontáneo.

Es la terminación del embarazo antes de que el producto sea viable, es antes de que cumpla las 20 semanas de gestación y pesa menos de 500 gr. La etiología es un proceso de selección natural ya que el 60% se debe a malformaciones congénitas y otro 40% a otras causas desconocidas.

2.-Enfermedades trofoblasticas.

La enfermedad trofoblastica de la gestación comprende un grupo de enfermedades poco frecuentes por las que se forman células anormales en el interior del útero después de la concepción.

La enfermedad trofoblásticas de la gestación (ETG), se origina un tumor en el interior del útero con tejido que se forma después de la concepción. Este tejido se compone de células trofoblásticas y normalmente envuelve el óvulo fertilizado en el útero. Las células trofoblásticas ayudan a conectar el óvulo fertilizado con la pared del útero y forman parte de la placenta (el órgano que envía nutrientes de la madre al feto).

A veces se presentan problemas con el óvulo fertilizado y las células trofoblásticas: en lugar de formarse un feto saludable, se forma un tumor. El embarazo parecerá como un embarazo normal hasta que aparecen signos.

La mayoría de las ETG son benignas y no se diseminan, pero algunos tipos se vuelven malignos y se diseminan hasta los tejidos cercanos o hasta partes distantes del cuerpo.

El término enfermedad trofoblásticas de la gestación (ETG) es general e incluye tipos diferentes de enfermedad, como los siguientes:

- Molas hidatiformes (MH)

MH completa.

MH parcial.

La mola hidatiformes es el tipo más común de enfermedad trofoblásticas de la gestación. Las molas hidatiformes (MH) son tumores de crecimiento lento que parecen bolsas con líquido. Una mola hidatiforme también se llama embarazo molar. No se conoce la causa de las molas hidatiformes.

Las molas hidatiforme pueden ser completas o parciales:

La completa se forma cuando el espermatozoide fertiliza un óvulo que no contiene el ADN de la madre. El huevo tiene el ADN del padre y las células que hubieran formado la placenta son anormales.

La parcial se forma cuando el espermatozoide fertiliza un óvulo normal y hay dos conjuntos de ADN del padre en el óvulo fertilizado. Se forma solo una parte del feto y las células que hubieran formado la placenta son anormales.

La mayoría de las molas hidatiformes son benignas, pero a veces se vuelven cancerosas. La presencia de uno o más de los siguientes factores de riesgo aumenta el riesgo de que una mola hidatiformes se vuelva cancerosa:

Embarazo antes de los 20 años o después de los 35 años.

Concentración muy alta de gonadotropina coriónica humana, una hormona elaborada por el cuerpo durante el embarazo.

Tumor grande en el útero.

Quiste ovárico de más de seis centímetros.

Presión arterial alta durante el embarazo.

Glándula tiroidea hiperactiva (el cuerpo elabora hormona tiroidea extra).

Náuseas y vómitos graves durante el embarazo.

Células trofoblasticas en la sangre, que pueden bloquear los vasos sanguíneos pequeños.

Problemas graves de coágulos de sangre causados por la MH.

3.-Embarazos Ectópicos.

Es aquel embarazo que se implanta fuera de la cavidad uterina. Su frecuencia ocurre un 95% en las trompas de Falopio y un 5% en otros lugares como ovarios o intersticial. La etiología son anomalías anatómicas de las trompas de Falopio adquiridas o congénitas, el tabaquismo activo pasivo, administración de espasmódicos antes de los siete días de la fecundación.

El cuadro clínico es una urgencia médica obstétrica ya que está roto, generalmente estos pacientes están en choque hipovolémico.

4.-Inzoimmunizacion materno fetal.

5.-Enfermedades hipertensivas del embarazo.

Normalmente en el embarazo la presión arterial tiende a bajar, que es lo más común que la embarazada sea hipotensa. Si se presenta hipertensión arterial en una embarazada debemos primeramente comprobar que sea hipertensa para clasificarla.

Hipertensión transitoria del embarazo.

Se presenta a finales del embarazo generalmente en la semana 36 en adelante y que desaparece de manera espontánea sin tratamiento después del parto, la cifra de tensión arterial no rebasan los 130/90, no hay proteinuria y el edema es normal.

Hipertensión arterial crónica.

La paciente embarazada que es hipertensa y recibe tratamiento, sufre los síntomas de cefalea, puede tener proteinuria y el edema es normal.

Síndrome de preclamsia.

Se presenta en el embarazo después de las 20 semanas de gestación e inclusive en el puerperio y es un padecimiento grave que pone en peligro la vida de la madre y del feto que se caracteriza por hipertensión arterial, edema generalizado y proteinuria y se clasifica en leve y grave.

6.-Diabetes gestacional.

La definición de diabetes gestacional como cualquier grado de intolerancia a la glucosa, con inicio o primer reconocimiento en el embarazo, independientemente del tipo de tratamiento que requiriera y de la persistencia o no de la condición

Después del embarazo, se establece una nueva terminología que diferencia la diabetes gestacional propiamente dicha de la diabetes manifestada.

7-Roptura Prematura De Membranas.

La roptura prematura de membranas (RPM) se define como la situación de continuidad espontánea de la membrana cori amniótica antes del inicio del trabajo de parto. La

RPM puede ocurrir en cualquier momento de la gestación, pero se asocia a mayor morbilidad cuando ocurre en el embarazo de pre término.

- Incidencia

Se estima que es entre el 2,7 y 17% de los embarazos, corresponden al 20% de los casos a gestaciones de pre término.

El período de latencia se relaciona con la edad gestacional, siendo mayor en los embarazos de pre término, que en los embarazos de término.

La etiología de la RPM es desconocida en la mayoría de los casos. Sin embargo, se han identificado varias condiciones predisponentes:

Alteración de las propiedades físicas de las membranas.

El colágeno y la elastina jugarían un rol importante en la mantención de la integridad de la membrana corioamniótica, la que en condiciones normales exhibe un equilibrio entre actividad enzimática proteasa y anti proteasa.

Es consistente señalar que las membranas de los embarazos con RPM son más delgadas y tienen menos elasticidad y resistencia que aquellas que permanecen íntegras hasta su rotura durante el trabajo de parto. Por otra parte, se ha comunicado que las proteasas locales elaboradas por fibroblastos, macrófagos y bacterias, juegan un rol en la remodelación molecular de la membrana corioamniótica.

Rol de la infección en la rotura prematura de membranas.

La rotura de membranas puede resultar de una infección cérvicovaginal o intrauterina. La infección bacteriana, directa o indirectamente (vía mediadores de la respuesta inflamatoria), puede inducir la liberación de proteasas, colagenasas y elastasas, que rompen las membranas ovulares. Los gérmenes pueden alcanzar el Líquido Amniótico estando las membranas rotas o íntegras, pero el oligoamnios favorece la colonización del LA al deprimirse su actividad bacteriostática. La vía de infección puede ser ascendente.

Condiciones clínicas: La mayoría de las "condiciones asociadas a la RPM" determinan una tensión excesiva de las membranas ellas son:

- Polihidroamnios
- Embarazo gemelar
- Malformaciones uterinas
- Tumores uterinos

En el caso de incompetencia cervical, la exposición de las membranas a la flora vaginal y la reacción de tipo cuerpo extraño generada por el material de sutura utilizado en su tratamiento, pueden favorecer la rotura ovular. Mecanismos similares explicarían el accidente en casos de embarazos con dispositivo intrauterino.

El tabaquismo materno aumentaría el riesgo de ruptura de membranas que favorecer la reacción química de neutrófilos que secretan elastina. Se relaciona directamente con la cantidad de cigarrillos fumados.

Diagnóstico.

El primero de ellos es la especuloscopia, que permite apreciar salida de Líquido Amniótico a través del orificio externo del cuello uterino en forma espontánea o a través de la compresión manual del abdomen materno que moviliza el polo fetal pelviano de modo de facilitar la salida de líquido. Cuando el diagnóstico es evidente, la altura uterina es menor que en los controles previos y las partes fetales se palpan con facilidad.

En un número menor de casos deben agregarse a los procedimientos mencionados (anamnesis, examen físico y especuloscopia). El líquido amniótico se ve la cristalización en hojas de helecho: la presencia de Líquido Amniótico en el contenido del fondo de saco vaginal permite identificar, en un extendido examinado al microscopio de luz, la cristalización característica en forma de plumas, que resulta de la deshidratación de las sales contenidas en el Líquido Amniótico.

Otro de los diagnósticos para determinar la RPM se coloca una gota de Líquido amniótico en una hoja de papel nitrazina la cual señala un pH mayor o igual a 7 y se mostrara detención de células de descamación: la piel fetal descama células superficiales. La Evaluación ultrasonográfica: la evaluación ecográfica permite estimar la cantidad de Líquido Amniótico en la cavidad uterina. La RPM en la valoración complementaria, la presencia de oligoamnios debe asumirse como consistente con el diagnóstico. Por el contrario, una cantidad normal de LA en presencia de similares condiciones hace improbable el diagnóstico.

El ultrasonido constituye no sólo un elemento de apoyo diagnóstico; permite, además, valorar el bienestar fetal, aproximar o certificar una edad gestacional, descartar la presencia de malformaciones fetales y predecir o apoyar el diagnóstico de una corioamnionitis.

2.5 Periodo Fetal

La transformación del embrión al feto constituye un proceso gradual, pero el cambio de nombre es importante. El desarrollo durante el periodo fetal se relaciona con crecimiento rápido de cuerpo y de la diferenciación de tejido y órganos y sistemas. El ritmo de crecimiento durante el tiempo fetal es muy rápido y el aumento de peso. El período abarca desde la novena semana hasta el final de la vida intrauterina se denomina periodo fetal. El embarazo es algo fisiológico del organismo pero muchas veces son de alto riesgo ya que trae muchas complicaciones como ya lo vimos pero una de las complicaciones más trágicas es la muerte fetal intrauterina.

2.6 Muerte fetal intrauterina

La muerte fetal es uno de los accidentes obstétricos más difíciles de enfrentar, por parte de la madre significa un desencanto que desvanece todas las expectativas forjadas en ese futuro niño. Y por parte del médico representa un fracaso científico si la causa que lo produce puede prevenirse o un vacío del conocimiento si dicha causa no se puede establecer.

Tanto la mujer embarazada como el feto, a pesar de cumplir con un proceso de carácter netamente fisiológico como es el embarazo, están expuestos a una serie de riesgos que amenaza su salud y vidas, entre las probables complicaciones se encuentra la muerte fetal intrauterina

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) describe a la muerte fetal intrauterina como la muerte previa, a la extracción o expulsión completa del producto de la concepción, independientemente de lo que dure el embarazo

Según la edad gestacional debe ser después de las 22 semanas de gestación y con un peso mayor a 500 gramos.

2.6.1 .1 Epidemiología

La frecuencia de la muerte fetal varia, siendo de 1% de todo embarazo afecta un alrededor de 3 millones de embarazos al año en todo el mundo, de los cuales 98% ocurren de bajo y mediano nivel socio-económico

Los casos de muerte fetal antes del trabajo de parto representan más de la mitad de los casos, muchos casos no se registran, ni reflejan las políticas sanitarias a nivel mundial.

2.6.2 .2 Enfoque de riesgo

Es un método de trabajo en la atención en salud de las personas, la familia y la comunidad basadas en el concepto de riesgo.

Se define riesgo como “la probabilidad que tiene un individuo o grupos de individuos de sufrir en el futuro un daño en su salud”, es importante destacar que el concepto de riesgo es probabilística y no determinista.

Un factor de riesgo es la característica o atributos cuya presencia se asocia con un aumento de la probabilidad de padecer el daño.

2.6.3 .3 Etiología.

Los factores de riesgo para la muerte fetal intrauterina son múltiples, se dividen en maternos, sistémicos y fetales.

Los factores maternos:

✓ Los fibriomiomas uterinos

Son tumores benignos que aparecen con frecuencia en mujeres de edad fértil. Muchas veces son asintomáticos pero pueden producir sangrados irregulares, dolor pélvico, infertilidad.

Su fisiopatología no es conocida, ya que son varios tratamientos tanto quirúrgicos como médicos para su manejo. Todavía la investigación nos brinda la respuesta final para su prevención y tratamiento.

✓ Anomalías uterinas

El desarrollo normal del tracto reproductivo femenino implica una serie de procesos complejos caracterizados por la diferenciación, la migración, la fusión y la posterior canalización del sistema uterino.

Las anomalías uterinas se caracterizan por un fallo en el desarrollo, la fusión o la canalización de los conductos de útero y abarcan desde la agenesia de útero y/o trompas, a un leve defecto caracterizado por una leve indotación del fondo uterino.

Factores Sistémicos.

1. Sífilis.

Enfermedad de transmisión sexual, es causada por una bacteria llamada espiroqueta treponema pallidum, aunque sea transmisión es sexual, también se puede transmitir por vía hemática y por secreciones de las mucosas.

La madre infectada le trasmite la enfermedad al feto, ya que el teponema atraviesa la barrera placentaria y él bebe presenta sífilis congénita, que se caracteriza por una osteítis de los huesos nasales, sordera, convulsiones o encefalitis.

Si la madre no es diagnosticada a tiempo un 25% de los fetos son obitados, otros 25% muere al nacer y un 50% no mueren pero desarrollan sífilis.

2. Tuberculosis.

La Tuberculosis (TB) es una enfermedad que representa un importante problema de salud a nivel mundial, es producida por una bacteria de la familia Mycobacteriae, la cual es la que más frecuentemente afecta a los humanos en la Tuberculosis. Que cualquier otra patología.

Trasmisión e infección.

La transmisión y patogénesis de esta enfermedad en pacientes embarazadas es la misma que en las no embarazadas, se transmite comúnmente de persona a persona por vía respiratoria por medio de gotas de saliva que se dispersan en aire durante la tos o estornudos las cuales se secan rápidamente y el microorganismo permanece en el aire durante horas; es importante mencionar que el contagio se da durante un contacto ambiental íntimo de un mínimo de 6 horas con una persona con TB pulmonar activa.

3. Paludismos.

El paludismo o malaria es una enfermedad producida por parásitos intracelulares del género Plasmodium. Supone un problema epidemiológico y social extraordinariamente serio si

se considera que esta enfermedad es la que con mayor frecuencia afecta al hombre. Se calcula que anualmente enferman 500 millones de personas, de las cuales mueren alrededor de 8 millones.

Es una enfermedad prevalente en la mayor parte de las regiones tropicales del mundo, especialmente en África, aunque también existe una alta incidencia en Asia, Oceanía, Oriente Medio y Turquía. En España se declaran aproximadamente unos 200 casos anuales. Se está convirtiendo en una enfermedad emergente en el mundo occidental debido al aumento de la inmigración y al creciente interés por viajar a áreas donde el paludismo es endémico.

En zonas no endémicas de malaria debe sospecharse en todo paciente febril con el antecedente de haber viajado a países en los que se transmite la infección.

4.-Toxoplasmosis.

Esta patología es contagiada por transmisión sexual, por alimentos contaminados por el excremento de los gatos y se trasmite por vía oral o fecal.

Es una infección subclínica (no signos ni síntomas).

Signos y síntomas

- Fiebre.

La fiebre es un método del organismo de protección contra enfermedades o infecciones, es muy notorio ya que la paciente tendrá una temperatura corporal que se considere fiebre cuando es mayor de 37.5°centígrados.

- Astenia.

Trastorno causado por un exceso de sudoración, con la consiguiente pérdida de minerales. La astenia produce un marcado cansancio, agotamiento y falta de energía. La sensación de calor es muy intensa y la piel se torna de un aspecto pálido y sudoroso.

- Adinamia.

Ausencia de movimiento o reacción, lo que lleva a un estado de postración debido a factores físicos tanto nerviosos. Las causas pueden ser numerosas enfermedades o algunos trastornos psiquiátricos o psicológicos. La adinamia se manifiesta por falta de fuerza, debilidad, ausencia de iniciativa física y emocional como consecuencia de un estado patológico.

- Dolor óseo.

Es el dolor alrededor de los huesos, la paciente con toxoplasmosis lo refiere como algo inusual, ya que el dolor es más bien por las noches y que es un dolor que no se puede explicar porque daña al paciente asta o dejarla realizar sus actividades diarias

Si se deja avanzar la toxoplasmosis atiende, ocasiona lesiones cerebrales y oculares, daño a la retina produciendo ceguera y en el feto produce toxoplasmosis congénita, en un 50% produce infertilidad. La toxoplasmosis ataca el embrión e impide su desarrollo produciendo embarazos anembrionicos (embarazos sin huevo) lo cual termina por ser óbitos o abortos.

4. Hepatitis

Causa más frecuente en el embarazo, el 95% de la ictericia son virales, afortunadamente la hepatitis A, es menos agresivas y no dañan, el 5% que queda son de origen químico, inhalación de solventes, anestesia general con medicamentos cevorane, medicamentos como paracetamol, eritromicina, alcohol.

La trasmisión de la hepatitis B es trasmitida generalmente por vía parenteral o transfusiones sanguíneas o con jeringas contaminadas, otras de las causa es por contacto sexual.

La hepatitis C tiene las mismas características que la hepatitis B pero es más agresiva al hígado ya que deja daño hepático.

La hepatitis A y C no causan daño al feto, pero la hepatitis B causa en el feto, en las semanas primera hasta la semana veinte causa aborto, de la veinte en adelante óbito, partos pre términos.

Signos y síntomas.

- Astenia.
- Adinamia
- Fiebre
- Pérdida de peso
- Deshidratación
- Daño al estado general
- Calosfríos
- Ictericia
- Coluria
- Acoria

Diagnóstico

Historia clínica completa, los signos y síntomas y laboratorio con un perfil de funcionamiento Hepático donde se nos mostrara la falta de funcionamiento del hígado por el daño de la hepatitis.

Tratamiento

Es ambulatorio si es hepatitis A y si es B y C es intrahospitalario vigilando a la madre y al feto.

5. Enfermedades Metabólicas como la Diabetes.

La DM y embarazo representan un gran desafío médico-obstétrico por sus múltiples complicaciones, aún presentes, a pesar del avance médico y tecnológico.

La asociación de DM y embarazo se clasifica en dos categorías:

1) Pre-gestacional: incluye la DM tipo1, tipo 2, intolerancia a la glucosa (considerada como Pre-DM).

2) Diabetes Gestacional (DG): definida como intolerancia a la glucosa de cualquier severidad, que comienza o es reconocida por primera vez, durante el embarazo.

3) Prevalencia: La Diabetes Gestacional ocurre en aproximadamente en un 7% de todos los embarazos (rangos entre 1-14%, según población estudiada y test diagnósticos empleados); resultando en más de 200.000 casos anuales de Diabetes Gestacional.

Las mujeres con Diabetes y Embarazo se exponen a serias complicaciones, como la pre-eclampsia. La Hiperglicemia materna es el principal factor en la fisiopatología de las complicaciones fetales, aumentando las cifras de morbimortalidad perinatal.

Las evidencias recientes, han demostrado la importancia del Estricto control glicémico de la diabética embarazada, para lograr un buen desarrollo fetal; reduciendo los riesgos de la madre y el recién nacido.

6. Enfermedades Cardiovasculares Como Cardiopatías.

Arritmias, las arritmias sostenidas como las extrasístoles son más frecuentes durante el embarazo.

Como las taquicardias, las arritmias ventriculares malignas.

Tetralogía de fallot.

Es la cardiopatía cianótica más frecuente, se ha considerado a las pacientes con tetralogía de fallot corregida como un grupo bajo riesgo de complicaciones materno fetal. Pero sin embargo la gestación puede empeorar la función de la dilatación ventricular derecha.

Coartación de la aorta.

La mortalidad materna en mujeres con coartación de la aorta no corregida ha sido estimada alrededor del 3%.

Las principales complicaciones referidas son las secundarias a la hipertensión arterial severa, incluida la disección aórtica.

Los cambios en la pared aórtica durante la gestación incrementan el riesgo.

Estenosis aórtica

Toda paciente con Estenosis Aortica sintomática debería posponer el embarazo hasta después de la cirugía cardiaca.

Toda paciente con Estenosis Aortica sintomática debería posponer el embarazo hasta después de la cirugía cardiaca, puede precipitar insuficiencia cardiaca.

Embarazos múltiples

Se define como embarazo múltiple al desarrollo simultáneo de dos o más embriones dentro de una misma gestación.

La incidencia de embarazo múltiple espontáneo se puede estimar por cada embarazo de gemelos es de 1 por 80 embarazos; y los trillizos o embarazo triples es de 1 por 6.400 embarazos. La incidencia en la población general es del 1 por 80 partos, y en los últimos años se ha presentado un incremento progresivo en la incidencia de embarazos múltiples a nivel mundial debido al uso de inductores de la ovulación y a programas de fertilización asistida; no obstante, en los embarazos espontáneos es del 1,6%, donde la mayoría corresponde a embarazos gemelares, puesto que la incidencia de embarazos de más de dos fetos espontáneos es anecdótica.

Clasificación

Se clasifican según su genotipo en monocigótico idénticos y dicigótico; o según su placentación, en monocoriales (una placenta) o bicoriales (dos placentas).

Monocigóticos: se presentan cuando un óvulo es fecundado por un espermatozoide y posteriormente se divide, dando como resultado gemelos idénticos, desde el punto de vista físico y genético.

Multicigóticos: resultante de la fecundación de dos o más óvulos por un número similar de espermatozoides, de uno o varios coitos, y en algunos casos de diferente progenitor, en un mismo período menstrual, dando como resultado fetos con características físicas y genotípicas diferentes, del mismo o de diferente sexo.

El embarazo dicigótico es el más frecuente, representa el 66% de los embarazos múltiples; la herencia es el factor más importante, se hereda en forma autosómica recesiva; las madres con antecedente de embarazo gemelar dicigótico tienen una probabilidad 2 a 4 veces mayor de que el fenómeno se repita en los embarazos subsecuentes. El embarazo gemelar aumenta con la edad, la paridad y la raza, siendo más frecuente en la raza negra.

Signos de presunción

- Se debe sospechar de embarazo gemelar en la anamnesis por el antecedente de gemelaridad de la embarazada o de su rama materna.
- Desproporción entre la altura uterina y la edad gestacional por amenorrea.

- Auscultación de dos o más focos fetales con una diferencia de 10 a 15 latidos por minuto.
- La palpación de dos o más polos fetales.
- Multiplicidad de partes fetales.
- Valores altos de subunidad beta de la HCG para la edad gestacional estimada por amenorrea.

Signos de certeza

El único método que permite un diagnóstico precoz y certero es la ecografía. Como se sabe, el embrión es visible a las 4 o 6 semanas, ya sea en la ecografía transvaginal o en la abdominal.

Complicaciones del embarazo múltiple

Cuando el útero grávido aloja dos o más fetos rebasan la capacidad continente, aumenta la posibilidad de expulsión de su contenido, y por lo tanto, incrementa el riesgo de morbilidad y mortalidad feto-neonatal y materna.

- Las complicaciones feto-neonatales pueden presentarse durante el embarazo o el parto; además, existen complicaciones propias del embarazo gemelar o múltiple como:
 - Crecimiento discordante.
 - Muerte fetal intrauterina de alguno de los fetos.
 - Síndrome de transfusión fetal.
 - Perfusión arterial reversa en uno de los gemelos.

El riesgo de complicaciones maternas y fetales está aumentado, la tasa de mortalidad materna en las gestaciones múltiples es 3 a 7 veces mayor comparada con gestaciones únicas; la mortalidad perinatal es del 10 al 15%, cifra 5 a 6 veces mayor que en las gestaciones únicas, siendo la prematuridad la primera causa de morbimortalidad.

Complicaciones maternas

- Anemia: la frecuencia de anemia aumenta entre un 30 a 40% en el embarazo múltiple; conviene administrar suplementación de hierro y ácido fólico si se tienen en cuenta los

mayores requerimientos de la madre y los fetos, así como la posibilidad de mayor pérdida sanguínea en el parto.

- Preclamsia: es una de las complicaciones más frecuentes en el embarazo múltiple, 3 a 5 veces mayor que en el embarazo de un solo producto. Se advierten aumentos de la tensión arterial más tempranamente y con mayor tendencia a la eclampsia.

1. Hemorragias ante intraparto: la placenta previa es dos a tres veces más frecuente en el embarazo múltiple, debido a una mayor superficie placentaria. El abrupto de placenta se presenta con mayor frecuencia, así como la hemorragia posparto asociada a la sobre distensión uterina y a la atonía.

- Hiperémesis gravídica: al inicio del embarazo se intensifican las desregulaciones neurovegetativas y el pñalismo. Al final de él, se manifiestan con mayor frecuencia las vrices, los edemas y la dificultad respiratoria.

Otras complicaciones maternas son: la diabetes gestacional, la pielonefritis y la colestasis intrahepática del embarazo.

- Aborto

La frecuencia de aborto es 2 o 3 veces más frecuente en el embarazo múltiple que en los embarazos con feto único. El otro fenómeno relativamente frecuente es la desaparición espontánea de uno de los fetos antes de la semana 14 de gestación, cuando el diagnóstico se ha realizado por ecografía.

Poli hidramnios aproximadamente el 12% de los embarazos múltiples cursa con poli hidramnios; con relativa frecuencia esto ocurre antes de que los fetos adquieran viabilidad, lo que ensombrece de alguna forma el pronóstico fetal. Pueden darse las siguientes situaciones: hidramnios crónico asociado a malformaciones fetales, hidramnios en uno de los sacos y en el otro oligohidramnios asociado a fetos discordantes y a transfusión feto-fetal, y finalmente, ligero aumento en el volumen de líquido amniótico sin significado clínico.

- Parto pretérmino y ruptura prematura de membranas: la principal causa de morbimortalidad en el embarazo múltiple es la prematurez;
- Restricción del crecimiento intrauterino:
- Síndrome de transfusión feto-fetal (STFF): se produce por descompensación Hemodinámica, secundaria a las comunicaciones vasculares placentarias entre ambos fetos.
- Muerte intrauterina de uno de los fetos:

La muerte de uno de los fetos se presenta en el 3-4% de los embarazos gemelares, favoreciendo el paso de material trombo plástico al sobreviviente, lo que puede generar lesiones importantes en miembros, riñón y cerebro; es necesario realizar semanalmente pruebas de coagulación, TP, TPT, fibrinógeno, plaquetas y productos de degradación.

Manejo del embarazo gemelar

El pronóstico de un embarazo múltiple depende principalmente de tres condiciones:

- 1) El número de fetos
- 2) La edad gestacional al momento del diagnóstico
- 3) La corionicidad.

Vigilancia estricta del peso, aumentos importantes significarán retención de líquidos o riesgo de diabetes gestacional. El Incrementos inadecuados se asocian con mayor probabilidad de RCIU. Así mismo, es necesario vigilar estrechamente el hemograma, la tensión arterial, la presencia de edemas y la proteinuria.

2. Restricción del crecimiento uterino (RCIU).

Se refiere al crecimiento deficiente de un bebé mientras está en el útero de su madre durante el embarazo.

Causas

Muchos factores diferentes pueden llevar a que se presente un retraso del crecimiento intrauterino. Es posible que un feto no reciba suficiente oxígeno y nutrición de la placenta durante el embarazo debido a:

3. Grandes altitudes
4. Embarazos múltiples (gemelos, trillizos, etc.)
5. Problemas en la placenta
6. Preclamsia o eclampsia

Los problemas al nacer (anomalías congénitas) y los problemas cromosómicos a menudo se asocian con un peso por debajo de lo normal. Las infecciones durante el embarazo también pueden afectar el peso del feto.

Esta infecciones incluyen: Citomegalovirus, Rubéola, Sífilis, Toxoplasmosis

Los factores de riesgo en la madre que pueden contribuir al retraso del crecimiento intrauterino incluyen:

- Alcoholismo
- Alcoholismo
- Drogadicción
- Trastornos de coagulación
- Cardiopatía o hipertensión arterial
- Nefropatía
- Desnutrición

Desnutrición.

Si la madre es pequeña, puede ser normal que el bebé sea pequeño, pero esto no se debe al retraso del crecimiento intrauterino.

Si la madre es pequeña, puede ser normal que el producto sea de tamaño pequeño, pero esto no se debe al retraso del crecimiento intrauterino. es posible que él bebe tenga una cabeza del tamaño normal, mientras el resto de su cuerpo es pequeño.

Síntomas: Una mujer embarazada puede sentir que su bebé no es tan grande como debería ser. La medida desde el hueso púbico de la madre hasta la parte superior del útero será más pequeña de lo esperado para la edad gestacional de su bebé. Esta medida se denomina altura del fondo uterino.

Pruebas y exámenes: Se puede sospechar un retraso del crecimiento intrauterino si el tamaño del útero de la mujer embarazada es pequeño. La afección generalmente se confirma por medio de una ecografía.

Es posible que se necesiten exámenes adicionales para detectar infecciones o problemas genéticos si se sospecha de dicho retraso del crecimiento intrauterino.

Tratamiento: El retraso del crecimiento intrauterino aumenta el riesgo de que el bebé muera dentro del útero antes de nacer. Si su obstetra sospecha que usted podría tener esta afección, se le hará un seguimiento cuidadoso con ecografías regulares durante el embarazo para medir el crecimiento, los movimientos, la circulación y el líquido alrededor del bebé.

También se realizará una Cardiotocografía en reposo. Esto involucra simplemente escuchar el ritmo cardíaco del bebé por un período de tiempo de entre 20 y 30 minutos.

Según los resultados de estos exámenes, puede ser necesario un parto temprano para su bebe.

Expectativas.

Después del parto, el crecimiento y desarrollo del recién nacido depende de la gravedad y causa del RCIU. Hable sobre el pronóstico del bebé con el obstetra y el pediatra.

Posibles complicaciones: El retraso del crecimiento intrauterino incrementa el riesgo de complicaciones en el embarazo y para el recién nacido, según su causa. Los bebés cuyo crecimiento se ha retrasado frecuentemente experimentan más estrés durante el parto y requieren un parto por cesárea.

Prevención

Para prevenir el retraso del crecimiento intrauterino:

- No consuma alcohol
- No consumir tabaco drogas
- Consuma alimentos saludables.
- Solicite cuidado prenatal regular.

Si tiene una afección crónica o toma medicamentos recetados de manera regular, consulte la atención médica antes de quedar embarazada. Esto puede ayudar a reducir los efectos que su afección médica pueda tener sobre su embarazo y el bebé.

CONTROL DE LA GESTACIÓN.

- ✓ Control por cardiología y obstetricia.
- ✓ Consulta cada 30 días hasta la semana 31, después cada 3 semanas.
- ✓ Reposo relativo.
- ✓ Fármacos específicos.
- ✓ Perfil biofísico fetal.
- ✓ Cardiotocografía

1. Nefropatías.

Durante el embarazo, el sistema renal presenta adaptaciones tanto anatómicas como fisiológicas. La modificación más importante es la dilatación del sistema colector, cálices, pelvis renal y uréteres, que puede persistir hasta el final del puerperio; se cree que es debido a la acción relajante de la progesterona sobre el músculo liso.

La modificación más importante es la dilatación del sistema colector, cálices, pelvis renal y uréteres, que puede persistir hasta el final del puerperio; se cree que es debido a la acción relajante de la progesterona sobre el músculo liso.

El estado de hiperdinamia renal se debe a un incremento del flujo plasmático renal del 50 al 80% en el segundo trimestre, disminuyendo al

Término de la gestación, mientras que el índice de Filtración glomerular aumenta del 30 al 50% en el Primer trimestre y se mantiene así hasta la semana 36.

En la década pasada era muy difícil que una nefropatía se pudiera embarazar pero con los avances científicos ahora es posible que se pueda tener un embrazo, pero la consecuencia es tener un óbito, parto pre termino o la muerte materno fetal.

2. Anemias

La anemia es una de las complicaciones más frecuentes relacionadas con el embarazo, especialmente en los países subdesarrollados. Con frecuencia se inicia el embarazo con bajas reservas de hierro debido a la pérdida de sangre por el flujo menstrual, aunado a una dieta deficiente en hierro y proteínas.

Por esta razón la anemia más común es la ferropénica, mientras que la anemia megaloblástica por deficiencia de ácido fólico es menos frecuente.

Estudios clínicos revelaron que la anemia se asocia con complicaciones del embarazo y del parto en la madre, en el feto y el recién nacido, como mayor morbilidad y mortalidad fetal

y perinatal, parto prematuro, peso bajo al nacer, hipertensión arterial, infección genital y de herida quirúrgica, así como bajas reservas de hierro en el recién nacido, lo que provoca desarrollo psicomotor retardado y alteraciones neuroconductuales

La anemia en el embarazo es una enfermedad frecuente, que con un buen control prenatal puede prevenirse, diagnosticarse y tratarse antes de llegar al parto. Debe aumentarse la cobertura de la atención prenatal. Corresponde al médico y la persona de enfermería realizar un control correcto, con la prescripción de hierro oral profiláctico y solicitar estudios de biometría hemática seriados para establecer un diagnóstico y tratamiento tempranos y evitar, en lo posible, las complicaciones maternas y perinatales relacionadas con la anemia.

Los Factores Fetales.

1. Son incompatibilidad del factor Rh materno fetal.

Es una afección que se desarrolla cuando una mujer embarazada tiene sangre Rh negativa y el bebé que lleva en su vientre tiene sangre Rh positiva.

Causas

Si la madre es Rh negativo, su sistema inmunitario trata a las células fetales Rh positivas como si fuesen una sustancia extraña y crea anticuerpos contra dichas células sanguíneas fetales. Estos anticuerpos anti-Rh pueden pasar de nuevo a través de la placenta hacia el feto y destruir los glóbulos rojos circulantes de éste.

Cuando los glóbulos rojos se descomponen, producen bilirrubina, la cual hace que el bebé se ponga icterico. El nivel de bilirrubina en el torrente sanguíneo del bebé puede variar desde leve hasta altamente peligroso.

Cuando los glóbulos rojos se descomponen, producen bilirrubina, la cual hace que el bebé se ponga icterico. El nivel de bilirrubina en el torrente sanguíneo puede variar desde leve hasta altamente peligroso.

Debido a que toma tiempo para que la madre desarrolle anticuerpos, con frecuencia, los primeros bebés no se ven afectados, a menos que la madre haya tenido embarazos interrumpidos o abortos espontáneos anteriormente que sensibilizaron su sistema inmunitario. Sin embargo, todos los hijos que ella tenga, después de esto serán Rh positivos pueden resultar afectados.

La incompatibilidad Rh se presenta sólo cuando la madre es Rh negativo y el producto es Rh positivo. Gracias al uso de inmunoglobulinas especiales, llamadas RhoGAM, este problema se ha vuelto infrecuente en los lugares que brindan acceso a buenos cuidados prenatales.

Síntomas: La incompatibilidad Rh puede causar síntomas que van de muy leves a mortales. En su forma más leve, esta incompatibilidad causa destrucción de glóbulos rojos sin otros efectos.

- Ictericia generalizada.

La ictericia se identifica en más de la mitad de los recién nacidos. En la mayoría de los casos es benigna y no conlleva riesgo en el recién nacido sano. La ictericia se debe a la hiperbilirrubinemia, aun con valores muy elevados, no conlleva riesgos si ocurre en un recién nacido sano que es alimentado con leche materna. La bilirrubina indirecta, ha reaparecido en los últimos años. En estos informes esta complicación sucede en recién nacidos a término o casi a término aparentemente sanos, sin hemólisis.

Tratamiento: Debido a que la incompatibilidad Rh es prevenible con el uso de RhoGAM, la prevención sigue siendo el mejor tratamiento.

El tratamiento del bebé ya afectado depende de la gravedad de la afección.

Los bebés con incompatibilidad Rh leve se pueden tratar con fototerapia utilizando luces de bilirrubina. Se puede emplear inmunoglobulina intravenosa, pero no hay ninguna evidencia concluyente que demuestre que funciona.

Las posibles complicaciones abarcan:

- Daño cerebral debido a altos niveles de bilirrubina.
- Hidropesía fetal
- Problemas con el funcionamiento mental, el movimiento, la audición, el habla y convulsiones.

Prevención

La incompatibilidad Rh se puede prevenir casi en su totalidad. A las madres Rh negativas se les debe hacer un control estricto durante el embarazo por parte del obstetra.

En la actualidad, se utilizan inmunoglobulinas especiales, llamadas RhoGAM, para prevenir la incompatibilidad Rh en madres que son Rh negativas. Si el padre del bebé es Rh positivo o si no se puede confirmar su tipo de sangre, a la madre se le aplica una inyección de RhoGAM durante el segundo trimestre.

Si el bebé es Rh positivo, la madre recibirá una segunda inyección al cabo de unos días del parto.

Estas inyecciones previenen el desarrollo de anticuerpos contra la sangre Rh positiva. Sin embargo, las mujeres con un tipo de sangre Rh negativo deben recibir la inyección Después de exámenes prenatales como amniocentesis y biopsia de vellosidades coriónicas. Después de una lesión al abdomen durante un embarazo.

3. Oligodramnios.

Es la disminución del líquido amniótico en cualquier edad gestacional.

Etiología.

Ocasiona problemas renales como agenesia renal, atresia renal defectos del tubo digestivo, óbitos, embarazos pre-termino y ruptura prematura de membranas.

Frecuencia

Se considera que el oligodramnios, es mucho muy frecuente pero es mal diagnosticado.

Signos y Síntomas.

- Menor crecimiento uterino, de acuerdo a la edad gestacional.
- Disminución de los movimientos fetales
- Salida de líquido amniótico por vía vaginal.

Diagnóstico.

- Historia clínica.
- Ultrasonido donde se mida la cantidad de líquido amniótico.

Tratamiento.

Terminar con el embarazo si el feto esta obitado, pero si el feto sigue vivo se pudiera realizar una cirugía fetal intrauterina.

Si es agenesia renal se inyecta una solución fisiológica más Hartman simple en la cavidad uterina para sustituir el líquido amniótico y se espera el nacimiento del feto.

2. Malformaciones Congénitas.

El 90% de las malformaciones congénitas son hereditarias y 10% son congénitas.

Anteriormente las malformaciones congénitas se diagnosticaban hasta el nacimiento, por qué no se contaba, con métodos auxiliares de diagnóstico como lo hay ahora.

Las malformaciones pueden ser detectadas en la vida intrauterina e incluso desde las primeras semanas de gestación, excepto enfermedades metabólicas.

Malformación es un defecto estructural primario que resulta de una malformación morfo genética.

Malformaciones hereditarias.

Estas principalmente que sean transmitidas por cromosomas poco depende de la voluntad del ser humano como el síndrome de Down, klinerfertlr, Turner, pie zambo.

Malformaciones congénitas.

Son aquellas que se consideran probablemente inevitables, como son defectos del tubo neural, labio y paladar hendido, masculinización y feminización, daños teratógenos, donde entran medicamentos, factores biológicos.

Frecuencia de las malformaciones se dan por varios extremos de la vida reproductiva embarazos menores de quince años y mayores de cuarenta. Mujeres de bajo nivel socio económico, Promiscuidad sexual, Infecciones de trasmisión sexual, tabaquismo, drogadicción Alcohol.

Etiología

Las malformaciones hereditarias su etiología ausencia o exceso de material genético durante la meiosis o un daño cromosómico

Las malformaciones congénitas es diversa la etiología por agentes biológicos, físicos y químicos.

Cuadro Clínico De La Muerte Fetal Intrauterina

Durante los primeros 4 meses del embarazo (período embrionario), los síntomas de muerte fetal son subjetivos y escasos:

- Desaparición de los signos generales de embarazo como náuseas, vómitos.
- Detención del crecimiento del útero.

Durante el interrogatorio se conoce que los movimientos activos del feto han dejado de ser percibidos, simultáneamente puede haberse producido un escalofrío intenso.

Las pacientes refieren la desaparición de los síntomas subjetivos de embarazo, como la tensión en los senos, la inapetencia y la sensación de tener un cuerpo extraño en el abdomen, se reducen o desaparecen las várices y los edemas y el vientre disminuye de tamaño.

El psiquismo puede afectar al paciente si conoce la muerte del niño; el peso corporal puede disminuir de manera súbita.

Cuando se realiza la inspección varios días después, se detecta que el volumen del vientre no corresponde con el que debiera tener según el tiempo de embarazo. Al presionarse la mama puede extraerse calostro.

2.7. Diagnóstico.

Los datos clínicos relevantes en el diagnóstico de la muerte fetal son:

Ausencia de movimientos fetales, ausencia de crecimiento uterino, ausencia de la frecuencia cardíaca. También se puede sospechar de la muerte fetal con estos aspectos, desaparición de percepción de movimientos fetales, Retraso del crecimiento fetal Regresión del tamaño de los senos, salida de sangrado transvaginal, mal sabor de boca.

Las pruebas diagnósticas.

Los estudios de laboratorio o gabinetes con el fin de confirmar una muerte fetal.

Ultrasonido en tiempo real es más indicado para el diagnóstico de la muerte fetal. El estudio ultrasonografico es un método adecuado y seguro para el feto cuando se utiliza apropiadamente es útil para determinar edad gestacional, número de feto, viables, crecimiento fetal y localización placentaria, localización del cordón umbilical.

Otros estudios para identificar las posibles causas de muerte fetal.

Autopsia de cordón umbilical, placenta y membranas amnióticas.

Cariotipos

Cultivo de líquido amniótico.

2.8 Manejo

El 85% de las pacientes con muerte fetal desarrolla trabajo de parto espontáneamente, dentro de tres semanas posteriormente al diagnóstico. Y en un 90% lo desarrollan en las 24 horas de la muerte.

La inducción del trabajo de parto debe ser ofrecida a pacientes en que no está contraindicada.

El personal de salud, que da atención a los pacientes con muerte fetal se recomienda la inducción del trabajo de parto con misoprostol en una prostaglandina sintética que se pueda administrar por vía oral o vaginal, su uso es para la interrupción del embarazo.

También se usara la oxitocina a dosis respuesta pero con vigilancia estrecha.

Los métodos de inducción del trabajo de parto con feto muerto, solo deben usarse de acuerdo a los protocolos de ensayo clínico controlado.

2.9 Cambios Psicosociales.

Los cambios clásicos del duelo posterior a una muerte fetal son:

➤ Irritabilidad. después de la muerte fetal intrauterina la paciente se vuelve lábil todo lo causa sentimiento, y sentirse culpable por lo que le sucedió llorar y tiene cambios de humor con todo lo que la rodea.

➤ Pérdida de apetito.

La paciente sufre la sensación de dejar de comer, no tiene la sensación de probar nada ya que es por el momento de depresión que vive.

➤ Insomnio. Sufres etapas de falta de sueño solo de imaginarse como seguiría su embarazo y haber sufrido una muerte fetal intrauterina ver a su producto muerto.

➤ Perturbación de las actividades diarias. No siguen sus actividades diarias ya que tiene un duelo de depresión ya que la pérdida que sufren dejan de realizar lo que estaban acostumbrados y abandonas su rol necesario.

Este es un proceso normal donde se rompen lazos emocionales hasta que la vida normal se restablece.

Muchas madres se aferran a la esperanza remota que el feto está vivo, si bien otras manifiestan una conciencia plena, temen al traumatismo adicional de trabajo de parto por la tensión física no compensada y la confirmación de la muerte.

Se debe explicar a la paciente, que debe tener un periodo máximo de 6 meses después de la muerte fetal para un nuevo embarazo, enfocándose a que el aspecto psicológico este resuelto, ya que se generaría mayor ansiedad.

Es recombinante que los padres que sufren muerte fetal deban recibir atención óptima psicológica especializada.

Se debe asesorar a los familiares cercanos al paciente con muerte fetal intrauterina, para la detección e identificación de cuadros depresivos o cambios psicológicos.

2.10 Medidas Preventivas

Para prevenir la muerte fetal intrauterina se debe llevar acabo medidas preventivas que sean el Adaptar y potenciar los componentes más efectivos de los cuidados prenatales, incluyendo el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de las infecciones maternas.

1. Implementar programas eficientes para mejorar la calidad de atención, incluyendo auditorias de mortalidad.

2. Analizar el valor de programas de capacitación sostenibles en el tiempo.

3. Analizar la movilidad efectiva y perdurable procurando un comportamiento en la búsqueda de atención médica.

4. Evaluar los modelos de atención médica para mejorar la asistencia a mujeres y familias que sufrieron la pérdida de un bebé por Muerte Fetal.

5. Eliminar el estigma asociado.

La enfermera eliminar los factores que predispongan a la muerte fetal intrauterina, también educar a la paciente sobre qué factores afectan a su embarazo.

Es necesario que el personal de enfermería y salud tenga un enfoque de prevención de los casos de Muerte Fetal durante la primera etapa del embarazo.

2.11 Acciones De Enfermería En El Cuidado Y La Atención De La Muerte Fetal Intrauterina.

Definición De Enfermería.

Es “El acto de utilizar el entorno del paciente para ayudarle en su recuperación”

Virginia Henderson describió a la Enfermería como *“La función de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, a realizar aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte en paz) que podría realizar sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario, y hacerlo de tal forma que se le ayude a conseguir la independencia lo más rápido posibles”*.

American Nurses Asociación describe a la enfermería que “Es la ciencia y el arte de cuidar de la salud de individuo, la familia y la comunidad. Su campo de acción es la

promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención de la enfermedad y la participación en su tratamiento, incluyendo la rehabilitación de la persona, independientemente de la etapa el objetivo de la enfermería es mantener al máximo el bienestar físico, mental, social y espiritual del ser humano”.

Primero para realizar las acciones de enfermería el profesional debe conocer los factores de riesgo que predisponen a la muerte fetal intrauterina, así como sus signos, síntomas y su tratamiento.

Debe dar un trato humanizado a la paciente desde su ingreso a la unidad médica hasta su egreso.

Las acciones de enfermería se van a dividir en acciones dependiente e interdependiente ya que debe de formar un equipo de salud tanto médico como de enfermería.

Las acciones dependiente son las que se van a llevar por medio de lo que el médico nos ordene o el tratamiento prescrito para la paciente.

Las acciones de enfermería independiente son los cuidados que nosotros vamos a realizar solas para la pronta recuperación de nuestra paciente.

Las acciones de enfermería son: Conocer los factores de riesgo de la muerte fetal, los factores de riesgo se identifican conociendo las alteraciones que se sufren durante el embarazo, debemos saber cuáles son los factores de riesgo para la muerte fetal intrauterina.

a) La planificación familiar.

La planificación familiar debe ser para todas las pacientes ya que se debe educar en todo lo que los hijos que quiera tener, los métodos anticonceptivos que debe utilizar para evitar un embarazo no deseado.

b) El control prenatal.

La paciente debe llevar desde el primer mes de embarazo consultas, ya que son necesarias ya que aquí se encontrarán alteraciones que predispongan la muerte fetal necesaria, en el control

prenatal es necesario tomar estudios de laboratorio como saber antecedentes familiares y personales.

c) Analizar si la paciente tiene factor de riesgo que predispone la muerte fetal. Se verifica si la paciente cuenta con factores de riesgo esto se hará de acuerdo al el interrogatorio de signos y síntomas, y pruebas de laboratorio y gabinete.

d) Educar a la madre sobre los signos de alarma de la muerte fetal intrauterina.

e) Dar seguimiento a todo el proceso que se lleva para la muerte fetal intrauterina.

f) Ayudar a la paciente con sus terapias psicológicas ya que sufren un tipo de cambio psicológico.

Todas estas acciones se tienen que realizar en pro de la ayuda de la paciente y sus familiares ya que esta situación es algo muy trágico.

También se utiliza un proceso de atención de la enfermería para el mejor trato de la paciente.

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA

En el desarrollo de la presente investigación se utilizarán fuentes de tipo documental, así como libros sobre salud reproductiva y artículos que describan la muerte fetal intrauterina en la mujer. Las mujeres en edad fértil aproximadamente de los 15 a los 35 y que al momento del embarazo pueden sufrir una muerte fetal intrauterina.

La muerte fetal intrauterina se va a prevenir mediante orientación por parte del personal de enfermería hacia la usuaria en donde se va a dar a conocer signos y síntomas para identificar una muerte fetal, así como también los factores de riesgo que predisponen a esta patología de tal manera de diagnosticar oportunamente los riesgos que previenen la muerte fetal.

Dentro de esta investigación se deja un adecuado documento propio para que el lector o el personal de enfermería puedan orientar sobre la muerte fetal intrauterina a las usuarias que tengan un control prenatal así como informarles de la planificación familiar.

3.2 Variables

Una variable es una propiedad que puede variar o adquirir diferentes valores, cuya variación es susceptible de medir u observarse, en el cuadro siguiente se describirán las variables las cuales van basadas en la investigación de la muerte fetal intrauterina.

Cuadro 1: “Variables”

En este cuadro de variables se identifican las acciones dependiente e interdependiente de la muerte fetal intrauterina, se valorarán aspectos que nos lleven a identificar la muerte fetal.

Variable	Aspectos
Antes de la muerte fetal intrauterina	Factores de riesgo Prevención. Diagnostico
Después de la muerte fetal	Tratamiento. Manejo Apoyo emocional.

3.2 Decálogo Del Código De Ética Para Las Enfermeras Y Enfermeros De México.

La ética es el estudio de la moral, dicta normas para determinar lo correcto y erróneo y fomentar entre lo que está bien y mal.

Código de ética profesional, es un documento que establece de forma clara los principios, deberes y obligaciones que guíen el buen desempeño profesional.

El código de ética impone a los miembros de la profesión de enfermería, que deben cumplir con responsabilidad los estándares establecidos, el deber de desempeñar su rol dentro de su contexto ético y moral que responda a las más altas exigencias establecidas en la sociedad de enfermeras, como miembros de una profesión cuyas metas es lograr el cumplimiento de los cánones de ética, se debe considerar lo siguiente.

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos de los 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 preferencias políticas.

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 con 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.

La profesional de enfermería debe cumplir con cada punto establecido en el código de Ética lo cual la llevara a cumplir un servicio de calidad humanizado, donde nuestro usuario estará satisfecho por la atención que se le brindará con cuidados holísticos.

3.3 Obligaciones De La Enfermera.

Las obligaciones fueron creados por la misma necesidad que adopta diversas posiciones que van desde una protección absoluta hasta la queja del ofendido, se constituye en un imperativo para fortalecer el comportamiento ético de los profesionales de la salud y con ello continuar contribuyendo a mejorar la calidad de los servicios. La Comisión Interinstitucional de enfermería, en su carácter propositivo e integrados de todos los esfuerzos que desarrollan los diferentes grupos de la enfermería en el ámbito nacional, presentan su conocimiento y en su caso aceptación y cumplimiento por la comunidad de enfermería.

1. Respetar la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho a las personas, decidir el tratamiento y el cuidado una vez informado.

La enfermera tiene la obligación de respetar al paciente así como las decisiones que él tome de acuerdo a su tratamiento el decide si tomarlo o dejarlo y nosotros debemos de respetar estas decisiones que ellos tomen.

2. Mantener las relaciones estrictamente profesionales con las personas.

La enfermera tener un código de éticas que sepa guardar secreto profesional así como guardar lo que la persona le confíe ya que esto es una obligación que la enfermera tiene para su desempeño profesional.

3. Proteger la integridad de las personas.

La enfermera su principal acción es proteger al paciente en todo lo que se va a realizar ya que él está temeroso de, que se le va a realizar y nosotros debemos de protegerlo a toda costa para que él se sienta en un ámbito de protección y confianza y no debemos de andar divulgando lo que cuenta a nosotros .

4. Mantener conductas honestas y leales.

Debemos tener una conducta honesta siempre diciendo la verdad si cometemos errores ser ejemplo de las demás, debemos de tener una moral buena para el desempeño de los buenos tratos del personal.

5. Comunicar a la persona los riesgos cuando existan.

Debemos de informar al paciente o persona sobre factores que puedan poner en riesgo su salud, ya que debemos ser protectoras de la salud de la persona.

6. Fomenta la cultura del autocuidado de la salud.

Se debe educar a la persona sobre los cuidados de sus cuidados para poder llevar con bien su salud, aquí también se debe llevar el autocuidado con sus familiares para llevar acabo los cuidados necesarios para su recuperación

7. Otorgar a las personas cuidados libres de riesgo manteniendo un nivel de salud físico.

Debemos evitar que el paciente tenga daños adquiridos o que no son propios de su patología o sobre agregar cosas que él no tenía y sobretodo cuidarlo y darle toda la atención que el necesita.

3.4 Principios Éticos De Enfermería

La profesional de enfermería debe de contar con principios éticos que la dirijan con rectitud en su desempeño, ya que esto hablara de sus valores que ella tiene, pero sobre todo tiene que realizar su desempeño con actitud humanística y siempre viendo por el bienestar del usuario.

1. **Beneficencia:** benevolencia o no-maleficencia, principio ético de hacer el bien y evitar el daño o lo malo para el sujeto o para la sociedad.

2. **Autonomía:** principio ético que propugna la libertad individual que cada uno tiene para determinar sus propias acciones, de acuerdo con su elección.

3. **Justicia:** Es el principio de ser equitativo o justo, o sea, igualdad de trato entre los iguales y trato diferenciado entre los desiguales, de acuerdo con la necesidad individual.

4. **Fidelidad:** principio de crear confianza entre el profesional y el paciente. Se trata, de hecho, de una obligación o compromiso de ser fiel en la relación con el paciente, en que el enfermero debe cumplir promesas y mantener la confiabilidad.

5. **Veracidad:** principio ético de decir siempre la verdad, no mentir y ni engañara los pacientes. En muchas culturas la veracidad ha sido considerada como base para el establecimiento y manutención de la confianza entre los individuos.

6. Confidencialidad: principio ético de salvaguardar la información de carácter personal obtenida durante el ejercicio de su función como enfermero y mantener el carácter de secreto profesional de esta información, no comunicando a nadie las confidencias personales hechas por los pacientes.

3.5 Norma Oficial Mexicana Nom-040-Ssa2-2004.

En la elaboración de esta Norma Oficial Mexicana participaron:

Secretaría de salud

Subsecretaría de Innovación y Calidad

Dirección General de Calidad y Educación en Salud

Tradicionalmente la generación de información en salud en nuestro país, ha venido incorporando información estadística de por lo menos 10 sistemas, con diferentes formatos de captura, glosarios de términos y períodos de levantamiento en distintos momentos que responden a objetivos e intereses de cada institución en particular. Existen vacíos de información en el sector privado, en recursos financieros, y en los rubros de recursos físicos y humanos la información es incompleta y deficiente.

La generación de información en salud en México debe responder a los cambios en los perfiles demográfico y epidemiológico del país, y a las transformaciones de las instituciones de atención a la salud que han incorporado nueva metodología, tecnología e indicadores. Cambios requeridos para transitar de una multiplicidad de sistemas institucionales de información a un Sistema Nacional de Información en Salud, en el marco de los Sistemas Nacionales de Estadística y de Información Geográfica que establece como condición indispensable la conjunción de los esfuerzos realizados por las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, los Poderes Legislativo y Judicial de la Federación y los

gobiernos de las entidades federativas a través de la utilización de principios y normas homogéneas para generar, integrar y difundir información estadística y geográfica.

La aplicación de esta Norma permitirá contar con un sistema único, oportuno 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 y anticipatorio, descentralizado y participativo que oriente el proceso de planeación, la gestión de programas y servicios así como la toma de decisiones.

1. Objetivo y campo de aplicación

1.1 Esta Norma Oficial Mexicana tiene por objeto establecer los criterios para obtener, integrar, organizar procesar, analizar y difundir la información en salud, en lo referente a población y cobertura, recursos disponibles, servicios otorgados, daños a la salud y evaluación del desempeño del Sistema Nacional de Salud.

Campo de aplicación

1.2 Esta Norma Oficial Mexicana es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional para establecimientos, personas físicas y morales del Sistema Nacional de Salud de los sectores público, social y privado que proporcionen servicios de atención a la salud.

2. Referencias

Para la correcta aplicación de esta Norma es necesario consultar las siguientes normas oficiales mexicanas:

2.1 NOM-007-SSA2-1993, atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

2.2 NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico.

2.3 NOM-178-SSA1-1998, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

2.4 NOM-197-SSA1-2000, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales generales y consultorios de atención médica especializada.

3. Definiciones y abreviaturas

Para efecto de esta Norma Oficial Mexicana se entiende por:

Afección principal, a la situación diagnosticada al final del proceso de atención de la salud, como la causante primaria de la necesidad de tratamiento o investigación que tuvo el paciente. Si hay más de una afección así caracterizada, debe seleccionarse la que se considera causante del mayor uso de recursos. Si no se hizo ningún diagnóstico, debe seleccionarse el síntoma principal, hallazgo anormal o problema más importante como afección principal.

Alta de corta estancia, a la acción que indica que una persona salió de un servicio donde su permanencia fue menor a 24 horas y su atención no implicó el uso de cama censable; es decir, estuvo en el servicio de corta estancia. Esta puede clasificarse en quirúrgica y no quirúrgica y no genera egreso hospitalario y por lo tanto tampoco día estancia.

Atención a la salud; servicio de atención a la salud, al conjunto de acciones coordinadas de promoción y de educación para la salud, protección específica, detección, limitación del daño, atención médica de enfermedades y rehabilitación, que se desarrollan por interacción de diferentes grupos de profesionales y técnicos, con el fin de preservar la salud del individuo o recuperarla, en conjunto con la familia o la comunidad.

Atención ambulatoria, al servicio que se otorga a toda persona que acude a un establecimiento de salud, para consulta o tratamiento, y abandona el establecimiento en un lapso de unas horas desde el inicio de la consulta; se consideran ambulatorias todas las visitas a instalaciones de atención que no conlleven a la hospitalización con estancia nocturna.

Banco de sangre, al servicio auxiliar constituido por el área o local con instalaciones, mobiliario y equipo y con personal especializado y de apoyo, destinado a la obtención, procesamiento, conservación y distribución de sangre y sus derivados.

Cama censable, a la cama en servicio instalada en el área de hospitalización, para el uso regular de pacientes internos; debe contar con los recursos indispensables de espacio, así como los recursos materiales y de personal para la atención médica del paciente. El servicio de admisión la asigna al paciente en el momento de ingreso al hospital para ser sometido a observación, diagnóstico, cuidado o tratamiento. Es la única que produce egresos hospitalarios sobre los cuales se genera información estadística de ocupación y días estancia.

Cama hospitalaria, a la cama disponible para atención continua de pacientes, admitidos para observación, cuidado, diagnóstico o tratamiento médico, quirúrgico y no quirúrgico, comúnmente desagregadas por tipo de servicio (incluye camas de internamiento, urgencias, recuperación, trabajo de parto, cirugía ambulatoria, cuidados intermedios, terapia intensiva, cunas de sanos e incubadoras de traslado).

Cama no censable, a la cama que se destina a la atención transitoria o provisional, para observación del paciente, iniciar un tratamiento o intensificar la aplicación de procedimientos médico-quirúrgicos. También es denominada cama de tránsito y su característica fundamental es que no genera egresos hospitalarios. Aquí se incluyen las camas de urgencias, de terapia intensiva, de trabajo de parto, corta estancia, camillas, canastillas, cunas de recién nacido.

Cesárea, a la intervención quirúrgica que tiene por objeto extraer el producto de la concepción, vivo o muerto, de 22 semanas cumplidas o más, así como los anexos ovulares a través de una incisión en la pared abdominal y en la uterina.

Cirugía; intervención quirúrgica, al procedimiento que consiste en extirpar, explorar, sustituir, trasplantar, reparar un defecto o lesión o efectuar una modificación en un tejido u órgano dañado o sano, con fines terapéuticos, diagnósticos, profilácticos o estéticos, mediante técnicas invasivas que implican generalmente el uso de anestesia y de instrumentos cortantes, mecánicos u otros medios físicos.

Cirugía de corta estancia, a la intervención quirúrgica programada que se realiza en el servicio de corta estancia de un hospital o unidad de atención médica, en el cual el paciente no requiere el uso de una cama censable y su permanencia es menor a 24 horas. No genera egresos hospitalarios y excluye las atenciones de urgencias y las operaciones o procedimientos practicados en consultorio u otra área de atención hospitalaria (generalmente bajo anestesia local) que no requieren de vigilancia hospitalaria durante la recuperación.

Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, al estándar internacional, de uso obligatorio en todo el país, para la codificación y generación de estadísticas de morbilidad y mortalidad uniformes, que permitan la comparabilidad nacional e internacional.

Clasificación de Procedimientos, al estándar internacional de uso obligatorio en todo el país para la codificación y generación de estadísticas de procedimientos en medicina (quirúrgicos y no quirúrgicos, de diagnóstico y terapéuticos) que permitan la comparabilidad nacional e internacional, independientemente de otras clasificaciones que usen las instituciones.

Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, al estándar internacional que debe ser utilizado en todo el país para la codificación de estados de salud y de discapacidad.

Clave Única de Establecimientos de Salud, al identificador único, consecutivo e intransferible que asigna la DGIS a cada establecimiento de salud (unidad médica, laboratorio, farmacia, centros de diagnóstico, centros de tratamiento, oficinas administrativas) que exista en el territorio nacional, sea público o privado, y con la cual se identifica todo lo reportado por el mismo a cada uno de los subsistemas del SINAIS.

Consulta externa, a la atención médica que se otorga al paciente ambulatorio, en un consultorio o en el domicilio del mismo, que consiste en realizar un interrogatorio y exploración física, para integrar un diagnóstico.

Consulta externa general, a la atención que otorga el médico general o familiar, a los pacientes ambulatorios en la unidad médica o en el domicilio, que consiste en realizar un interrogatorio y exploración física, para integrar un diagnóstico.

Consulta externa de especialidad, a la atención que imparten los médicos especialistas a pacientes ambulatorios de las cuatro especialidades médicas básicas y demás subespecialidades, que consiste en realizar un interrogatorio y exploración física, para integrar un diagnóstico.

Consulta de primera vez, a la atención otorgada a una persona, por personal de salud, cuando acude a la primera consulta por una enfermedad o motivo determinado en la unidad.

Consulta subsecuente, a la otorgada a una persona, por personal de salud, cuando asiste por la misma enfermedad o motivo por el que ya se le otorgó una consulta en la unidad.

Consultorio, al área física que cuenta con instalaciones y equipo necesario para que el personal médico y paramédico brinde consulta externa a pacientes ambulatorios.

Defunción; muerte, a la extinción o término de la vida. Desaparición de todas las funciones vitales de una persona ocurridas después del nacimiento vivo.

Defunción fetal, a la muerte de un producto de la concepción hasta antes de la expulsión o extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo. La muerte está definida por el hecho de que después de la separación de la madre, 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.

Defunción hospitalaria, a la defunción que ocurre en el interior de los servicios hospitalarios. Para fines estadísticos se clasifica en: defunción de paciente que tiene asignada una cama censable y defunción de paciente no hospitalizado.

Defunción materna, a la muerte que ocurre en una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación de la gestación, independientemente de su

duración y el lugar del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

Día estancia, al número de días transcurridos desde el ingreso del paciente al servicio de hospitalización hasta su egreso; se obtiene restando a la fecha de egreso la de ingreso. Cuando el paciente ingresa y egresa en la misma fecha y ocupa una cama censable, se cuenta como un día estancia.

Egreso hospitalario, al evento de salida del paciente del servicio de hospitalización que implica la desocupación de una cama censable. Incluye altas por curación, mejoría, traslado a otra unidad hospitalaria, defunción, alta voluntaria o fuga. Excluye movimientos intraservicio.

Incubadora, al receptáculo acondicionado donde se facilita el desarrollo de los niños nacidos prematuramente, o de término, cuando se requiere complementar su desarrollo y/o cuando presentan patología con repercusión sistémica. Se considera censable cuando se ubica en servicio de hospitalización y es controlada por el área de admisión. Será no censable cuando se use como apoyo al tratamiento.

Indicador, a la cifra o dato que se acepta convencionalmente para medir o comparar los resultados obtenidos en la ejecución de un proyecto o un programa. Permite dimensionar características de tipo cuantitativo o cualitativo.

Información en salud, a los datos, la información, el conocimiento y la evidencia relacionados con la generación, acceso, difusión y uso del personal, servicios, recursos, pacientes, tratamientos y resultados dentro del sector salud. Existe la información estadística, la epidemiológica y financiera.

Procedimiento médico, al conjunto de actividades que realiza el médico o el personal de salud para la prevención específica y el diagnóstico o tratamiento quirúrgico o no quirúrgico, de las enfermedades, lesiones u otros problemas relacionados con la salud.

Reingreso, al paciente que ingresa nuevamente en el año a la unidad médica por la misma afección o diagnóstico.

Sistema de información en salud, al conjunto de elementos, recursos y personas que interactúan, bajo criterios y procedimientos definidos, para realizar de manera sistemática las actividades relacionadas con la organización y la administración de la información.

Sistema Nacional de Salud, al conjunto constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local y las personas morales o físicas de los sectores social y privado que prestan servicios de salud, así como por los mecanismos establecidos para la coordinación de acciones. Tiene por objeto dar cumplimiento al derecho de la protección de la salud.

Servicio de corta estancia, al servicio hospitalario destinado para dar atención médica o quirúrgica a pacientes durante el día. Comprende atenciones programadas que no ameritan el uso de camas censable y generalmente se otorgan en áreas destinadas para tal fin.

Servicio de hospitalización, al servicio que cuenta con camas censable para atender pacientes internos, proporcionar atención médica con el fin de realizar diagnósticos, aplicar tratamientos y cuidados continuos de enfermería.

Unidad médica, al establecimiento físico que cuenta con los recursos materiales, humanos, tecnológicos y económicos, cuya complejidad es equivalente al nivel de operación y está destinado a proporcionar atención médica integral a la población.

Urgencia calificada, al problema de salud, habitualmente de presentación súbita, que pone en riesgo la vida, órgano o función del paciente y que, por lo tanto, requiere de una atención médica inmediata.

Urgencia no calificada, es un problema de salud que no pone en riesgo la vida, órgano o función del paciente y que por lo tanto se puede posponer o referir para su atención en un servicio de medicina general o especializada.

Se debe de seguir esta norma para saber atender y saber que se realiza y que puntos se debe tomar sobre la muerte fetal intrauterina, ya que es importante saber qué es lo que debemos realizar, actuar y saber lo que la secretaria de salud sabe los cuidados y acciones del personal.

CAPÍTULO 4. INTERPRETACIÓN DE DATOS.

La interpretación de datos se define como la aplicación de procedimientos estadísticos para analizar datos específicos de un estudio o cuerpo de investigación, y tiene la finalidad de sacar algunas conclusiones de la investigación. En la interpretación de datos, se analizarán organizaciones que den a conocer conceptos de acuerdo a lo que es la muerte fetal intrauterina, y se analizarán similitudes y diferencias para ver de qué manera se asemejan.

La Organización Mundial de la Salud.

La OMS, define muerte fetal como la muerte acaecida antes de la expulsión o extracción completa de la madre, del producto de la concepción, cualquiera haya sido la duración de la gestación. La muerte está indicada cuando el feto no respira o no da evidencia de la vida como ser la ausencia de latidos cardiacos, pulsación del cordón umbilical o movimiento musculares voluntarios, la edad gestación se valora la edad de 20 semanas de gestación y con un peso máximo de 500 gramos.

Secretaría de Salud en Michoacán.

La Secretaría de Salud de Michoacán. Muerte fetal se define como la muerte previa a la expulsión o extracción completa del producto de la concepción, independientemente de la edad gestacional.

Según la edad gestacional debe ser a partir de las 22 semanas de gestación o un peso mayor de 500 gramos.

Las similitudes entre la OMS y la SSM las dos manejan dos conceptos semejantes sobre que es la muerte fetal que es la surge antes de la expulsión del producto que ocurre en la cavidad amniótica ya sea por factores ya antes mencionados, más sin embargo las dos teorías explican diferentes conceptos pero los dos van encaminados a dar a conocer la muerte fetal intrauterina.

Las diferencias entre una y otra son los factores que mencionan que ocasionan la muerte fetal intrauterina ya que la OMS lo dice en factores maternos, sistémicos y fetales.

La secretaria de salud nos menciona que la muerte fetal intrauterina los factores que lo ocasionan son maternos, placentarios, fetales y ambientales, otra de las diferencias que se marcan en estas dos teorías son la edad gestacional ya que los autores de la OMS explican que la muerte fetal intrauterina que la edad gestacional no importa la secretaria de salud maneja la muerte fetal después de las 22 semanas de gestación.

Mas sin embargo las dos teorías llevan a solucionar e identificar los factores de riesgo sobre la muerte fetal intrauterina, así como la prevención la educación de la paciente para llevar un buen embarazo y disminuir los riesgos relacionados a la muerte fetal intrauterina.

4.1 Aportaciones De La Enfermera Dedicado Al Cuidado Tanto Holístico, Como Médico Al Bienestar De La Salud

La profesional de enfermería dará su aportación a esta investigación es que todas las licenciadas en enfermería conozcan la muerte fetal intrauterina así como saber brindar una atención de calidad, con calidez a los Pacientes y que sepa identificar los factores de riesgo que predispongan a la muerte fetal intrauterina, brindar atención psicología dando terapias para que las familias puedan sobresalir de la perdida que han sufrido.

Licenciada en Enfermería ASURIM Janet López Durán.

CONCLUSIÓN

La muerte fetal intrauterina es un fenómeno que varía considerablemente en su frecuencia según los diferentes autores.

Lo cual a mí me pareció que es un tema muy interesante y que nosotros como futuras licenciadas en enfermería debemos conocer todo sobre la muerte fetal intrauterina para, que sepamos ejercer nuestra profesión con todos los conocimientos.

Para también se encontraron dificultades para el desarrollo de la muerte fetal intrauterina ya que no existe mucha información ya que es algo nuevo, y es algo un poco de interés y desarrollo profesional.

La muerte fetal intrauterina es algo que se puede prevenir ya que se debe a que la paciente embarazada lleve un control prenatal buscando las causas de alteración o alguna enfermedad metabólica que conlleve a un riesgo de la muerte fetal intrauterina.

Se logra dar a conocer los factores de riesgo y la acciones de enfermería satisfactoriamente, ya que el trabajo de investigación que va dirigido tiene el enfoque que el personal de área de salud conozca a fondo la muerte fetal intrauterina y sus consecuencias y esto se logra gracias al trabajo de investigación realizada.

BIBLIOGRAFÍA

Documentales

- 1) Rojas E, Salas K.y Oviedo G, Plenzyk G. (año) Incidencia y Factores de riesgo asociados al óbito fetal. ginecol.2006; 22-28.
- 2) Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad fetal, neonatal y perinatal. Situación de Salud en las Américas.
- 3) Siddiqui F, James D. Fetal Monytoring in type 1 diabetic pregnancy.Early Human.Develop., 2003.pp 72
- 4) Dume FP: Type 2 diabetes and pregnancy.Serium.Fetal Neonatal Medicine, pp 10:339-339, 2005.
- 5) Salgueiro S, Gonzalo A, Sosa Fuertes C. El estado civil materno y su asociación con los resultados perinatales en una población hospitalaria. Rev. Med. Urug. 2006; pp 22 59-65.
- 6) Elvira A, Oyarzabal A, Lure M, Becerr A. Factores de riesgo de la muerte fetal anteparto. Clin Invest Ginecol Obstet. 2008; pp35 56-60.
- 7) Atalah E, Castro E. Obesidad materna y riesgo reproductivo. Rev. Med. Chile 2004; pp923-930.
- 8) Madi JM, Morais EN, Araujo B, Rombaldi R. Oligodramniasem rotura de membranas amnióticas: resultados perinatales. Rev. bras. ginecol. obstet 2005; PP. 75-79.
- 9) Kristensen J, Vestergaard M, Wisbrog K, Kesmodel U, Secher NJ. Pre-pregnancy weight and the risk of stillbirthand neonatal death. BJOG. 2005 Apr; pp 112,403.
- 10) Dafallah SE, Babikir HE. Risk factors predisposing to abruptio placentae. Maternal and fetal outcome. Saudi Med J. 2004 Sep; pp 25-40.
- 11) Pasupathy D, Smith GC. The analysis of factors predicting antepartum stillbirth. Minerva Ginecol. 2005 Aug; pp 57-61.
- 12) Ahued Ahued JR., Vilchis Nana P, Gallardo Gaona JM, Rivera Rueda MA. Ginecol. Obstet. Méx. 2002; pp70.
- 13) Dudley DJ. Muerte intraútero asociada con la diabetes: incidencia, fisiopatología y prevención. Obstet Gynecol Clin N Am. 2007,pp34:293-307.

- 14) Wisner A, Hershko-Klement A, Fishman A, Nachasch N, Fejgin M. Gestational diabetes insipidus and intrauterine fetal death of monochorionic twins. *J Perinatol.* 2008 Oct; pp28-30.
- 15) Ben-David G, Sheiner E, Levy A, Erez O, Mazor M. An increased risk for non allo-immunization related intrauterine fetal death in RhD-negative patients. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2008 Apr; pp21.
- 16) Pauli RM, Reiser CA. Wisconsin stillbirth Service Program II. Analysis of diagnoses and diagnostic categories in the first 1.000 referrals. *Am J Med Genetics* 1994; pp 135-153.
- 17) Cunningham GF, MacDonald CP, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC. *Williams Obstetricia.* 4a. edición. Barcelona: Masson S.A.1996.
- 18) Copp AJ y col. *Trends in Genetics.* 2. Año 1995.
- 19) Cote-Arsenault-D; Mahlangu-N. Impact of
- 20) perinatal loss on the subsequent pregnancy and self: women's experiences. *J-Obstet-Gynecol-Neonatal-Nurs.:* 274-82. May – June 1999.
- 21) *Diccionario de medicina.* Océano Mosby.
- 22) Dylan Evans. *Diccionario Introductorio de Psicoanálisis Lacaniano.* Paidós.

Sitios Web

1. http://www.nacerlatinoamericano.org/_Archivos/_Menuprincipal/05_Preguntas/Temas/Respuesta/agosto/MortMaternaInfantilPerinatal.pdf
2. Arias F. Enfermedades renales durante la gestación. En: Arias F.
3. Guía práctica para el embarazo y el parto de alto riesgo. St. Louis Missouri: Harcourt Brace, 1995:267-83.
4. Guía de práctica clínica de SSM.
5. http://med.unne.edu.ar/revista/revista188/4_188.pdf
6. http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/567_GPC_Muertefetalconfetounico/567GER.pdf