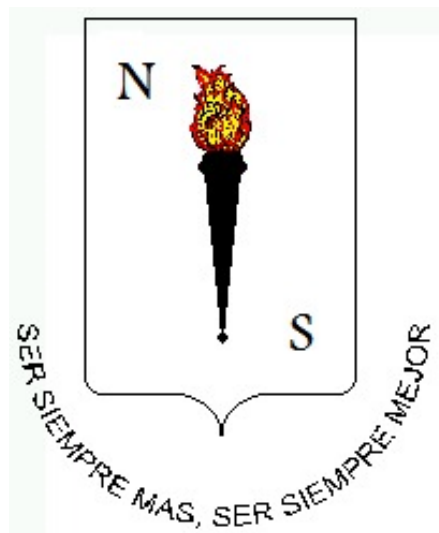


ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD  
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE 8722



TESIS:

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA A MUJERES CON MUERTE FETAL  
INTRAUTERINO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:  
ELVIA CANDIA GALINDO

ASESORA DE TESIS:  
LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN. 2023



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## **Agradecimiento**

Agradezco a Dios por darme la vida, por siempre estar a mi lado en todo momento siendo mi guía y acompañante en cada uno de mis pasos y sobre todo salud para permitirme llegar hasta donde he llegado, porque a pesar de las dificultades que se me han presentado él me ha sabido guiar por un buen camino.

Con mucho amor a mis padres Silvano Candia Victoriano, Lorenza Galindo Gálvez y a mis hermanos (a) por brindarme siempre su apoyo y ser pilares fundamentales de mi vida, por los buenos consejo que me brindaron durante toda mi estancia en esta institución, los valores que me inculcaron, por esas motivaciones constantes hacia mis estudios que hoy me permiten llegar a mi tan anhelada meta, por cada esfuerzo y sacrificio que han hecho por darme lo que necesito.

También quiero agradecer a mi madrina Sor Gloria Osornio por apoyarme durante el tiempo que estuve en la institución y aconsejarme porque sin su ayuda yo no estuviera donde ahorita estoy.

Finalmente agradezco a mis docentes por su dedicación y perseverancia al impartir sus conocimientos, especialmente a la directora Marta Alcaraz por sus enseñanzas y valores que me brindo durante el tiempo que estuve en la institución ya que ella es mi ejemplo a seguir.

## **Dedicatoria**

Dedico este proyecto en primer lugar a Dios todo poderoso por darme el entendimiento para realizar el proyecto y permitirme culminar una etapa más de mi vida.

A mi papá Silvano Candia y a mi mamá Lorenza Galindo, por brindarme su apoyo incondicional, comprensión, amor, enseñanzas, valores y principios en todo momento.

A mis maestros por aportar en la adquisición de los conocimientos necesarios para mi desarrollo como futura profesional de la salud.

## ÍNDICE

Introducción .....	1
Antecedentes .....	2
Planteamiento de problema .....	4
Pregunta de investigación .....	5
Justificación.....	5
Objetivos: .....	6
Objetivo General .....	6
Objetivo Específico: .....	6
Hipótesis: .....	6
Hipótesis de investigación.....	6
Hipótesis nula .....	6
Variables:.....	6
Variable dependiente .....	6
Variable independiente.....	6
<b>CAPÍTULO 1 Anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino.....</b>	<b>7</b>
<b>1.1. Anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino en órganos externos (vulva): .....</b>	<b>8</b>
1.1.1. Montes de venus:.....	8
1.1.2. Labios mayores:.....	8
1.1.3. Labios menores: .....	8
1.1.4. Clítoris: .....	8
1.1.5. Meato urinario: .....	9
1.1.6. Orificio vaginal: .....	9
1.1.7. Himen:.....	9
1.1.8. Vestíbulo:.....	9
1.1.9. Glándulas de Bartholin:.....	9
1.1.10. Glándulas de skene: .....	9
1.1.11. Horquilla: .....	10
<b>1.2. Anatomía del aparato reproductor femenino (órganos internos): .....</b>	<b>10</b>
1.2.1. Vagina:.....	10
1.2.2. Útero: .....	11
1.2.3. Ligamentos uterinos:.....	12
1.2.4. Ovarios: .....	12

1.2.5. Trompas de Falopio:.....	13
<b>CAPÍTULO 2 Embarazo.....</b>	<b>14</b>
2.1. Embarazo.....	15
2.2. Duración del embarazo humano:.....	15
2.3. División del embarazo .....	15
2.4. Signos del embarazo .....	15
2.5. Síntomas del embarazo:.....	17
2.6 Cambios durante el embarazo .....	18
2.6.1. Cambios psicológicos:.....	18
2.6.2. Cambios espirituales:.....	18
2.6.3. Cambios fisiológicos:.....	18
2.6.4. Cambios sociales:.....	18
2.7. Complicaciones del embarazo .....	19
<b>CAPÍTULO 3 Desarrollo embrionario.....</b>	<b>21</b>
3.1. Desarrollo embrionario:.....	22
3.1.2. Primer trimestre: .....	22
3.1.3. Segundo trimestre: .....	23
3.1.4. Tercer trimestre:.....	24
3.2. Etapas embrionario: .....	25
3.2.1. Fecundación:.....	25
3.2.2. Cigoto: .....	25
3.2.3. Mórula:.....	26
3.2.4. Blastocisto: .....	26
3.2.5. Gástrula: .....	26
3.2.6. Embrión: .....	26
3.2.7. Feto: .....	27
<b>CAPÍTULO 4 Muerte fetal intrauterino. ....</b>	<b>28</b>
4.1. Muerte fetal intrauterino .....	29
4.2. Clasificación:.....	29
4.2.1. Muerte fetal temprana:.....	29
4.2.2. Muerte fetal intermedia:.....	29
4.2.3. Muerte fetal tardía: .....	29
4.3. Etiología se clasifica en tres: .....	29
4.3.1. Causas Maternas: .....	29
4.3.2. Causas Fetales:.....	33
4.3.3. Causas Placentarias: .....	33
4.4. Etiopatogenia .....	33

<b>4.5. Factores asociados a muerte fetal intrauterina .....</b>	<b>34</b>
<b>4.5.1 Macroambiente: .....</b>	<b>34</b>
<b>4.5.2. Matroambiente: .....</b>	<b>35</b>
<b>4.5.3. Microambiente: .....</b>	<b>36</b>
<b>4.6. Diagnósticos .....</b>	<b>37</b>
<b>4.6.1 Diagnóstico clínico .....</b>	<b>37</b>
<b>4.6.2. Pruebas diagnósticas .....</b>	<b>38</b>
<b>4.6.3. Estudios postnatales: .....</b>	<b>39</b>
<b>4.7. Tratamiento: .....</b>	<b>39</b>
<b>4.8. Manejo .....</b>	<b>40</b>
<b>4.9. Complicaciones: .....</b>	<b>41</b>
<b>4.10. Prevención: .....</b>	<b>41</b>
<b>4.11. Trabajo de parto .....</b>	<b>42</b>
<b>4.11.1 Periodos del trabajo de parto .....</b>	<b>43</b>
<b>4.11.2. primera etapa dilatación:.....</b>	<b>43</b>
<b>4.11.3. Segundo periodo expulsión: .....</b>	<b>43</b>
<b>CAPÍTULO 5 Proceso de atención de enfermería.....</b>	<b>45</b>
<b>5.1. Proceso de atención de enfermería.....</b>	<b>46</b>
<b>5.2. Etapas del proceso de enfermería:.....</b>	<b>46</b>
<b>5.2.2. Valoración: .....</b>	<b>46</b>
<b>5.2.3. Diagnóstico: .....</b>	<b>46</b>
<b>5.2.4. Planificación:.....</b>	<b>47</b>
<b>5.2.5. Ejecución:.....</b>	<b>47</b>
<b>5.2.6. Evaluación:.....</b>	<b>48</b>
<b>5.3. Intervenciones de enfermería .....</b>	<b>48</b>
<b>5.4. Intervenciones para reducir la frecuencia de muerte fetal: 48</b>	
<b>5.5. La enfermera ante el trabajo de parto: .....</b>	<b>49</b>
<b>5.6. La enfermera y el manejo del dolor: .....</b>	<b>50</b>
<b>5.7. Promoción/ prevención .....</b>	<b>51</b>
<b>5.7.1. Segundo/tercer nivel de atención: .....</b>	<b>52</b>
<b>5.8. Manifestaciones de cambios emocionales que sufre la madre con óbito fetal.....</b>	<b>54</b>
<b>5.8.1 Predisposición familiar.....</b>	<b>55</b>
<b>5.9. Cómo actuar enfermería ante una perdida.....</b>	<b>56</b>
<b>5.9.1 Presentarse con su nombre: .....</b>	<b>56</b>
<b>5.9.2 Escucharlo: .....</b>	<b>56</b>
<b>5.9.3 Darles tiempo: .....</b>	<b>56</b>

5.9.4 Hablar con ellos sobre la situación actual:.....	57
5.9.5 Explicarles sus opciones y apoyándolos en sus decisiones: .....	57
5.9.6 Mantener la calma:.....	57
5.9.7 Cuidar el lenguaje corporal:.....	58
5.9.8 Ser comprensivo:.....	58
5.9.9 Aconsejarlos, pero nunca obligarlos: .....	58
5.9.10. Ayudar a que tomen una decisión:.....	59
5.9.11. Ayudarles a tener recuerdos de su bebé, si lo desean: .	59
5.10. Cuida la terminología.....	60
5.10.1 Utilizar el nombre del bebé: .....	60
5.10.2 Hablar con ambos padres equitativamente: .....	60
5.10.3 Informarles: .....	60
5.10.4 Orientar sobre dudas más habituales acerca del duelo:	61
5.10.5 Favorecer la despedida: .....	61
<b>CAPÍTULO 6 Teoría del duelo disfuncional.....</b>	<b>63</b>
6.1. Teoría del duelo disfuncional.....	64
6.1.1. Georgene gaskill easkes .....	64
6.1.2. Mary lermann burke .....	64
6.1.3. Margaret a. hainsworth .....	65
6.2. Conceptos principales y definiciones: .....	66
6.2.1. Duelo Disfuncional.....	66
6.2.2. Perdida.....	66
6.2.3. Métodos de Gestión .....	66
6.2.4. Gestión Ineficaz .....	66
6.2.5. Gestión Eficaz .....	66
6.3. Conceptos meta paradigmáticos:.....	66
6.3.1. Enfermería .....	66
6.3.2. Persona.....	67
6.3.3. Salud .....	67
6.3.4. Entorno .....	67
6.4. Afirmaciones teóricas: .....	67
6.5. Aceptación por parte de la comunidad enfermera .....	68
6.5.1. Práctica profesional.....	68
6.5.2. Formación.....	68
<b>CAPÍTULO 7 Metodología.....</b>	<b>70</b>
7.1. Metodología.....	71



<b>7.1.1. Enfoque .....</b>	<b>71</b>
<b>7.1.2. Universo .....</b>	<b>71</b>
<b>7.1.3. Población.....</b>	<b>71</b>
<b>7.1.4. Muestra .....</b>	<b>71</b>
<b>7.1.5. Criterios de inclusión .....</b>	<b>71</b>
<b>7.2. Procedimiento .....</b>	<b>71</b>
<b>7.2.1. Procedimiento de datos.....</b>	<b>71</b>
<b>7.2.3. Instrumento de recolección de datos .....</b>	<b>72</b>
<b>7.3. Análisis de resultado .....</b>	<b>73</b>
<b>7.4. Conclusiones .....</b>	<b>81</b>
<b>7.5. Sugerencias y recomendaciones.....</b>	<b>83</b>
<b>7.6. Cronogramas de actividades .....</b>	<b>85</b>
<b>Anexo 1.....</b>	<b>86</b>
<b>Operacionalización de las variables.....</b>	<b>86</b>
<b>Anexo 2.....</b>	<b>90</b>
<b>Guion metodológico .....</b>	<b>90</b>
<b>Anexo 3.....</b>	<b>92</b>
<b>Consentimiento informado .....</b>	<b>92</b>
<b>Anexo 4.....</b>	<b>93</b>
<b>Instrumento de investigación .....</b>	<b>93</b>
<b>Anexo 5.....</b>	<b>96</b>
<b>Aceptación de investigación.....</b>	<b>96</b>
<b>Anexo 6.....</b>	<b>98</b>
<b>Glosario .....</b>	<b>98</b>
<b>Referencias electrónicas.....</b>	<b>100</b>

## **Introducción**

La presente investigación titulada “intervenciones de enfermería a mujeres con muerte fetal intrauterino” la cual consta de siete capítulos que se describen continuación.

El capítulo 1 consta del marco teórico donde se menciona la anatomía y fisiología los órganos internos y externo del aparato reproductor femenino externos su anatomía y fisiología.

El capítulo 2 encontraremos el tema sobre que es el embarazo, cuando dura, sus síntomas, los cambios que sufre la mujer durante el embarazo y sus complicaciones.

El capítulo 3 es parte del marco teórico en este capítulo estudiaremos sobre el desarrollo embrionario, las etapas del desarrollo y como va desarrollando el embrión cada trimestre.

El capítulo 4 estudiaremos que es la muerte fetal intrauterina, sus clasificaciones, sus causas, etiología, así como diagnosticarlo, como tratarla, como prevenirla también este capítulo encontraremos que es el trabajo de parto y cuáles son los periodos del trabajo del parto, ya que esto es muy importante que lo sepamos y así mismo brindar un mejor atención adecuado para las gestantes.

El capítulo 5 consta del proceso de enfermería, y sus etapas, este proceso es muy importante para nosotros como enfermeras porque somos las primeras que relacionamos con los pacientes desde su ingreso hasta que se vayan de alta, entonces es muy importante que apliquemos los 5 pasos del proceso de enfermería.

Capítulo 6 encontraremos la vida de obras de las teóricas ya que sus teorías es del duelo disfuncional la cual va muy ala mano con mi tema que es muerte fetal intrauterino.

El capítulo 7 consta de metodología los resultados de análisis e interpretación de resultados, en el cual se muestran las preguntas de la investigación de campo junto con el producto obtenido y su respectiva gráfica, también un mini resumen de cada pregunta.

## **Antecedentes**

La UNICEF realizaron la investigación de muerte fetal que tiene lugar cuando un bebé nace sin presentar síntomas de vida después de un tiempo determinado, que generalmente se asocia a la edad gestacional (el periodo comprendido entre la concepción y el nacimiento) o al peso del bebé. Entre las causas más frecuentes de la mortalidad fetal se encuentran las complicaciones durante el parto, las hemorragias previas al parto (incluido el desprendimiento de placenta), las infecciones y enfermedades maternas y las complicaciones durante el embarazo, cuya causa subyacente puede ser la restricción del crecimiento fetal. UNICEF tiene trabaja cada día contra reloj para brindar a cada madre y cada bebé una atención de salud asequible y de calidad. En 2019, más de 27 millones de bebés nacieron en condiciones de seguridad en los establecimientos que cuentan con la ayuda de UNICEF.

UNICEF y sus aliados están exigiendo que se renueve el compromiso para poner fin a las muertes fetales prevenibles antes de 2030, tal y como se recoge en el Plan de Acción Todos los Recién Nacidos. Estamos ayudando a los países a elaborar sus planes nacionales y otorgar prioridad y presupuestos a las intervenciones más importantes, como la atención prenatal, la asistencia al parto de un profesional cualificado y la atención obstétrica de emergencia necesaria para reducir la mortalidad fetal (UNICEF, 2020).

Daniel Segarra Mur, Eduardo Velilla Morago investigó el síndrome de muerte fetal intrauterino es la “muerte del feto que se presenta después de la semana 20 de gestación, en ausencia de trabajo instaurado”. Su importancia, no solo reside en las complicaciones maternas potenciales, sino en el severo impacto emocional que con frecuencia produce a la familia del feto muerto. Ciertos autores destacan ciertos factores que incrementan el riesgo de aparición de este evento, entre los que se encuentran la raza negra, la edad materna avanzada, el sobrepeso, el tabaquismo, el mal control gestacional, la infección durante la gestación, gestaciones múltiples, el bajo nivel socioeconómico, los antecedentes de muerte fetal ante parto y antecedentes personales de trombofilias, hipertensión arterial, nefropatías y diabetes mellitus tipo 1 (Sagarra Mur Daniel, 2019).

Williams investigo el tema de muerte fetal intrauterina en Estados Unidos donde descubre que la muerte fetal, denota el mortinato antes de la expulsión completa o la extracción de un producto de la concepción humana, de su madre, independientemente de la duración de la gestación y de que se haya inducido o no la terminación del embarazo. El mortinato suele estar indicado por el hecho que después de la expulsión o la extracción, el feto no respiró ni mostró otros signos de vida como el latido cardíaco, la pulsación del cordón umbilical o el movimiento definido de músculos voluntarios. Es importante diferenciar los latidos cardíacos, de las contracciones cardíacas transitorias; también hay que diferenciar las respiraciones, de los esfuerzos respiratorios o jadeos transitorios (Williams. Obstetricia).

El Dr. Óscar Oviedo Moreno (ginecólogo) y Zaira Salvador investigaron la muerte fetal intrauterina, o también llamada óbito fetal y sus causas y la define que, es la muerte del feto antes de su expulsión o extracción en el nacimiento y, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es independiente de la duración del embarazo. A pesar de ello, en general, se considera muerte fetal ante parto cuando ocurre después de la semana 20 de gestación. Además, también se habla de muerte fetal tardía si tiene lugar después de la semana 28.

Existen multitud de causas que pueden explicar la muerte del feto en el útero, aunque son difíciles de determinar. Los orígenes de la muerte fetal pueden ser maternos, fetales o relacionados con la placenta. En algunos casos, será posible prevenirlos con anterioridad y actuar a tiempo para impedir la muerte del bebé (Salvador, 2019).

Joy E Lawn investigo la Muerte Fetal Intrauterina y lo hace referencia a todas las muertes producidas durante el embarazo después de la semana veintidós de gestación (Joy E Lawn, 2011).Y también menciona cinco causas principales de Muerte Fetal Intrauterina

1. complicaciones durante el parto
2. Infecciones maternas durante el embarazo
3. enfermedades maternas, especialmente hipertensión y diabetes
4. retraso del crecimiento fetal

## **Planteamiento de problema**

La muerte fetal intrauterina es un problema a nivel mundial, se presenta en mujeres de cualquier edad, raza o nivel socioeconómico, debido a que la mayoría de las gestantes no llevan un buen control prenatal durante el embarazo, lo que favorece a la mortalidad fetal.

De acuerdo a la estadística del (INEGI) en México durante 2020 se registraron 22,637 muertes fetales, las cuales corresponden a una tasa nacional de 6.7 por cada 10, 000 mujeres en edad fértil. Aunque las muertes fetales, son trágicos acontecimientos de las madres afectadas y sus familias, siguen siendo comunes de embarazos en los países en vías de desarrollo (INEGI, 2021).

Se ha descrito que las pacientes situadas en el grupo de edad muerte fetal ocurren en familias de todas las razas, grupos étnicos y niveles de ingreso, y en mujeres de todas las edades o mayor a 35 años tienen un mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo, riesgo que aumenta, cuando las pacientes presentan antecedentes de enfermedad pre gestacional, hecho que se suma a los cambios fisiológicos que se producen durante el embarazo. El análisis de la morbilidad y mortalidad materna es una de las actividades más importantes para evaluar el estado de salud de una población.

En consecuencia, la Organización Mundial de la Salud al igual que distintos organismos internacionales en el campo de la salud, han mostrado en las últimas décadas, un interés especial en el estudio de los problemas de la mujer y en la disminución de la mortalidad materna. Por tanto, la salud perinatal es uno de los pilares más importantes dentro de los programas de salud reproductiva. El problema que representa la morbi-mortalidad materno fetal, obliga a buscar estrategias que mejoren las condiciones de salud. El enfoque epidemiológico y social, cada vez más señalado en la solución de este problema, ha aportado conceptos importantes. Esto se debe al hecho de que el ambiente materno donde se desarrolla la gestación está inmerso en otros sistemas como el económico, social y psicológico, determinantes en gran medida, y que no siempre pueden ser modificadas por el médico, pero es quien debe valorar los riesgos y aconsejar a la población que lo requiera.

## **Pregunta de investigación**

¿Cuáles son las intervenciones de enfermería para mujeres con muerte fetal intrauterino?

## **Justificación**

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

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.

Enfermería tienen que brindar apoyo emocional durante el parto y una atención obstétrica oportuna, en casos de emergencia así mismo también apoyar a los padres por el duelo que están pasando.

La muerte fetal intrauterina, también llamada óbito fetal, es la muerte del feto antes de su expulsión o extracción en el nacimiento y, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es independiente de la duración del embarazo. Los casos de muerte intrauterina es un problema de salud que afecta gravemente a la sociedad y que en muchas instituciones no se lleva una atención integral, solo se contempla la resolución del problema. Es por ello, que este protocolo de investigación, pese a la poca inversión que la respalde, permitirá si se lleva de forma precisa según lo marque su método de investigación, conocer las causas únicas o multifactoriales, de los decesos del producto durante la gestación. La trascendencia de los beneficios no solo será para la paciente ya afectada, sino que permitirá en forma general, conocer los riesgos para desarrollar muerte intrauterina en la población, para así, con medidas efectivas, reducir los casos prevenibles. Los beneficiados sin duda son las mujeres ya embarazadas o en edad reproductiva y sexualmente activa de la comunidad, que el conocer los factores de riesgo en los casos de muerte intrauterina, permitirá llevar una gestación a término satisfactoriamente. El sector salud gasta gran parte de su presupuesto para la atención y resolución de muertes

intrauterinas, cual sea la edad gestacional, desde la elaboración de legrados uterinos instrumentales, atención del parto o interrupción por vía abdominal, según el método que más le convenga en forma personal. Esta investigación no permitirá descubrir nada nuevo en la literatura médica, es más bien, emplear los conocimientos médicos para investigar las causas de muerte intrauterina, para que en caso de ser prevenibles puedan evitarse con medidas oportunas y en caso de no serlo, el conocer la causa sea un aliciente para la mujer afectada. Claro que este protocolo es solo una pequeña aportación para la investigación, que esperemos con resultados satisfactorios se contemple su seguimiento.

### **Objetivos:**

#### Objetivo General

- Describir las intervenciones de enfermería en las mujeres con muerte fetal intrauterino.

#### Objetivo Específico:

- Conocer los factores de riesgo hacia la muerte fetal intrauterino.

### **Hipótesis:**

#### Hipótesis de investigación

Proporcionar terapia psicológica y el control prenatal son algunas de las intervenciones de enfermería hacia las pacientes con muerte fetal intrauterino.

#### Hipótesis nula

Proporcionar terapia psicológica y el control prenatal no son algunas de las intervenciones de enfermería hacia las pacientes con muerte fetal intrauterino.

### **Variables:**

#### Variable dependiente

- Intervenciones de enfermería

#### Variable independiente

- Mujeres con muerte fetal intrauterina

# **CAPÍTULO 1**

**Anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino.**



## **1.1. Anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino en órganos externos (vulva):**

### **1.1.1. Montes de venus:**

Se ubica por arriba y por delante de la sínfisis del pubis.

Estos cubiertos por vello hirsuto.

Función: es protectora y térmica.

### **1.1.2. Labios mayores:**

Son dos pliegues cutáneos formados de tejidos fibroso y grasos cubiertos de vello hirsuto.

Alargados de arriba hacia abajo en forma de arco, nacen en la base del monte de venus y terminan en la horquilla.

Miden aproximadamente: 7 x 2 x 0.5 cm.

Son de color de la piel de la mujer ligeramente más oscuros, tienen 90% de glándulas sudoríparas y un 10% de glándulas sebáceas

Función: protectora cierran el vestíbulo y poca participación en el coito.

### **1.1.3. Labios menores:**

Son dos pliegues cutáneos que se encuentran por debajo de los labios mayores.

Son pequeños, de superficie lisa, color rosado, carecen de vello, tienen 90% de glándulas sebáceas y un 10% de glándulas sudoríparas.

Altamente vascularizados e inervados. Miden aprox. 4 x 1 x 0.3 cm

Nacen por debajo de los clítoris formados su frenillo, terminan fundiéndose con labios mayores en la horquilla.

Función: protectora y participan activamente en la producción del orgasmo femenino.

### **1.1.4. Clítoris:**

Estructura homóloga del pene en el hombre, mide 1.5 x 2 cm.

Es encuentra, fuertemente flexionado hacia adentro y hacia abajo en forma de gancho.

Formado por: cuerpo, prepucio, glande y frenillo, el cuerpo formado por 2 estructuras eréctiles, 2 cuerpo cavernoso.

Función: producción del orgasmo femenino, es la estructura más erógena del organismo femenino.

#### 1.1.5. Meato urinario:

Se encuentra en el vestíbulo, aproximadamente, 1 cm por debajo del clítoris, casi siempre cubierto por los labios.

Función: expulsión de la orina.

#### 1.1.6. Orificio vaginal:

Se encuentra en la parte más baja de la vulva, en las mujeres núbiles se encuentra cubierto por el himen.

En las mujeres no núbiles se presentan formaciones llamadas “carúnculas mirtiformes”.

Función: es la entrada a la vagina.

#### 1.1.7. Himen:

Es una membrana delgada que se encuentra a la entrada de la vagina en mujeres núbiles.

Muy inervada y vascularizada, múltiples formas.

Función: protectora.

#### 1.1.8. Vestíbulo:

Es una zona que se encuentra dentro de la vulva limitada a los lados por labios menores, arriba por el clítoris y abajo por la horquilla.

#### 1.1.9. Glándulas de Bartholin:

Son dos glándulas de secreciones externas.

Se encuentra a los lados de la vagina en su cara interna, ocultas, muy pequeñas, miden aprox. 1x1cm.

Sus conductos desembocan a la entrada de la vagina mide aprox. 1.5cm.

Función: lubricar, produce sustancia clara, transparente, incolora viscosa que lubrica durante el coito

#### 1.1.10. Glándulas de skene:

Se encuentran a ambos lados del orificio uretral. Liberan un fluido durante la eyaculación femenina, lo que le ocurre en algunos casos durante un orgasmo.

Función: es protectora.

#### 1.1.11. Horquilla:

Es la parte anatómica inferior de la vulva, es el lugar donde se unen labios mayores con los labios menores.

Es el inicio del orificio vaginal, ahí se inicia la zona anatómica conocida como periné, lugar donde se realiza la episiotomía y episiorrafia.

## **1.2. Anatomía del aparato reproductor femenino (órganos internos):**

### 1.2.1. Vagina:

Es una cavidad virtual, mide aproximadamente de 9 a 12cm de longitud de 3 a 4 cm de ancho.

Sus paredes son muy elásticas de color rosado, en mujeres nulíparas estas paredes son rugosas, en multíparas estas paredes son lisas.

Está constituida por un epitelio. Plano, escamoso y estratificado.

Tiene 3 capas de células que son: Parabasales, intermedias y superficiales, al unirse con el cérvix forma los "fondos de saco" llamándose al posterior "fondo de saco de DOUGLAS".

A los lados se denominan fondos de saco laterales, en la parte superior se denomina fondo de saco anterior.

La vagina tiene un PH alcalino en niñas y ancianas siendo de aprox.8 a 8.5, un PH ácido de 4.5 a 5.5 en mujeres de fértil. 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 tiene 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 de la vagina:

- 1- Órgano copulador de la mujer
- 2- Conducto de desechos
- 3- Forma parte del canal del parto.

### 1.2.2. Útero:

Es considerado la parte principal del aparato reproductor femenino hablando en términos reproductivos.

Se encuentra ubicado por atrás de la vejiga y por delante y arriba del recto sigmoides formando casi un ángulo recto con vagina de donde toma su posición normal que es de anteversoflexion (AVF).

Es un órgano muscular hueco de gruesas paredes musculares de musculo liso, con una cavidad en su interior en forma de pera invertido, mide aproximadamente en mujeres adultas normales de 7.5cm de largo por 5 cm de ancho y 2.5 cm de espesor. Su cavidad mide aproximadamente de 5-6cm con una capacidad de 10 ml.

Se divide en 3 partes anatómicas que son de arriba hacia abajo:

- 1- Fondo uterino
- 2- Cuerpo uterino
- 3- Cuello uterino o cérvix.

#### **Está compuesta de 3 capas:**

1- Endometrio: es una capa más interna del útero, formado por epitelio columnar cilíndrico; glandular, el endometrio consta de 3 capas que son de dentro hacia afuera.

Basal, compuesta y esponjosa.

Las capas compacta y esponjosa, se desprenden cada mes durante la menstruación quedando siempre la capa basal.

2- Miometrio: es la capa más gruesa del útero, hasta formada por musculo liso un 100% tiene de alrededor de 2 a 2.2 cm de espesor.

3- Exometrio: es una capa delgada de tejido laxo que recubre todo el útero.

Función: es la recepción del embrión y su manutención y nutrición hasta el final de embarazos.

### **1.2.3. Ligamentos uterinos:**

Ligamentos redondos: Son dos bandas de tejidos fibroso y de musculo liso que tienen forma redondeada, nacen por delante de la inserción de las trompas de Falopio.

Su función es: mantener el útero en posición de anteversoflexion (AVF).

Ligamentos uterosacros: Nacen paredes laterales del útero, nivel del cérvix, sus fibras siguen un trayecto hacia atrás en forma de arco y terminan insertándose en el hueso sacro a nivel de la tercera vertebra sacra.

Función: es mantener al otero en posición central, evitando las desviaciones laterales.

Ligamentos cardinales: Nacen en las paredes laterales del útero a nivel del cérvix, casi inmediatamente por debajo del nacimiento de los ligamentos uterosacros, estos ligamentos forman el parametrio.

Función: es evitar el descenso uterino evitando el prolapso uterino.

Ligamentos anchos: Son 2 grandes hojas de peritoneo visceral que nacen de las paredes laterales del útero y terminan en las paredes laterales de la pelvis.

Función: es de protección.

### **1.2.4. 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 ovulo.

Los ovarios se encuentran situados a los lados del útero -ovárico.

Son de color blanco nacarado, de forma ovoide con superficie lisa en las niñas y rugosa en las mujeres adultas debido a las cicatrices de las ovulaciones.

Los ovarios se dividen en 2 partes o capas anatómicas:

1- Corteza: es la capa más delgada del ovario.

Función: es donde se encuentran los folículos y se producen las hormonas femeninas, estrógenos y la progesterona.

2- Medula: es la capa más gruesa del ovario, pero no tiene función endocrina, sólo es el sitio donde se encuentran las arterias, las venas, los nervios ováricos y los ligamentos.

### **1.2.5. Trompas de Falopio:**

Son dos conductos de músculos membranosos que se encuentran situados en los ángulos corneales del útero de cada lado y que miden entre 11 a 12 cm de longitud aproximadamente, de calibre variable; siendo más angosta a la entrada del útero y más anchas en la región externa o ampular.

Consta de 3 capas anatómica que son de dentro hacia fuera:

- 3- Capa mucosa
- 4- Capa muscular
- 5- Capa serosa

**Las trompas de Falopio se dividen en 4 regiones anatómica que son:**

- 1- Intramural: esta región se encuentra dentro del útero, es la región de menos calibre.
- 2- Istmo: es la región que se encuentra más cerca del útero, mide de 2 a 3 cm.
- 3- Ampolla: es la región más ancha de la trompa de Falopio, es la región en donde se lleva a cabo la fecundación del ovulo por el espermatozoide.
- 4- Fimbrias: es la parte más externa de las trompas de Falopio tienen forma dentada y su función principal es capturar al ovulo que expulsa el ovario.

**Funciones principales son:**

- 1- Transporte de espermatozoides.
- 2- El transporte del ovulo fecundado.

# **CAPÍTULO 2**

**Embarazo.**

## 2.1. Embarazo

Proceso fisiológico pasajero en la mujer que inicia con la unión del ovulo con el espermatozoide(fecundación) y termina con el nacimiento de un nuevo ser.

## 2.2. Duración del embarazo humano:

1- 280 días

2- 40 semanas

3- 9 meses lunares

4- 3 trimestres:

- Primer semestre va de la semana 1 hasta el final de la semana 12.
- Segundo trimestre va de la semana 13 hasta el final de la semana 26.
- Tercer trimestre va de la semana 27 hasta el final del embarazo

5- 2 mitades

## 2.3. División del embarazo

Característica 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.

0-20 semanas de gestación aborto

20-28 semanas de gestación inmaduro.

28-37 semanas de gestación pretérmino.

37-42 semanas de gestación termino.

Más de 42 semanas de gestación post termino.

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

## 2.4. Signos del embarazo

- **Náuseas con o sin vómitos:** Las náuseas del embarazo pueden aparecer a cualquier hora del día o de la noche y, a menudo, comienzan uno o dos meses después de quedar embarazada. Sin embargo, algunas mujeres sienten náuseas antes y otras nunca las tienen. Aunque la causa de las náuseas durante



el embarazo no está clara, es probable que las hormonas del embarazo jueguen un papel importante.

- **Fiebre:** Aumento de la temperatura del cuerpo por encima de la normal  $38^{\circ}\text{C}$ , que va acompañado por un aumento del ritmo cardíaco y respiratorio, y manifiesta la reacción del organismo frente a alguna enfermedad. Las causas de aparición de fiebre durante el embarazo pueden ser diversas, desde una infección viral o bacteriana a una insolación o una infección urinaria.
- **Sangrado Vaginal:** Un estudio muestra que hasta el 25% de las mujeres embarazadas experimentan un sangrado ligero o manchado, cuyo color es más claro que el de la sangre menstrual normal. Esto suele ocurrir en el momento de la implantación del óvulo fertilizado (aproximadamente de 6 a 12 días después de la concepción), pero es común en las primeras 12 semanas de embarazo.
- **Mamas o pezones sensibles o hinchados.** Las mujeres pueden notar este síntoma incluso 1 o 2 semanas después de la concepción. Los cambios hormonales pueden provocar dolor o sensación de hormigueo en las mamas. Las mamas también se sienten más grandes o más pesadas.
- **Fatiga.** Muchas mujeres se sienten más cansadas al inicio del embarazo dado que sus cuerpos están produciendo mayores cantidades de una hormona denominada progesterona, la cual ayuda a mantener el embarazo y promueve el crecimiento de las glándulas que producen leche en las mamas. Además, durante el embarazo, el cuerpo bombea más sangre para llevar nutrientes al feto. Las mujeres embarazadas pueden sentirse fatigadas incluso 1 semana después de la concepción.
- **Dolores de cabeza:** El aumento repentino de hormonas puede producir dolores de cabeza en el inicio del embarazo.
- **Antojos o aversiones a la comida:** Tener un antojo repentino o de pronto sentir rechazo por alimentos que antes eran favoritos es común durante todo el

embarazo. Un antojo o una aversión por un alimento puede durar todo el embarazo o ir cambiando durante este período.

- **Cambios en el estado de ánimo:** Los cambios hormonales durante el embarazo a menudo causan cambios bruscos en el estado de ánimo. Esto puede ocurrir incluso a las pocas semanas de la concepción.
- **Micción frecuente:** La necesidad de vaciar la vejiga con mayor frecuencia es común durante todo el embarazo. En las primeras semanas de embarazo, el cuerpo produce una hormona denominada gonadotropina coriónica humana, que aumenta el flujo sanguíneo a la región pelviana y hace que las mujeres tengan que orinar con más frecuencia.

## 2.5. Síntomas del 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 la 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 solo ocurre en los embarazos si no que puede aparecer en patologías tumorales de cualquier 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 frecuentes en individuos con complejión 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.

## **2.6 Cambios durante el embarazo**

### **2.6.1. Cambios psicológicos:**

La embarazada es más lábil es el aspecto psicosomático, reclama amor y cariño por parte de su pareja desde el inicio del embarazo hasta que termina.

La mujer gestante se mueve en la fantasía, el miedo, la calma y la ansiedad. La ansiedad en el embarazo no es síntoma de patología necesariamente, es una ansiedad NORMAL y NECESARIA, aunque a veces sobrepasan los niveles esperables y pueden causar gran angustia y malestar, siendo necesaria la intervención desde salud mental.

### **2.6.2. Cambios espirituales:**

Se sienten bendecidas, maravilladas, realizadas, privilegiadas, ilusionadas, impactadas y a la vez asustadas, preocupadas e intranquilas; alegres, preocupadas, pero a la vez llenas de temores, con sueños llenas de esperanza y gratitud, aunque cansadas en algunos casos.

### **2.6.3. Cambios fisiológicos:**

El cuerpo cambia interna y externamente; pérdida transitoria de la imagen corporal. En algunas mujeres causa angustia y una herida narcisista, aumento de peso, aumento de volumen abdominal, aumento del tamaño de las mamas, polaquiuria, estreñimiento, hiperpigmentación de la piel en algunas zonas

### **2.6.4. Cambios sociales:**

Se refieren prioritaria mente a la adquisición de un nuevo rol, el rol de madre, con las responsabilidades que ello implica, ya que el hijo en sus primeros años va a depender absolutamente de ella. A su vez, este nuevo hijo produce otros cambios en la dinámica familiar, sobre todo en el vínculo con la pareja y en las relaciones con los otros hijos y familiares

## 2.7. Complicaciones del embarazo

- **Diabetes gestacional:** En este caso, la diabetes aparece o se detecta en el embarazo y se caracteriza porque los niveles de glucosa en sangre están elevados (hiperglicemia) durante la gestación. Generalmente, esta situación se resuelve una vez que la mujer da a luz, aunque podría desarrollar diabetes tipo 2 en el futuro.
- **Preeclampsia:** La preeclampsia es una complicación que puede aparecer a partir de la semana 20 de gestación o en las primeras semanas después del parto. Esta complicación está asociada a hipertensión y a la presencia de proteínas en la orina (proteinuria). No obstante, este trastorno también puede involucrar a otros órganos, es decir, es multisistémico.

La preeclampsia, como puede afectar a la placenta, podría causar restricción en el crecimiento intrauterino o un parto prematuro.

- **Parto prematuro:** Generalmente, se habla de parto prematuro cuando este tiene lugar antes de las 37 semanas de gestación. Un parto prematuro puede tener importantes consecuencias para el bebé, ya que, por ejemplo, su sistema respiratorio no será maduro.

Por tanto, cuanto antes se produzca el parto respecto a la fecha del parto a término, el bebé podrá tener un mayor número de complicaciones.

- **Aborto espontáneo:** Se trata de la pérdida involuntaria de un embarazo antes de la semana 20 de gestación. De manera más frecuente, los abortos espontáneos se producen en el primer trimestre de embarazo y, en ocasiones, cuando la mujer aún ni es consciente de que está embarazada. Entre los síntomas de una amenaza de aborto, se encuentra el sangrado vaginal y el dolor abdominal.
- **Placenta previa:** se refiere a una placenta que cubre total o parcialmente la abertura del cuello uterino y, por tanto, el canal del parto. Cuando se diagnostica en el periodo inicial de la gestación, es posible que la placenta previa se resuelva. En caso contrario, lo más probable es que la embarazada dé a luz por cesárea.

- **Hiperémesis gravídica:** La hiperémesis gravídica consiste en la presencia constante de náuseas y vómitos durante el embarazo. Se trata, por tanto, de una forma más severa de las náuseas y vómitos que muchas mujeres experimentan en el primer trimestre de gestación. Esta situación lleva a deshidratación, desnutrición y pérdida de peso en la embarazada.
- **Anemia:** En la mujer embarazada puede ser frecuente la anemia por déficit de hierro o anemia ferropénica, ya que las necesidades de hierro son mayores durante la gestación.

El hierro forma parte de la hemoglobina, imprescindible para el transporte del oxígeno en nuestra sangre (en los glóbulos rojos). De esta manera, si la hemoglobina se encuentra en niveles bajos, podría estar relacionada con un parto prematuro y bajo peso al nacer.

- **Depresión postparto:**

La embarazada puede sentirse vacía o triste e, incluso, tener sentimientos contradictorios durante unos días después del parto, lo que podría estar relacionado con los cambios hormonales que ha experimentado.

Sin embargo, la mujer puede presentar síntomas de depresión de una manera más prolongada (depresión postparto).

- **Infecciones:** Una infección en la madre se puede transmitir al bebé en el embarazo, el parto o durante la lactancia materna. Por tanto, adquiere especial relevancia comprobar, antes de quedarse embarazada, si la mujer tiene alguna infección que pudiera afectar al feto, así como si está inmunizada frente a ciertas infecciones. De este modo, la mujer puede recibir algún tipo de tratamiento si fuera necesario o, quizá, puede ser conveniente la administración de alguna vacuna.

# **CAPÍTULO 3**

**Desarrollo embrionario.**

### **3.1. Desarrollo embrionario:**

El desarrollo embrionario es el periodo que se produce entre la fecundación y el parto. Dura normalmente nueve meses, y en cada uno de los trimestres en los que se divide se desarrollan diferentes partes del cuerpo.

#### **3.1.2. Primer trimestre:**

##### **Semana 5 a 7**

- El cerebro, el tubo digestivo, el corazón y la médula espinal comienzan a desarrollarse.
- Las yemas o brotes de brazos y piernas se vuelven visibles.
- El cerebro se divide en 5 áreas y algunos nervios craneales son visibles.
- Comienza el desarrollo de las estructuras de los ojos y de los oídos.
- Se forma el tejido que se ha de convertir en las vértebras y algunos otros huesos.
- El corazón continúa su desarrollo y late a un ritmo regular.
- La sangre rudimentaria se desplaza a través de los vasos mayores.

##### **Semana 8**

- Los brazos y las piernas se han alargado y se pueden distinguir las áreas de los pies y de las manos. Las manos y los pies tienen dedos (dígitos), pero pueden aún estar adheridos por membranas.
- El cerebro continúa su desarrollo.
- Los pulmones comienzan a formarse.

##### **Semana 9**

- Se forman los pezones y folículos pilosos.
- Los codos y los dedos de los pies son visibles.
- Todos los órganos esenciales se comienzan a formar
- Los párpados están más desarrollados.
- Las características externas del oído comienzan a tomar su forma final.
- Continúa el desarrollo de las características faciales.
- Los intestinos rotan.

##### **Semanas 11 a 14**

- El tamaño de la cabeza corresponde casi a la mitad del tamaño del bebé
- La cara está bien formada.
- Los párpados se cierran. Se abrirán alrededor de la semana 28.
- Aparecen los brotes dentarios.
- Las extremidades son largas y delgadas.
- El bebé puede empuñar los dedos.
- Los genitales aparecen bien diferenciados.
- Se producen glóbulos rojos en el hígado.

### 3.1.3. Segundo trimestre:

#### **Semanas 11 a 14**

- El tamaño de la cabeza corresponde casi a la mitad del tamaño del bebé
- La cara está bien formada.
- Los párpados se cierran. Se abrirán alrededor de la semana 28.
- Aparecen los brotes dentarios.
- Las extremidades son largas y delgadas.
- El bebé puede empuñar los dedos.
- Los genitales aparecen bien diferenciados.
- Se producen glóbulos rojos en el hígado.

#### **Semana 16**

- La piel es casi transparente.
- Aparecen movimientos de succión con la boca.
- Se desarrolla un vello fino, denominado lanugo, en la cabeza.
- El meconio se produce en el tracto intestinal.
- Se ha desarrollado más tejido muscular y óseo.
- Los huesos se vuelven más duros.
- Comienzan los movimientos activos.
- El hígado y el páncreas producen secreciones líquidas.

#### **Semanas 19 a 21:**

- El bebé puede oír y efectúa más movimientos.
- La madre puede sentir una agitación en la parte baja del abdomen.



**Semana 22:**

- El lanugo cubre todo el cuerpo.
- Aparecen las cejas, las pestañas y las uñas en pies y manos.
- El bebé está más activo y tiene mayor desarrollo muscular.
- La madre puede sentir el movimiento del bebé.
- Los latidos cardíacos fetales se pueden escuchar con un estetoscopio.

**Semanas 23 a 25**

- La médula ósea comienza a producir células sanguíneas.
- Se desarrollan las vías respiratorias bajas del bebé, pero aún no producen agente tensioactivo.

**Semana 26**

- Las cejas y las pestañas están bien formadas.
- Todas las partes de los ojos están desarrolladas.
- El feto presenta el reflejo prensil y de sobresalto.
- Se comienzan a formar las huellas de la piel plantar y de la piel palmar.
- Se forman los alvéolos pulmonares.

**3.1.4. Tercer trimestre:****Semanas 27 a 30**

- Se presenta desarrollo rápido del cerebro.
- El sistema nervioso está lo suficientemente desarrollado para controlar algunas funciones corporales.
- Los párpados se abren y se cierran.
- El sistema respiratorio, aunque inmaduro, se ha desarrollado al punto de permitir el intercambio gaseoso.

**Semanas 31 a 34**

- Se presenta un aumento rápido en la cantidad de grasa corporal.
- Hay movimientos respiratorios rítmicos, pero los pulmones no están totalmente maduros.
- Los huesos están completamente desarrollados, pero aún son blandos y flexibles.
- El cuerpo del bebé comienza a almacenar hierro, calcio y fósforo.

### **Semana 38**

- El lanugo comienza a desaparecer.
- Se presenta un aumento en la grasa corporal.
- Las uñas de las manos alcanzan las puntas de los dedos.

### **Semana 39 a 42**

- El lanugo desaparece, excepto en la parte superior de los brazos y en los hombros.
- Las uñas de las manos se extienden más allá de las puntas de los dedos.
- Se presentan pequeñas yemas o brotes mamarios en ambos sexos.
- El cabello de la cabeza ahora es más grueso y áspero. (Martínez, 2005)

## **3.2. Etapas embrionario:**

### **3.2.1. Fecundación:**

Es la unión del ovulo con el espermatozoide, ocurre en la región ampular de la trompa de Falopio.

Una vez que entra la cabeza del espermatozoide al ovulo penetrando la membrana celular, se forma una capa de sustancias químicas que impiden que penetra más espermatozoides al ovulo.

Ya fecundado el ovulo, se inicia una rápida división celular y a partir de este momento, el ovulo cambia su nombre por el de cigoto o huevo.

### **3.2.2. Cigoto:**

Se trata de la etapa inicial del desarrollo embrionario, que ocurre inmediatamente después de la fecundación. El cigoto es el resultado de la unión del óvulo y el espermatozoide, lo que crea una única célula con el material genético de ambos progenitores. Esta célula tiene la capacidad de dividirse y desarrollarse en un organismo completo.

Durante el trayecto del cigoto a través de las trompas de Falopio hacia el útero, que tarda aproximadamente de 3 a 5 días, las células se dividen mediante un proceso llamado mitosis.

A medida que avanza la división celular, el cigoto se transforma en una estructura multicelular denominada mórula. Posteriormente, esta continúa dividiéndose hasta

formar una estructura hueca llamada blastocisto, que se implantará en el útero y dará inicio a la etapa embrionaria.

### 3.2.3. Mórula:

A medida que el cigoto desciende por las trompas de Falopio hacia el útero, sus células se dividen y se forma una estructura compacta llamada mórula. Esta fase ocurre aproximadamente de 3 a 5 días después de la fecundación.

Durante esta etapa, las células son prácticamente indiferenciadas y totipotentes, lo que significa que tienen la capacidad de dar lugar a cualquier tipo de célula del organismo.

A medida que las células de la mórula siguen dividiéndose, comienzan a reorganizarse y a diferenciarse en dos grupos: el embrioblasto, que dará lugar al embrión propiamente dicho, y el trofoblasto, que formará parte de la placenta y otras estructuras de soporte.

### 3.2.4. Blastocisto:

El embrión en desarrollo continúa dividiéndose hasta que toma la forma de un blastocisto, una estructura hueca que se implantará en el revestimiento del útero aproximadamente 6 días después de la fecundación.

El blastocisto tiene una zona engrosada que dará lugar al embrión, mientras que las células externas se convertirán en la placenta.

### 3.2.5. Gástrula:

En la etapa de gástrula, las células del embrión en desarrollo comienzan a organizarse en capas distintas, lo que dará lugar a la formación de diferentes tejidos y órganos. Este proceso es esencial para el desarrollo de estructuras anatómicas y funcionales en el embrión.

### 3.2.6. Embrión:

El desarrollo embrionario es una etapa crucial en el crecimiento de un nuevo ser humano. Esta fase comienza después de la implantación del blastocisto en el útero,

alrededor de la segunda semana después de la fecundación, y se extiende hasta aproximadamente la décima semana de embarazo.

Durante dicho periodo, el embrión experimenta una rápida diferenciación celular y especialización que dará lugar a la formación de los órganos y estructuras fundamentales del cuerpo humano.

El embrión se desarrolla dentro del saco amniótico, que lo protege y le proporciona el entorno adecuado para su crecimiento. Algunos eventos cruciales en la fase embrionaria incluyen la formación del tubo neural, que dará lugar al cerebro y la médula espinal, el desarrollo del corazón y los vasos sanguíneos, y la aparición de los primeros glóbulos rojos o eritrocitos.

### 3.2.7. Feto:

Esta es la etapa posterior al desarrollo embrionario y abarca desde la undécima semana de embarazo hasta el nacimiento. Durante esta fase, el feto continúa creciendo y madurando, y sus órganos y sistemas corporales se perfeccionan y se preparan para funcionar fuera del útero materno.

Durante el desarrollo fetal, se producen cambios notables en el tamaño y la forma del feto, y sus características faciales y corporales se vuelven más definidas. El sistema nervioso central sigue madurando, y el cerebro experimenta un rápido crecimiento. Los órganos internos, como los pulmones, el hígado y los riñones, continúan desarrollándose y madurando, mientras que el sistema circulatorio y el corazón aumentan su capacidad para bombear sangre de manera eficiente.

Además, el feto desarrolla la capacidad de realizar movimientos fetales que son un indicador importante de su bienestar. A medida que se acerca el final del embarazo, el feto adquiere la posición adecuada para el nacimiento y se prepara para su entrada en el mundo exterior. (IVI, 2023)

# **CAPÍTULO 4**

**Muerte fetal intrauterino.**

## **4.1. Muerte fetal intrauterino**

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

## **4.2. Clasificación:**

### **4.2.1. Muerte fetal temprana:**

Antes de las 20 semanas de gestación o con peso fetal menor a 500 gramos, o aborto.

### **4.2.2. Muerte fetal intermedia:**

Aquella que se presenta entre las semanas 21 y 27, peso entre 500 y 999 gramos.

### **4.2.3. Muerte fetal tardía:**

Por encima de la semana 28 o peso fetal superior a 1,000 gramos.

## **4.3. Etiología se clasifica en tres:**

### **4.3.1. Causas Maternas:**

- **Embarazos múltiples:**

Las tasas de óbitos fetales en los embarazos múltiples se encuentran cuadruplicadas en comparación con las de embarazos únicos y se relacionan con complicaciones específicas de este tipo de embarazos, que se hacen 30 mayores en los embarazos con mayor número de fetos. Contribuyen de manera importante al total de las tasas de muertes fetales y van de la mano con el aumento de 6 a 12 veces que han experimentado los embarazos múltiples secundarios, a su vez, a la mayor edad de las madres y a las técnicas de fertilización in vitro.

- **Diabetes mellitus:**

Con la introducción de la insulina en la práctica clínica, la disminución de las muertes fetales relacionadas con esta enfermedad ha sido significativa. Actualmente, la muerte fetal relacionada con la diabetes mellitus ocurre con más frecuencia en el tercer trimestre del embarazo en pacientes con poco control de la glucemia y

obedece a complicaciones como macrosomía, polihidramnios, retardo del crecimiento intrauterino y preeclampsia.

- **Lupus eritematoso sistémico:**

Es una enfermedad crónica, multisistémica que se caracteriza por una respuesta autoinmune aberrante a autoantígenos con afección a cualquier órgano o tejido, que afecta principalmente a mujeres en edad reproductiva.

Las pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) sufren durante el embarazo una mayor incidencia de agudizaciones de su enfermedad y del número de abortos, muertes fetales, partos prematuros y complicaciones, relacionadas con la presencia de anticuerpos antifosfolípidos.

- **Falla renal:**

En estas pacientes, el pronóstico del embarazo está dado principalmente por el grado de compromiso renal durante la concepción; es más sombrío en cuanto más grave sea la falla orgánica. En caso de acompañarse con anemia, hipertensión o el desarrollo de preeclampsia, disminuye la posibilidad de tener resultados obstétricos favorables, al igual que en aquellas pacientes que requieren diálisis. Sin embargo, las opciones de tener resultados favorables aumentan tras el trasplante renal y la normalización de las condiciones basales.

- **Infecciones:**

La infección se encuentra muy relacionada con las tasas de muerte perinatal y, aunque se han modificado las estrategias para la prevención y el diagnóstico temprano, no han cambiado mucho las expectativas de vida de estos fetos porque en su mayoría afectan antes de término. Se ha demostrado que los procesos inflamatorios se relacionan con resultados obstétricos adversos, predominantemente, en el feto pretérmino. Actualmente, se sabe que la respuesta inflamatoria fetal asociada a infección clínica o subclínica es capaz de alterar el intercambio gaseoso, causar hipoxia fetal y, así, disminuir la supervivencia.

- **Hipertensión arterial:**

Las muertes relacionadas con la hipertensión arterial sistémica cada vez son más infrecuentes, gracias a la mejor atención médica y obstétrica; se relacionan con los estados más graves y obedecen a complicaciones como desprendimiento prematuro de placenta, hemorragia materna, insuficiencia o infarto placentario.

- **Preeclampsia:**

Enfermedad causada por ciertas toxinas segregadas por la placenta. Estas toxinas actúan sobre el endotelio vascular, causando edema (de variable presentación clínica), hipertensión y proteinuria. En casos agudos se puede desencadenar una preeclampsia fulminante, con dolores de cabeza y trastornos auditivos y visuales. Este es el preludio de la eclampsia, en la que aparecen convulsiones, los que a menudo resultan fatales para el feto.

- **Eclampsia:**

Estado de crisis convulsivas, seguidas de coma, que se presenta en los últimos meses del embarazo, durante el parto o en las primeras horas del puerperio; es el estado más grave de las enfermedades hipertensivas del embarazo. Suele ocasionar la muerte del feto.

- **Hemoglobinopatías:**

Durante el embarazo, las hemoglobinopatías, especialmente la anemia drepanocítica, la enfermedad por hemoglobina S-C y la talasemia beta y alfa, pueden empeorar la evolución materna y los resultados perinatales. Se dispone del cribado genético para algunos de estos trastornos.

- **Edad materna muy precoz o avanzada.**

- **Incompatibilidad RH.**

Cuando la madre es RH negativa y el feto es RH positivo.

También existe incompatibilidad al factor ABO, pero es mucho menos frecuentes y menos peligroso.



- **Ruptura uterina:**

La ruptura uterina es una de las complicaciones más graves del embarazo que ocasionan una elevada mortalidad materna y fetal.

- **Trombofilias hereditarias:**

La relación de las trombofilias está mejor definida en las pérdidas fetales tardías que en las tempranas, aunque aún el conocimiento es muy limitado. La predisposición genética está sustentada por la recurrencia del fenómeno, por ejemplo, en pacientes con enfermedades con mutaciones protrombóticas.

No se dispone de estudios amplios ni que analicen de manera separada cada defecto o mutación, pero se han relacionado con hallazgos placentarios anómalos en alrededor de 75 a 80% de los casos en la evaluación post mórtem. Lupus eritematoso sistémico. A pesar de afectar menos del 1% de las mujeres en edad fértil, el aumento del riesgo de óbito fetal es desproporcionadamente alto, en especial, en aquéllas con enfermedad renal preexistente, hipertensión arterial o presencia de anticoagulante lúpico positivo.

El paso transplacentario de anti-Royanti-La compromete el 5% de los fetos y se relaciona con un mal resultado obstétrico, por el riesgo de bloqueo cardiaco fetal que puede resultar en hydrops no inmune de origen cardiaco y muerte. Los riesgos se mantienen, aun cuando la concepción ocurra durante periodos de inactividad de la enfermedad. Las complicaciones son más frecuentes si la diabetes se presenta antes de la gestación que cuando lo hace durante ella; en este último caso, puede llegar a tener riesgos relativos similares a los de la población sana, si se mantiene un control adecuado de la glucemia, si se hace control prenatal y si hay una adecuada definición del tiempo de parto.

- **Hipotensión severa materna.**

- **Muerte materna:**

Es la muerte de una mujer mientras que está embarazada o dentro de los 42 días de haber terminado un embarazo, independientemente de la duración y la localización del embarazo, por cualquier causa vinculada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales y, en

consecuencia, constituye un importante indicador del nivel de desarrollo de un país y de la capacidad resolutoria de su sistema de salud.

#### **4.3.2. Causas Fetales:**

- Gestación múltiple.
- Retardo de crecimiento intrauterino.
- Anomalías congénitas.
- Anomalías genéticas.
- Infección.

#### **4.3.3. Causas Placentarias:**

- **Accidente de cordón.**
- **Desprendimiento placentario.**
- **Rotura prematura de membrana.**

Es la ruptura de las membranas corioamnióticas después de las 20 semanas de gestación y antes del inicio del trabajo de parto.

El 85% de la morbilidad fetal es resultado de los prematuros, 10% de mortalidad perinatal.

- **placenta previa:**

Cuando algunas partes de la placenta o todas se implanta en el segmento uterino.

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

#### **4.4. Etiopatogenia**

Las causas son múltiples y atribuibles a diversos orígenes: ambiental, materno, fetal y ovular, y en parte desconocida. Durante el embarazo el feto puede morir por:

a) Reducción o supresión de la perfusión sanguínea útero placentario: originada por hipertensión arterial, inducida o preexistente a la gestación, cardiopatía materna, hipotensión arterial materna por anemia aguda o por otra causa.

- b) Reducción o supresión del aporte de oxígeno al feto (en ausencia de contracciones uterinas, con tono uterino normal, sin compromiso de la perfusión útero placentaria): puede estar causada por calcificaciones de la placenta, nudos, torsión exagerada y prolapso o prolapsos del cordón umbilical, o por otros factores.
- c) Aporte calórico insuficiente: por desnutrición materna grave, el metabolismo de los glúcidos y acidosis: por diabetes grave o descompensada.
- d) Hipertermia, toxinas bacterianas y parasitosis: Intervienen las virosis graves, las infecciones bacterianas y parasitarias de la madre, de las membranas ovulares, del feto y de la placenta.
- e) Intoxicaciones maternas: la ingesta accidental de mercurio, plomo, DDT, etc.
- f) Traumatismo: pueden ser directo (el feto) o indirectos, a través de la madre. El que más importancia está adquiriendo es el directo por mala técnica en la aplicación de métodos invasivos como la cordocentesis.
- g) Malformaciones congénitas: siendo incompatible con el crecimiento y desarrollo fetal (cardíacas, del encéfalo, etc.)
- h) Alteraciones de la hemodinámica fetal: como en los gemelos univitelinos.
- i) Causas desconocidas: se lo ha denominado a este cuadro muerte habitual del feto.

## **4.5. Factores asociados a muerte fetal intrauterina**

### **4.5.1 Macroambiente:**

**-Estado civil soltera.**

**-Nivel educativo menor de 10 años.**

**-Nivel socioeconómico bajo:**

El nacer en un país en desarrollo se considera un factor de riesgo para muerte fetal; además, se considera que la mayoría de las causas son prevenibles, como sífilis o paludismo, y se relacionan con obstáculos en la prevención, el acceso a servicios de calidad y la atención mediada por factores sociales, económicos, geográficos, culturales, políticos y gubernamentales. Aun sin tener en cuenta el desarrollo del país, las pacientes de estratos más bajos tienen menor acceso a la educación, a

una adecuada alimentación con altos índices de desnutrición y no buscan tempranamente atención prenatal, lo cual aumenta sus riesgos relativos de pérdidas fetales

#### **4.5.2. Matroambiente:**

##### **- Edad > 35 años; adolescencia precoz.**

Se considera un factor de riesgo independiente para óbito fetal, aun considerando que estas mujeres, por su edad, tienen una mayor tendencia padecer condiciones médicas asociadas que, a su vez, están relacionadas con mayores tasas de efectos perinatales adversos. La edad materna es un factor de riesgo importante para malformaciones congénitas, especialmente, si se asocian con factores genéticos. Con el diagnóstico temprano de las anomalías congénitas, las muertes fetales asociadas se han reducido. Sin embargo, esta mortalidad se ha trasladado hacia las primeras 20 semanas de gestación, por cuenta de las interrupciones voluntarias. Algunos autores han descrito el factor vascular e inmunológico ligado a la edad como un factor determinante en la génesis de las alteraciones placentarias que podrían llevar a la muerte fetal.

##### **- Sobrepeso:**

La prevalencia de la obesidad en la población está actualmente en aumento, compromete entre el 20 y 40% de las mujeres en edad fértil y se ha convertido en un serio problema de salud pública. En las mujeres obesas, el riesgo de óbito fetal se ha relacionado con factores de comportamiento, socioeconómicos y obstétricos, pero también, con el aumento del índice de masa corporal (IMC) de manera independiente. Al parecer, las mujeres con alto IMC tienden a percibir menos los movimientos fetales y, por lo tanto, no mantienen un seguimiento constante de sus fetos; muchas son hiperlipidémicas, lo cual causa alteraciones endoteliales y, con ellas, agregación plaquetaria y aterosclerosis.

En estudios pequeños también se ha reportado que, durante el sueño, las mujeres gestantes obesas presentan más episodios de ronquidos, apnea del sueño y disminución de la saturación de oxígeno, lo cual se ha relacionado con mayor hipertensión inducida por el embarazo y restricción del crecimiento intrauterino.

### **- Tabaquismo:**

Se concluye que la inasistencia al control prenatal se asocia a factores biológicos como la edad gestacional al primer control prenatal; a factores sociales: el embarazo no deseado y dificultad para realizar quehaceres domésticos; a factores culturales: violencia familiar y olvido de citas.

### **- Alteración de la función renal (hiperuricemia y proteinuria) en embarazadas con cifras tensionales elevadas.**

#### **- Falta de controles prenatales:**

Se concluye que la inasistencia al control prenatal se asocia a factores biológicos como la edad gestacional al primer control prenatal; a factores sociales: el embarazo no deseado y dificultad para realizar quehaceres domésticos; a factores culturales: violencia familiar y olvido de citas.

#### **- Oligoamnios:**

Disminución patológica del volumen de líquido amniótico a menos de 400 mililitros, o con un índice de líquido amniótico de 8 a menos.

### 4.5.3. Microambiente:

#### **-Placenta:**

La placenta es un órgano fundamental en el embarazo, ya que constituye la conexión vital del bebé con la madre. Su nombre proviene del latín y significa “torta plana”, refiriéndose a su apariencia en humanos. Es el único órgano temporal en el cuerpo humano que se forma durante el embarazo y cumple una función específica durante la gestación.

#### **-Cordón umbilical:**

El prolapso del cordón umbilical es una complicación que ocurre antes o durante el parto del bebé. En un prolapso, el cordón umbilical cae (se prolapsa) a través del cérvix abierto en la vagina por delante del bebé. El cordón puede luego quedar atrapado contra el cuerpo del bebé durante el parto. El prolapso del cordón umbilical ocurre en aproximadamente uno de cada 300 nacimientos.

Un prolapso de cordón umbilical representa un gran peligro para el feto. Durante el parto, el feto puede presionar el cordón. Esto puede resultar en una pérdida de oxígeno para el feto, y puede incluso resultar en muerte fetal o parto de mortinato.

#### **-Líquido amniótico:**

Demasiado o muy poco líquido amniótico en el saco que contiene al feto puede significar un problema para el embarazo. Si sobra líquido puede causar demasiada presión en el útero de la madre, lo que provocaría un parto prematuro. También puede presionar el diafragma de la madre, lo que le puede causar dificultades respiratorias. Los líquidos tienden a acumularse en casos de diabetes no controlada, embarazo múltiple, grupos sanguíneos incompatibles o defectos de nacimiento. La presencia escasa de líquido puede ser un signo de defectos de nacimiento, retardo en el crecimiento o mortinato.

### **4.6. Diagnósticos**

#### **4.6.1 Diagnóstico clínico**

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

- a) Ausencia de movimientos fetales
- b) Ausencia de crecimiento uterino
- c) Ausencia de frecuencia cardíaca fetal.

Se puede sospechar ante:

- 1.- Desaparición de percepción de los movimientos fetales.
- 2.- Retraso de crecimiento fetal.
- 3.- Regresión del tamaño de los senos.
- 4.- Malestar general.
- 5.- Secreción transvaginal sanguinolenta o acuosa.
- 6.- Sensación de peso en abdomen.
- 7.- Mal sabor de boca.
- 8.- Desaparece la telorrea o secreción de calostro.

#### 4.6.2. Pruebas diagnósticas

Los estudios de laboratorio o gabinete con fines de confirmar la muerte fetal son:

- Ultrasonido en tiempo real.
- Cardiotocografía.
- Estudio radiológico.

El cabalgamiento de los parietales es la deformidad craneal debida a la licuefacción del cerebro, llamado signo de Spalding.

El aplanamiento de la bóveda craneana, llamado signo de Spangler.

El signo de Horner, que es la asimetría craneal.

El signo de Damel, es el halo peri craneal translúcido, por acumulo de líquido en el tejido subcutáneo (separación, por edema, entre el cuero cabelludo y la tabla ósea), cuando es completa da la imagen de doble halo craneal y recibe el nombre de "Corona de santo".

El signo de Brakeman, es la caída del maxilar inferior o signo de la boca abierta. El signo de Robert, es la presencia de gas en el feto; en los grandes vasos y vísceras.

El signo de Hartley, es el apelonamiento fetal, por la pérdida total de la conformación raquídea normal (curvatura de la columna vertebral por maceración de los ligamentos espinales).

- **Signos ecográficos:**

La ventaja de este método reside en la precocidad con la que se puede establecer el diagnóstico. La ecografía de tiempo real nos permite ver:

Cese de la actividad cardiaca (visible desde las 6 - 8 semanas de gestación) y de la actividad aórtica.

Ausencia de movimientos del cuerpo o extremidades del feto (que deben diferenciarse de los periodos fisiológicos de reposo fetal).

Acumulo de líquido en el tejido subcutáneo, imagen de anasarca, de derrame pleural y peritoneal.

Con estos equipos o con los estáticos se ven, además, los mismos que detecta la radiología y se consideran como secundarios, signos de: Spalding, Spangler, Damel, Robert y la pérdida de definición de las estructuras fetales. Estos signos reflejan la maceración.

#### 4.6.3. Estudios postnatales:

Están indicados principalmente con fines de búsqueda de causa de la muerte, cuando esta no este identificada siendo los más recomendados:

- Autopsia
- Examen de placenta, cordón y membranas y líquido amniótico.
- Cariotipo
- Evaluación materna para investigar comorbilidad materna.

#### 4.7. Tratamiento:

- Si es necesario, medicamentos para expulsar el feto
- Si es necesario, procedimientos para eliminar cualquier tejido restante en el útero
- Apoyo emocional y asesoramiento

Si el feto muerto no es expulsado, se puede administrar a la mujer una prostaglandina (un fármaco similar a las hormonas que estimula las contracciones del útero), como el misoprostol, para provocar la apertura (dilatación) del cuello uterino. A continuación, y según en qué etapa se encuentre el embarazo, se suele administrar a la mujer oxitocina, un fármaco que estimula el parto.

Si el embarazo es inferior a 24 semanas o el feto es relativamente pequeño, puede realizarse una dilatación y evacuación (D y E) para extraer el feto muerto. Antes de dicho procedimiento, los médicos pueden usar sustancias naturales que absorben los líquidos (tales como tallos de algas marinas) o un medicamento (como misoprostol) para ayudar a abrir el cuello del útero.

Si algún tejido del feto o de la placenta permanece en el útero, se debe hacer un legrado por aspiración para retirarlo. Se utiliza un espéculo



para ensanchar las paredes de la vagina y se dilata el cuello uterino. Luego se inserta un tubo flexible en el útero para extraer el feto y la placenta. El tubo está conectado a una jeringa manual o a una máquina de succión eléctrica, que aspira el tejido restante.

El cuidado de las mujeres que han dado a luz un bebé muerto es el mismo que se brinda por lo general después del parto (cuidado posparto). Sin embargo, se necesita un apoyo emocional y social adicional.

Si aparece coagulación intravascular diseminada, la mujer recibe las transfusiones de sangre que se requieran.

Los cambios y las emociones que experimentan las mujeres tras una muerte fetal son similares a los que se producen tras un aborto espontáneo. Habitualmente las mujeres sienten dolor por la pérdida y necesitan apoyo emocional y a veces terapia. (manual MSD).

#### **4.8. Manejo**

La atención de la embarazada con muerte fetal intrauterina se identifican dos conductas:

- Manejo expectante (Esperar en forma espontánea que inicie el trabajo de parto).
- Manejo intervencionista (Propiciar el nacimiento a Manejo intervencionista través de inducción para un parto vaginal o nacimiento por vía abdominal por medio de Cesárea.

Más del 85% de pacientes con muerte fetal desarrollan trabajo de parto espontáneamente dentro de tres semanas posteriores al diagnóstico. Y en un 90% de estas ocurre en las primeras 24 horas de la muerte. (GPC)

#### **4.9. Complicaciones:**

Si un feto muere durante la última parte del embarazo o cerca del término, pero permanece en el útero durante semanas, puede producirse una coagulopatía por consumo o incluso una coagulación intravascular diseminada (CID).

(CID): consiste en la generación excesiva y anormal de trombina y fibrina en la sangre circulante. Durante el proceso, hay aumento de la agregación plaquetaria y del consumo de factores de coagulación.

#### **4.10. Prevención:**

La mejora de los sistemas de salud y la calidad de la atención prenatal y durante el parto son fundamentales para poner fin a las muertes fetales que se pueden prevenir. Para ello, es necesario facilitar el acceso a establecimientos de salud funcionales que cuenten con medicamentos y equipos adecuados, electricidad, agua corriente, jabón y mantas, y que dispongan de sistemas de remisión las 24 horas cada día de la semana. Asimismo, es fundamental que en el sector público y en el privado haya una cantidad suficiente de trabajadores de la salud competentes, como las matronas, y que estén capacitados de conformidad con las normativas nacionales e internacionales.

- En la República Mexicana se expide el certificado de muerte fetal el cual es indispensable para obtener el Acta de Defunción ante el Registro Civil. El certificado de muerte fetal es obligatorio en observancia a la Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, en Materia de Información en Salud la cual señala que:
- Si la muerte fetal ocurrió en una unidad médica del Sistema Nacional de Salud (SNS), el Certificado de Muerte Fetal, debe ser expedido obligatoriamente de forma inmediata después de ocurrida la muerte fetal, por el médico que atendió la expulsión o extracción del producto, o a falta de este, por otro médico autorizado por la unidad médica para la certificación.
- Si la muerte fetal ocurrió fuera de una unidad médica del SNS y la madre recibió atención durante el embarazo en alguna unidad médica del SNS, a solicitud del interesado, es obligación de ésta expedir el Certificado de Muerte Fetal dentro de las siguientes 48 horas después de ocurrido el evento.

- Si la muerte fetal ocurrió en el traslado de la madre entre una unidad y otra, es responsabilidad de la unidad de referencia (la que envió a la madre) expedir el Certificado de Muerte Fetal. ( UNICEF)

#### **4.11. Trabajo de parto**

El trabajo de parto corresponde al proceso fisiológico, mediado por las contracciones uterinas, que conduce al parto. Éste comienza con las primeras contracciones uterinas perceptibles y finaliza con la expulsión de la placenta. Durante el trabajo de parto, se logra la expulsión del feto y la placenta y membranas ovulares desde la cavidad uterina. Para lograr esto, el trabajo de parto requiere de contracciones uterinas rítmicas, intensas y prolongadas para que se produzca el borramiento y dilatación del cuello y el descenso fetal.

Entre algunas de las señales de trabajo de parto se incluyen las siguientes:

- **Pérdida del tapón mucoso.** Es posible que de la vagina se expulse una pequeña cantidad de mucosidad, mezclada con sangre. Esto indica que la mujer está en trabajo de parto.
- **Contracciones.** Las contracciones (espasmos musculares uterinos) que se presentan en intervalos inferiores a diez minutos son una indicación de que comenzó el trabajo de parto. Las contracciones pueden volverse más frecuentes e intensas a medida que progresa el trabajo de parto.
- **Ruptura del saco amniótico (bolsa de aguas).** El trabajo de parto comienza generalmente cuando sale el fluido amniótico de la vagina. Las mujeres que experimentan una ruptura del saco amniótico deben ir de inmediato al hospital y comunicarse con el médico o partera. La mayoría de las mujeres comienzan el trabajo de parto dentro de varias horas después de romper el saco amniótico. Si el trabajo de parto no comienza después de 24 horas, se debe hospitalizar a la mujer para inducirle el trabajo de parto. Esto se realiza para evitar infecciones y complicaciones en el parto (HEALTH, STANFORD CHILDREN'S HEALTH).

### **4.11.1 Periodos del trabajo de parto**

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

#### **4.11.2. primera etapa dilatación:**

Comprende desde el inicio de las contracciones uterinas y termina con la dilatación completa del cérvix de 10 cm.

#### **La dilatación de divide en 2 fases:**

##### **1.1 Fase latente:(0-4 cm).**

Primigesta: hasta 18 horas

Multigesta: hasta 8 horas

##### **1.2 Fase activa:(4-10 cm).**

Primigesta: dilata 1cm/hora

Multigesta: dilata 1.5cm/hora

### **4.11.3. Segundo periodo expulsión:**

Comprende desde la dilatación completa hasta la expulsión del feto(nacimiento).

Tiene una duración aproximada de una hora, al nacer el feto, va realizando una serie de movimientos llamados: "Movimientos cardinales del trabajo de parto".

#### **Identificados con la nemotecnia:**

- 1) Encajamiento
- 2) Descenso
- 3) Flexión
- 4) Rotación interna
- 5) Extensión
- 6) Rotación externa
- 7) Expulsión

### **4.11.4. Tercer periodo alumbramiento:**

Comprende desde la salida del feto(nacimiento) hasta la expulsión de la placenta.

Tiene una duración máxima de 30 minutos (en primípara y multíparas)

**Formas de alumbramiento:**

- 1) **Espontáneo:**(la placenta se desprende de manera espontánea).
- 2) **Manual:** (la placenta se extrae manualmente).

**ALUMBRAMIENTO VAGINAL:**

- **SCHULTZE:**  
Sale primero la cara fetal de la placenta, más común un 80%.
- **DUNCAN:**  
Sale primero la cara materna de la placenta, los cotiledones.

# **CAPÍTULO 5**

**Proceso de atención de enfermería.**

## **5.1. Proceso de atención de enfermería**

Es el método que guía el trabajo profesional, científico, sistemático y humanista de la práctica de enfermería, centrado en evaluar en forma simultánea los avances y cambios en la mejora de un estado de bienestar de la persona, familia y/o grupo a partir de los cuidados otorgados por la enfermera. Es el camino que asegura la atención de alta calidad para la persona que necesita los cuidados de salud que le permitan alcanzar la recuperación, mantenimiento y progreso de salud.

## **5.2. Etapas del proceso de enfermería:**

### **5.2.2. Valoración:**

Que consiste en la obtención de datos significativos del estado de salud de una persona a partir de técnicas como la observación que se utiliza desde el primer contacto con la persona, la entrevista enfocada hacia las necesidades de cuidado de Enfermería que permite el acercamiento con la persona, al igual que el intercambio de experiencias y, el examen físico cefalocaudal basado en los métodos de inspección, palpación, percusión y auscultación que proporciona información global del estado de salud - enfermedad de la persona, además de datos obtenidos por otras fuentes, principalmente, la historias clínicas, los laboratorios y pruebas diagnósticas. ( INEPEO, 2013)

#### **Fases de la valoración de enfermería:**

- Recogida de información
- Organización de datos.
- Validación de datos.
- Registro de la valoración.

### **5.2.3. Diagnóstico:**

que consiste en la identificación de los problemas de salud para Enfermería basado en los patrones funcionales alterados, apoyados en un sistema de clasificación de diagnósticos propios de enfermería, que incluye tanto diagnósticos reales como potenciales y positivos o protectores.

#### FASES DEL DIAGNOSTICO:

- Análisis de datos.
- Identificación del problema.
- Formulación de enunciados de diagnóstico.

#### 5.2.4. Planificación:

Una vez concluida la valoración e identificadas las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo los cuidados de enfermería, que conduzcan al usuario a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. ( INEPEO, 2013)

#### **FASES DE PLANEACION:**

- Se desarrollan estrategias para evitar reducir el mínimo o corregir los problemas identificados en el tratamiento.
- Se elabora un plan de cuidados de enfermería.
- El plan debe tener diagnóstico priorizado con objetivos, intervenciones y evaluaciones.

#### 5.2.5. Ejecución:

Es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras: Continuar con la recogida y valoración de datos, Realizar las actividades de enfermería, Anotar los cuidados de enfermería, Dar los informes verbales de enfermería, Mantener el plan de cuidados actualizado, el profesional de enfermería tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada, de las actividades que se llevan a cabo en esta fase cabe destacar la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender,



y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas. ( INEPEO, 2013)

#### **5.2.6. Evaluación:**

En la fase de evaluación, una vez aplicados los cuidados al paciente, se determina si el estado del paciente se corresponde con los resultados que se esperaban. En esta fase del proceso se valora si la evolución es correcta o se deben introducir cambios en las decisiones tomadas. La evaluación requiere el examen de varios aspectos como: el examen físico del paciente, el análisis del historial clínico y la entrevista con el paciente, entre otros. ( INEPEO, 2013)

### **5.3. Intervenciones de enfermería**

NANDA: es el primer paso para definir la actividad enfermera, posibilitar el pensamiento crítico y poder detallar un plan de cuidados,

NIC: Las intervenciones de enfermería.

NOC: Resultados esperados.

### **5.4. Intervenciones para reducir la frecuencia de muerte fetal:**

Lo primero a considerar es que la población más vulnerable en términos socioeconómicos y culturales, tiene una mayor frecuencia de esta condición por lo que, para conseguir una reducción significativa debe existir un mayor y mejor acceso al cuidado médico general y reproductivo. Adicionalmente, un objetivo importante es influenciar los factores de riesgo biológico más potentes y ampliamente difundidos. Entre ellos el consejo preconcepcional en poblaciones médicamente en riesgo (diabetes, epilepsia, hipotiroidismo) y la reducción de:

- a. El peso corporal preconcepcional.
- b. La frecuencia de tabaquismo.
- c. La ingesta de alcohol, drogas ilícitas.
- d. La maternidad sobre los 35 años, en especial sobre los 40 años.

**En relación a los factores propios del embarazo debe considerarse:**

1. La correcta verificación de la edad gestacional (examen médico precoz y un ultrasonido obstétrico entre las 11 y 14 semanas).
2. Un correcto empleo de técnicas de fertilización asistida con disminución en la frecuencia de embarazo múltiple.
3. Realizar tamizaje de detección de riesgo de insuficiencia placentaria, restricción de crecimiento fetal e hipertensión arterial, detección del subgrupo de pacientes en riesgo de parto prematuro e infección.
4. Evitar el embarazo prolongado resolviendo los partos a las 41 semanas de edad gestacional.

### **5.5. La enfermera ante el trabajo de parto:**

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

Presión sanguínea

Peso

Temperatura

Frecuencia e intensidad de las contracciones

Frecuencia cardíaca del feto

Muestras de sangre y orina

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

También se monitorea cuidadosamente el feto durante el trabajo de parto. Probablemente se coloque un monitor encima del abdomen de la madre para realizar un seguimiento de la frecuencia cardíaca del feto (STA1).

## 5.6. La enfermera y el manejo del dolor:

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

- **Relajación.** Estas técnicas, como la relajación progresiva (en la que varios grupos de músculos se relajan en serie), pueden ayudar a una mujer a detectar la tensión y poder liberarla de una mejor forma.
- **Contacto.** Esto puede incluir masajes o caricias suaves para liberar la tensión. Una ducha o un baño con hidromasajes durante el trabajo de parto puede ser una forma eficaz de aliviar el dolor o tensión. Pregúntele a su médico o partera antes de tomar un baño con hidromasajes cuando esté en trabajo de parto.
- **Terapia de calor o frío.** Esto se usa para ayudar a relajar las áreas tensas o adoloridas, por ejemplo, con una toalla caliente o una compresa fría.
- **Visualización.** Estas técnicas usan la mente para formar imágenes mentales que ayuden a crear sentimientos relajados.
- **Meditación o pensamiento enfocado.** La meditación se enfoca en un objeto o tarea, por ejemplo, respirar ayuda a que la mente no sienta los malestares.
- **Respiración.** Estas técnicas usan diferentes patrones y tipos de respiración para ayudar a que la mente no sienta los malestares.
- **Posicionamiento y movimiento.** Muchas mujeres sienten que cambiar de posición y moverse durante el trabajo de parto ayuda a aliviar el malestar e incluso puede acelerar el trabajo de parto. Mecerse en una silla mecedora, sentarse en posición, sentarse en una gran pelota de goma, caminar y moverse pueden ayudar a aliviar los malestares. El enfermero que la atiende durante el

trabajo de parto, el médico o la partera pueden ayudarla a hallar las posiciones más cómodas y que también sean seguras para usted y el bebé.

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

### **5.7. Promoción/ prevención**

- Proporcionar confianza y apoyo espiritual.
- Explicar la importancia del parto institucional.
- Orientar sobre el problema.
- Toma de exámenes de gabinete.
- Sobre signos y síntomas de alarma:
  - Fiebre
  - Salida de secreción vaginal
  - Sangrado.
- Explicar los posibles factores de riesgo que llevaron al fallecimiento:
  - Malformación congénita
  - Anomalías cromosómicas
  - Retraso del crecimiento intrauterino
  - Diabetes mellitus.
  - Hipertensión no tratada.
- Acompañar y ofrecer apoyo psicológico a la pareja y familia proporcionándole confianza para que expresen sus miedos y temores.
- Motivar a la pareja a mantener una comunicación mutua para evitar posibles conflictos y referir con psicología.
- Mostrar interés en el paciente.

- Referir al nivel de mayor complejidad, de ser necesario.
- Registrar intervenciones de enfermería.

### **5.7.1. Segundo/tercer nivel de atención: emergencia**

- Preparar a la usuaria:
- Tomar signos vitales, talla y peso.
- Canalizar vena y tomar exámenes indicados.
- Asistir a la paciente al examen físico.
- Explicar a l paciente y familia la condición del feto (óbito fetal).
- Preparar y trasladar a la paciente al servicio según indicación.
- Registrar intervenciones de enfermería.

### **Hospitalización:**

- Tome signos vitales Vigilar los signos de alarma:
- Fiebre.
- Salida de secreción vaginal.
- Sangrado.
- Mantener acceso venoso permeable.
- Cumplir tratamiento médico.
- Reportar exámenes de laboratorio.
- Mantener nada por boca.
- Vigilar si desencadena trabajo de parto posterior a cumplimiento de oxitocina o prostaglandina.
- Mantener privacidad de la usuaria.
- Registrar intervenciones de enfermería.

### **Unidad de partos:**

- Cumplir con intervención de parto.
- Cumplir con los cuidados inmediatos del posparto según lineamientos.
- Mostrar recién nacido(a) a la madre y respetar su decisión en todo momento.

### **Hospitalización:**

- Cumplimiento de rutina post parto.
- Manejo de congestión y malestar mamario (soporte del pecho, con un sujetador o vendaje, no extracción de leche).
- Proporcionar analgésicos, según indicación médica.
- Vigilar efectos secundarios si se ha cumplido inhibidores de leche materna (vomito, náuseas, signos de trombosis).
- Coordinar interconsulta con psicología de ser necesario.
- Registrar intervenciones de enfermería

### **Rehabilitación:**

- Orientar a la paciente y familia sobre:

Identificar signos y síntomas de alarma puerperales:

Hemorragia transvaginal.

Fiebre.

Salida de secreción vaginal fétida

Baño diario e higiene valvar.

Uso de ropa adecuada y cómoda.

Tomar sus medicamentos según indicación médica.

A la familia y la pareja explicar que deben ser paciente con respecto al duelo la paciente.

Oriente a la paciente a usar sostén apretado hasta que se suprima la lactancia materna, la cual durara de 7 a 14 días post parto.

- De una amplia información sobre signos de depresión:

Nostalgias.

Llanto y desesperación

Alucinaciones.

Culpa y perturbación.

- Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del sentimiento de pena.
- Ayúdela a integrarse a grupos de apoyo.
- Asistir al control posparto antes de los 7 días
- Tomar citología a los 40 días

- Brindar consejería de planificación familiar
- Orientar a usuaria y familia sobre la preparación preconcepcional
- Al alta entregar hoja de referencia y retorno, recetas y tarjeta de citas
- Registrar intervenciones de enfermería.

## **5.8. Manifestaciones de cambios emocionales que sufre la madre con óbito fetal**

Las mujeres que han padecido un óbito fetal, por naturaleza presentan cambios en su estado de ánimo, cambios en su carácter, presentan daños emocionales y psicológicos que son normales en estos casos de dolor, es en estos momentos donde necesitan ser comprendidas, necesitan recibir apoyo de todas las personas que están a su alrededor puesto que es un momento muy duro por el que están atravesando.

Los profesionales de enfermería deben brindar apoyo moral, emocional, físico y psicológico en todo momento mientras ellas se encuentren en la casa de salud, ya que el apoyo es muy importante en este caso tendríamos que darle un incentivo emocional acompañada de una comunicación activa para que ella pueda aumentar su estado de ánimo y no se deje sumir en la depresión claro que va a ver inconvenientes, pero para esto está el profesional de enfermería esta de apoyo para que ella pueda sobrellevar esta situación.

La madre, durante el periodo de internación hospitalaria, además de sufrir cambios y rupturas de sus relaciones y de su cotidianidad, siente miedo, inseguridad, ansiedad y expectativas que son capaces de interferir en el proceso de adaptación y en su recuperación. En este contexto, los enfermeros, por mantener contacto directo y permanente con los pacientes, deben colocarse en la posición de facilitadores del proceso de hospitalización, a través de una asistencia integral que abarca, además del cuidado instrumental, el apoyo emocional necesario para estos momentos.

Para desarrollar un apoyo emocional de calidad, es necesario que los profesionales de salud sean buenos oyentes, atentos y dispuestos a tocar y confortar los pacientes. Sin embargo, la ausencia de una definición clara de lo que

es apoyo emocional se refleja en la práctica asistencial, haciendo al cuidado esencialmente instrumental en detrimento de los aspectos psicosociales y emocionales que permean la relación enfermero-paciente. Con esto se pretende brindar a la madre un buen cuidado, hablarle adecuadamente porque se vuelven muy susceptibles, luego escucharlas atentamente y estar ahí en el momento indicado.

### **5.8.1 Predisposición familiar**

La familia es la mayor fuente de apoyo social y personal de que pueden disponer las personas. Diversos estudios han mostrado que las personas que disponen de un sistema de apoyo familiar efectivo soportan mejor las crisis de la vida; así mismo el impacto del estrés es mucho menor que en las personas que no tienen este tipo de apoyo.

La enfermera intensivista deberá cuidar a la paciente que está hospitalizada por la pérdida de su bebé, así como a sus familiares como un solo núcleo de cuidado, lo que facilita a ésta comprender las dificultades socio emocionales surgidas en el grupo familiar como una totalidad, esto a su vez permite darles apoyo más decidido y comprometido durante el proceso de adaptación a la nueva situación que confrontan. La labor del profesional de la salud, cuando se enfrenta a situaciones de pérdida significativa, consiste en orientar saludablemente el duelo, es decir, acompañar a la persona en duelo bueno el apoyo que puedo brindar primero es aconsejando, segundo dando folletos, direccionándole a lugares específicos donde pueden ayudarle a salir de este problema como es un psicólogo, como es buscar terapia familiar o grupal con otras personas que ya hayan sufrido este mismo problema, y puedan expresar esas emociones, intercambiar ideas y poder superar el problema.

Es normal sentir enfado, dolor, impotencia, culpa o tristeza. Y es necesario para aceptar la pérdida de forma sana. Lo más recomendable, intentar retomar la rutina y sentirse acompañado, los familiares y amigos, y el apoyo de la propia pareja son vitales. Y no desdeñar el apoyo emocional que siempre puede ofrecer tanto el



psicólogo como los grupos de apoyo o asociaciones de pacientes, muy útiles para compartir experiencias, emociones e ir aceptando poco a poco la pérdida.

## **5.9. Cómo actuar enfermería ante una pérdida**

### **5.9.1 Presentarse con su nombre:**

Empezar por decir nuestro nombre y el cargo que tenemos en el centro es una buena forma de acercarnos a los padres o a sus familiares. Que exista un profesional de referencia en la atención a cada caso particular para mayor confianza y que haya una facilidad de palabras ante esta situación, así hacemos que estén conectado con la confianza y lograr facilidad de palabras en aquella conversación, la presentación es muy importante porque damos esa seguridad en la que puede existir una duda de por medio, y así buscamos ampliar información y sobrellevarla con responsabilidad.

### **5.9.2 Escucharlo:**

Podremos expresar nuestro pesar por la muerte del bebé, pero nunca podremos aliviarles el dolor que sienten ni quitárselo. Nos limitaremos a escuchar compartiendo su dolor y les haremos sentir que no están solos, pues necesitarán hablar del bebé sin represiones. Permitirles a los padres/madres la expresión del dolor. Esto ayudará a que la madre entre en un ámbito de confianza y haya un tipo de apego al ver que prestamos atención suficiente a lo que ella nos manifiesta, es importante escuchar con atención para luego brindar nuestro apoyo y hacerlas sentir en plena seguridad de lo manifestado.

### **5.9.3 Darles tiempo:**

En los primeros momentos y tras conocer la noticia del Fallecimiento del bebé, debido al estado de shock en que se encuentran, les resultará difícil tomar decisiones. Necesitan tiempo para llegar a sus propias conclusiones. Tras explicar las opciones sobre algo podemos esperar en la habitación por si necesitan alguna aclaración y resolver cuantas dudas tengan. Si observamos que necesitan un tiempo para pensarlo podemos dejarles a solas para que lo piensen y que volveremos en un rato o que nos avisen antes si lo tienen pensado. Si, cuando

volvamos aún no están listos, les dejaremos más tiempo hasta que ellas se sientan segura o sientan seguridad de poder manifestarse ante dicha situación.

#### **5.9.4 Hablar con ellos sobre la situación actual:**

Los afectados necesitan estar informados para sentir que tienen algo de control sobre la situación. Informarles sobre lo que pueden experimentar en cada momento y normalizar, hacer que ellos sientan que pueden contar contigo y hacerlos sentir con apoyo seguridad y confianza, hacer que entren en calma y que puedan tomar las cosas con tranquilidad hasta para seguridad y salud de ellos, explicar con palabras que puedan llegar a ellos de la mejor forma y serenidad posible, hacer que manifiesten su seguridad y tranquilidad en el momento de hablar para que exista armonía y tranquilidad, todo a un solo objetivo de poder sobrellevar la situación actual.

#### **5.9.5 Explicarles sus opciones y apoyándolos en sus decisiones:**

Nuestro papel es el de informales sobre las decisiones a tomar en esos momentos, orientarles sobre las diferentes opciones y darles tiempo para decidir. Si creemos que necesitan más o mejor información, intentar transmitirla de manera suave. Especialmente importante ofrecer las alternativas en caso de aborto y de muerte fetal, así como las de manejo de la lactogénesis. Respetar el plan de nacimiento si lo tuviera y preguntar por sus preferencias en caso de que no lo tenga. Favorecer el parto vaginal, la libertad de posturas, y proporcionar una analgesia (farmacológica o no farmacológica) según los deseos maternos, sin medicar el dolor psicológico con antidepresivos ni benzodiazepinas. Repetir las cosas tantas veces como sea necesiten los padres.

#### **5.9.6 Mantener la calma:**

Podemos encontrarnos en la situación de que ha habido un error profesional en la que nos encontramos comprometidos; por un lado, sentiremos lealtad con el paciente a la vez que lealtad con el centro. En estas situaciones lo mejor es, aun cuando se expresen emociones fuertes y aunque resulte muy difícil, mantener la calma. Las madres/padres están en una situación límite, al igual que nosotros. Ha muerto o va a morir su bebé. Lo cual expresa varios tipos de situaciones a los que

hay que ayudar a sobrellevarlas y lo mejor de todo es que el profesional de la salud o nosotros los enfermeros mantengamos la calma ante dicha situación.

#### 5.9.7 Cuidar el lenguaje corporal:

No cruzar los brazos, mirar a los ojos, sentarnos a su misma altura y a poca distancia, etc. A veces vale más un gesto que las palabras. Hay que buscar la manera, la forma y el momento para dar o informar una situación muy dura o lastimosa para el familiar, a veces hay que olvidarnos de nuestro mal momento y ponernos en el momento por el que está pasando el familiar o el individuo, la enfermera ocupa un lugar importante en dar una información siempre y cuando sea de la mejor manera para bien o mejorar algún tipo de situación, sea cual sea el momento hay que mostrar la mejor manera de ti mismo.

#### 5.9.8 Ser comprensivo:

Hay que usar el sentido común para poder tratar cada caso. Hazles sentir tu presencia, pero con discreción: Mostrar nuestra disposición para lo que necesiten en cada momento. No siempre es necesario que nos quedemos de pie junto a la madre/padre o familiares. Basta con decir “ahora voy a salir, pero si necesitas que me quede más tiempo con vosotros sólo tienes que decirlo” en estas situaciones debemos mostrar dicha cordialidad y comprensión hacer sentir que también nos llega aquel mal momento por lo que ellos están pasando, ser cordiales y mostrar el mejor rostro hacia ellos, hacer que llegue la confianza de poder contar con nosotros.

#### 5.9.9 Aconsejarlos, pero nunca obligarlos:

Se recomienda ofrecer siempre a los padres/madres la posibilidad de ver, tocar, abrazar a su bebé fallecido y respetar al máximo el criterio de cada uno, pues habrá quien prefiera no verlo. Algunos estudios señalan que no verlo puede incrementar levemente el riesgo de estrés postraumático y dificultará la elaboración del duelo. Si el estado físico en que se encuentra el bebé no es el esperado por llevar varios días fallecido, tendremos que indicarlo.

Describir con amabilidad y cautela las anomalías morfológicas que presente o cómo se lo van a encontrar reducirá su impacto o desconcierto, informando que podemos envolver el bebé en una mantita y ponerle un gorrito previamente a que ellos lo vean. Si en ningún caso desean ver al bebé, a pesar de nuestras recomendaciones,

podemos optar, si lo aceptan, por describirles cómo es físicamente. Esto les puede ayudar a comprender que el bebé tiene una apariencia física normal. Siempre hay que dejarles saber que si cambian de idea solo hace falta decirlo y le traerán a su bebé. Destacar algo positivo del bebé puede animarlos a verlo, por ejemplo, “es un bebé muy guapo”, “tiene unas manos preciosas”.

#### **5.9.10. Ayudar a que tomen una decisión:**

Los padres a veces no han pensado si quieren tener recuerdos o si quieren nombrar a su bebé, puedes sugerirles que tengan estas opciones. Otra decisión importante a tomar es si desean que se realice una autopsia. Es importante explicarles a los padres de que si deciden hacer autopsia tienen que expresar por escrito su deseo de recuperar el cuerpo o de lo contrario el hospital dispondrá de él. Esto no significa que tengan que escribir una carta, si no que dentro de los papeles a rellenar quede constancia de esta decisión. Aunque las autopsias no siempre llegan a dar una respuesta clara a la muerte intrauterina los resultados de la autopsia tienen mucha importancia para saber que no hubo ningún problema genético, por ejemplo, sobre todo de cara a futuros embarazos, o la importancia que tengan para la investigación del porqué de las muertes perinatales. A los padres se les debe informar además de su derecho a pedir diferentes tipos de autopsias y análisis complementarios como estudios genéticos, microscópicos, etc.

#### **5.9.11. Ayudarles a tener recuerdos de su bebé, si lo desean:**

Les ayudaremos a hacer fotos con su bebé, darles el brazalete identificativo, las huellas de las manos y los pies, el gorrito, un pañal, una tarjeta con una frase emotiva del equipo hacia los padres/madres, la pinza de cordón, un mechón de pelo con un lazo, para guardarlos en la “caja de recuerdos” que se llevarán a casa al salir del hospital. Si les damos a elegir entre todo esto 3 o 4 opciones les estaremos ayudando a sentir algo de control de la situación. Hay que mantenerlos informados de las ideas siempre y cuando ellos quieran, si así lo desean muéstrales tu interés de ayuda y colaboración y que ellos sientan que todo sea para bien y que ellos mejoren.

## **5.10. Cuida la terminología**

### **5.10.1 Utilizar el nombre del bebé:**

Pregúntales por el nombre de su hijo/a y utilízalo. Es muy doloroso para los padres y familiares que se le niegue la existencia de su bebé y se refiera a él como “feto” es importante cuidar nuestro lenguaje médico o expresiones médicas, para los padres es difícil escuchar terminologías que para ellos están fuera de control, pueden sentir dolor y desprecio por parte de los profesionales, es por ellos que se recomienda buscar la palabra el momento y el significado de lo que vas a decir para dirigirse a ellos.

### **5.10.2 Hablar con ambos padres equitativamente:**

Erróneamente se suele considerar que La pareja de la madre gestante no debe mostrar su dolor para servir de apoyo a ella o que no sufre tanto la pérdida; así mismo, se suele ignorar a la madre gestante en los trámites administrativos, por ejemplo, y ambas actitudes suponen una exclusión en los asuntos relacionados con su bebé. Lo ideal es que ambos sean partícipes en todo el proceso en la medida que ellos demuestren que así lo desean. Hay que mantener informados ambas partes para que no sientan ningún tipo de rechazos o desprecios de que no les quieren dar información o que los hagan sentir excluidos de la situación o información. O en casos es importante saber quién es responsable de la situación actual ya sea el familiar o pareja para dar información.

### **5.10.3 Informarles:**

La información a los padres sobre la muerte del niño ha de ser breve, comprensible y exhaustiva, y debe darse en un ambiente adecuado. Durante la estancia en dilatación o si la mujer se va a domicilio, habrá que explicar qué es el duelo y cuáles son sus características principales, enfatizando que el de cada uno/a es “único” y que tienen permiso para sentir lo que quieran cuando quieran. Aclarar que el proceso de duelo sirve para lograr de nuevo el ajuste y adaptarse a la nueva situación. Matizar las diferencias que pueden surgir en la pareja para prevenir y evitar conflictos que hagan más doloroso y difícil el proceso.

#### 5.10.4 Orientar sobre dudas más habituales acerca del duelo:

Por ejemplo, si es bueno hablar del bebé muerto, así como cualquier otra que surja. Si no se sabe qué responder, mejor indicar que se buscará la información y después se les transmitirá para evitar errores o malentendidos. También orientar sobre las actitudes que encontrarán en el entorno familiar y social respecto a ellos/as y su duelo, es importante obtener información y sub educarse para este tipo de situaciones, dar información específica y adecuada en momentos oportunos, ver a qué persona o individuo se le va a dar información. Y enseñarles a que ellos también busquen momentos de distribuir información y que así no haya dudas ni mal informaciones acerca del duelo.

#### 5.10.5 Favorecer la despedida:

Los padres suelen necesitar de un momento de intimidad con su hijo, ya que será el único que tendrán en toda su vida. Respetar y resguardar su intimidad, por todo el tiempo que necesiten. Los padres suelen no estar en condiciones de pedir este tiempo, por sentirse “raros”, por no querer ser juzgados, por no querer molestar. Puede ser de gran ayuda que el sanitario a cargo de su caso les diga “volveré en una hora, si me necesitáis antes, me podéis llamar” Qué evitar Existen una serie de aspectos que debemos de evitar al atender a una pareja que ha sufrido una pérdida de este tipo. Evitar comenzar conversaciones con la madre gestante, su pareja y familiares, si por algún motivo no estamos dispuestos a escuchar de manera empática, prestar atención, mantener la mirada, ofrecer respuestas sinceras. Evitar culpabilizarles de la muerte, Juzgarles y decirles qué deben hacer o sentir. No derrumbarnos o llorar desconsoladamente ante la madre/padre o familiares, aunque si demostrar tristeza y nuestro pesar por la muerte y por el dolor de los padres. Las familias repetitivamente expresan su gratitud del profesional sanitario que expresa sus emociones ante la muerte de su hijo/a. Que se escape una lágrima no supone ningún problema. Pero debemos tener claro que durante el proceso de acompañamiento somos la figura que les sustenta apoyo y seguridad.

Si nos implicamos emocionalmente tanto como para venimos abajo con ellos, perderemos objetividad y el valor que representamos para ellos. Para ayudar y servir de apoyo a alguien que se encuentra emocionalmente mal, uno debe estar

bien. Ayudar o apoyar a alguien no es llorar junto a esa persona. Inevitablemente somos humanos, se trata de una situación de intensa emotividad o podemos estar pasando por circunstancias personales que nos hagan tambalear, pero en esos casos, si carecemos de habilidades que nos permitan mantener la objetividad, es mejor pedir ayuda a los/as compañeros/as para atender a la mujer y su pareja/entorno o, en la medida de lo posible, tomarnos un descanso para desconectar.

# **CAPÍTULO 6**

**Teoría del duelo disfuncional.**



## **6.1. Teoría del duelo disfuncional**

Esta teoría se basa en diversos estudios cualitativos, a través del análisis de entrevistas surgió la teoría intermedia del duelo disfuncional, con las pruebas empíricas se identificaron desencadenantes comunes de nuevo duelo y describieron mecanismos internos para hacerle frente y el papel de las enfermeras en la gestión externa del duelo disfuncional.

### **6.1.1. Georgene gaskill easkes**

Nació en new bern, carolina del nordeen 1945, se diplomó en enfermería en el watts hospital school nursing en durham 1966 , y en 1977 se licenció en enfermería , en 1980 eakes completo el master de enfermería en la universidad de carolina del norte y en 1988 realizó un doctorado en educación en esta misma universidad realizó su práctica con el gobierno federal, disfrutó una beca la cual financió sus estudios de doctorado, al inicio de su carrera trabajó entorno a la salud mental y en 1980 trabajó como docente de la escuela de enfermería en la universidad de carolina del este, el interés de la teórica por la muerte, el moribundo, la pena y la partida empezó cuando en un accidente automovilístico tuvo severas lesiones y su conciencia se potenció por la déficit preparación de los profesionales sanitarios, en 1983 fundó a un grupo de apoyo a personas con cáncer y a sus parejas. Luego de ir a un congreso de mary lermann sobre el duelo disfuncional se contactó con burke para realizar investigaciones juntas. De 1992 a 1997 eakes recibió becas de diferentes instituciones para realizar investigaciones, en 2002 recibió el premio east carolina university scholar teacher en reconocimiento de la excelencia en la integración de la investigación en la formación.

### **6.1.2. Mary lermann burke**

Nació en Sandusky (Ohio) en 1941 recibió su primer diploma de enfermería en el good samaritan hospital school of nursing en 1962 meses después recibió el postgrado en pediatría donde lo ejerció como enfermera pediatra de la atención primaria y del paciente agudo durante varios años, recibió la licenciatura en enfermería en el rhode island college. En 1982 recibió el título de doctora en

enfermería materno-infantil en la universidad de Boston. Después obtuvo diferentes certificados para la formación interdisciplinaria en enfermería materno infantil y en discapacidad del desarrollo del niño, en 1989 obtuvo su doctorado en ciencias de la enfermería de 1991 a 1996 recibió varias becas por diferentes instituciones para realizar investigaciones de diferentes temas entre ellos el del duelo disfuncional. Burke se interesó por el concepto del duelo disfuncional mientras realizo una práctica para su doctorado donde trabajo con niños con espina bífida en el hospital island rhode luego desarrollo diferentes estudio e investigaciones con diferentes enfermeras como lo fue carolyn lindgren con la cual desarrollo una serie de estudios donde se centraron en parejas estériles en niños de padres con trastornos disfuncionales y en padres que habían perdido a un ser querido luego la teoría se publicaría en 1998.

### **6.1.3. Margaret a. hainsworth**

Nació en Brockville, en Ontario Canadá en el año de 1931, realizo sus estudios de primaria y secundaria en Ontario y se graduó en 1949 luego entro hacer el diplomado en enfermería donde se graduó en 1953 más tarde emigro a estados unidos para realizar un diplomado en salud pública, en 1973 se licencio como enfermera y completo un master en psiquiatría y salud mental en Boston, en 1986 se doctorado en administración docente en la universidad de Connecticut. Su principal actividad docente fue impartir clases teóricas y enseñar la práctica clínica de la asistencia psiquiátrica .su interés por la enfermedad crónica y su relación con la aflicción se inició cuando fue integrante de un grupo de apoyo de mujeres con esclerosis múltiple por esto realizo varias investigaciones que la llevaron a dar conferencias donde conoció burke con su conferencia disfuncional esto la llevo a realizar más estudios sobre esta teoría lo cual produjo que recibiera el premio best of image in theory de la sigma theta tau international.

## **6.2. Conceptos principales y definiciones:**

### **6.2.1. Duelo Disfuncional**

Discrepancia continua por una pérdida, que es generalizada y permanente. Los síntomas del duelo se repiten periódicamente y son potencialmente progresivos.

### **6.2.2. Pérdida**

Tiene lugar por una discrepancia entre situaciones o experiencias “ideales” o reales. Situaciones Desencadenantes Son circunstancias y estados que ponen de relieve la discrepancia o la pérdida recurrente e inician o exacerban sentimientos de duelo.

### **6.2.3. Métodos de Gestión**

Medios mediante los que los individuos pueden tratar el duelo disfuncional. Pueden ser internos o externos.

### **6.2.4. Gestión Ineficaz**

Se debe a estrategias que aumentan la inquietud del individuo o aumentan los sentimientos del duelo disfuncional.

### **6.2.5. Gestión Eficaz**

Se debe a estrategias que pueden aumentar el confort del individuo afectado.

## **6.3. Conceptos meta paradigmáticos:**

### **6.3.1. Enfermería**

Diagnosticar el duelo disfuncional y ofrecer intervenciones está dentro del ámbito del ejercicio de la enfermería. Las enfermeras pueden ofrecer una guía anticipatoria a individuos de riesgo. Los roles principales de las enfermeras incluyen presencia empática, experiencia en docencia y cuidados, y competencia profesional (Eakes et al., 1998).

### 6.3.2. Persona

Los seres humanos tienen una percepción idealizada de los procesos vitales y de la salud. Las personas comparan sus experiencias con el ideal y con quienes les rodean. Aunque la experiencia de cada persona con la pérdida es única, existen características comunes y previsibles acerca de la experiencia de la pérdida (Eakes et al., 1998).

### 6.3.3. Salud

Hay un funcionamiento normal. La salud de una persona depende de la adaptación a discrepancias asociadas a la pérdida. El abordaje eficaz origina una respuesta normal a las pérdidas vitales (Eakes et al., 1998).

### 6.3.4. Entorno

Hay interacciones en un contexto social que incluye el ambiente familiar, social, laboral y de asistencia sanitaria. Los individuos responden a su evaluación de sí mismos con respecto a las normas sociales (Eakes et al., 1998).

## **6.4. Afirmaciones teóricas:**

1. El duelo disfuncional es una respuesta humana normal relacionada con la discrepancia continuada creada por una situación de pérdida.
2. El duelo disfuncional es de naturaleza cíclica.
3. Los desencadenantes externos e internos previsibles de mayor duelo pueden clasificarse y anticiparse.
4. Los seres humanos tienen estrategias de abordaje inherentes y aprendidas, que pueden o no ser eficaces para recuperar el equilibrio normal al experimentar el duelo funcional.
5. Las intervenciones de los profesionales sanitarios pueden o no ser eficaces para ayudar al individuo a recuperar el equilibrio normal.
6. Un ser humano que presenta una pérdida única o continua percibirá una discrepancia entre el ideal y la realidad.

7. La discrepancia entre real e ideal conduce a sentimientos de aflicción generalizada y duelo. (Schreier, 2011).

## **6.5. Aceptación por parte de la comunidad enfermera**

### **6.5.1. Práctica profesional**

La serie de estudios del NCRCS que forma base de la teoría intermedia del duelo disfuncional. Está lleno de implicaciones para la práctica. Además, el trabajo del NCRCS ha servido de base a otros autores para publicaciones dirigidas a un público centrado en la práctica.

Implicaciones del NCRCS en la práctica de enfermería: las principales implicaciones para la práctica son sugerencias a las enfermeras para ayudar a individuos y cuidadores familiares a tratar eficazmente los hitos o los acontecimientos desencadenantes. Los papeles definidos para las enfermeras incluían: presencia empática, experiencia en docencia y asistencia y competencia profesional.

Otra bibliografía centrada en la práctica: el trabajo realizado se describe en relación de la práctica, también puede relacionarse con la educación.

### **6.5.2. Formación**

Hay dos aspectos descritos dos aspectos del uso de la teoría intermedia del duelo disfuncional. Uno de ellos es sobre el uso diagnóstico de enfermería por la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) (NANDA international, 2003). El otro es el uso de trabajo del NCRCS en la formación continuada.

Duelo disfuncional: un diagnóstico enfermero: LA revisión bibliográfica sobre el duelo disfuncional revelo que fue aceptado como diagnostico enfermero por la NANDA en 1998. La comparación de las definiciones utilizadas por la NANDA y el NCRCS revelo dimensiones muy similares

Implicaciones educativas: Las relaciones tienen implicaciones educativas porque ofrecen una guía a los educadores de enfermería en la enseñanza de la toma de decisiones clínicas y el diseño curricular. Además, vuelven a centrarse en la planificación de cuidados incluyendo las intervenciones y los resultados, un paso esencial en la práctica docente basada en la evidencia.

Formación investigadora de graduados: los artículos basados en la tesis doctoral de Hobdell, Mallow y Northington avalan la utilización del trabajo teórico del NCRCS en la formación de enfermería de graduados. ( 2014)

# **CAPÍTULO 7**

## **Metodología**

## **7.1. Metodología**

### **7.1.1. Enfoque**

La investigación es cuantitativa ya que se basa en una hipótesis, también se basa en el enfoque cualitativa ya que suele partir de una pregunta de investigación, que deberá formularse en concordancia con la metodología que se pretende utilizar.

### **7.1.2. Universo**

Personal de Enfermería

### **7.1.3. Población**

Personal de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud

### **7.1.4. Muestra**

Grupo de 15 profesionales de enfermería trabajadores del Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

### **7.1.5. Criterios de inclusión**

- Personal de Enfermería
- Personal de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

## **7.2. Procedimiento**

La investigación realizada se consideró con un muestreo dirigido ya que cuando se aplicó me dirigí directamente con las enfermeras para que me hicieran el favor de ayudarme a contestar mi cuestionario que contenía 15 preguntas que contenía preguntas sobre las intervenciones de enfermería hacia mujeres con muerte fetal intrauterino las cuales cada una de las enfermeras aceptaron mi encuesta.

### **7.2.1. Procedimiento de datos**

Un cuestionario que se aplicó a 15 enfermeras que elaboran el en hospital de nuestra señora de la salud, de las 15 enfermeras 9 eran casadas y 6 fueron solteras,



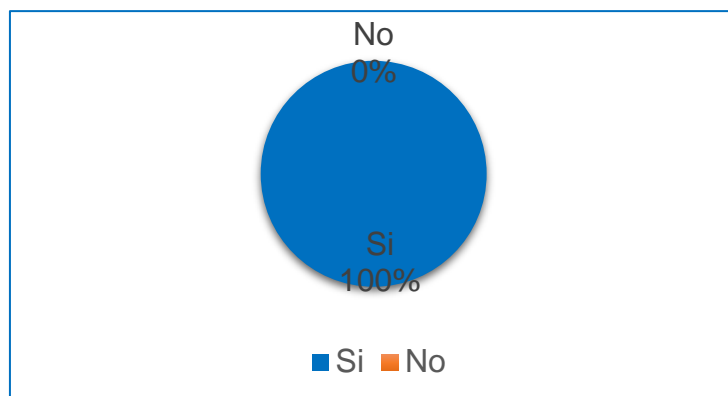
las 15 preguntas aplicadas fueron cerradas las cuales fueron para ellas fácil de contestar porque eran cerradas, pero de igual manera cada una de ellas explicaron porque sus respuestas fueron si, o no porque si tienen conocimientos sobre las intervenciones para mujeres con muerte fetal intrauterino, ya que son intervenciones que se realiza cuando tienen paciente con muerte fetal y las cuales son fácil de llevar acabo, porque son cuidados de enfermería como pueden ser brindar a cada pacientes, apoyo emocional, escucharlas con atención y estar al pendiente de ellas en lo que necesitan, por eso no duraron tanto tiempo de contestar las 15 preguntas que se la aplicó.

### 7.2.3. Instrumento de recolección de datos

El cuestionario aplicado al personal de enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud para recolectar datos de información de muerte fetal intrauterina, aplicado en una escala de tiempo de máximo 8 minutos por persona, para conocer si el personal de enfermería tiene el conocimiento sobre las intervenciones de enfermería en mujeres con muerte fetal intrauterino, y si existe el conocimiento, de igual forma saber si estos han sido aplicados.

### 7.3. Análisis de resultado

1. ¿Conoce que es la muerte fetal intrauterina?



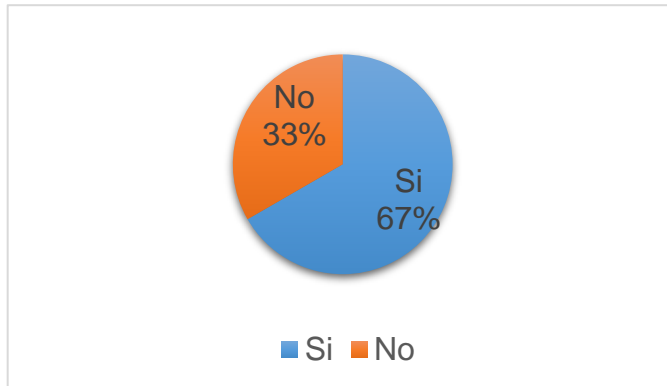
Los 15 personales de enfermería que fueron encuestados tienen, el conocimiento que es la muerte fetal intrauterino, y la mayoría de sus respuestas coinciden ya que para el personal de enfermería describe la muerte fetal como la muerte del feto antes del nacimiento la cual está bien como lo definieron ya que la OMS así lo describe.

2. ¿Sabe qué es la muerte fetal tardía?



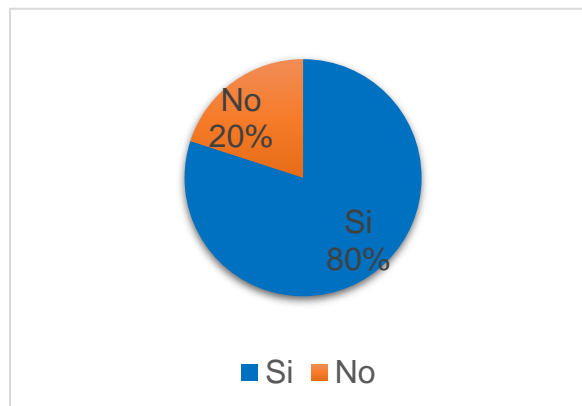
Trece personales de enfermería supieron que es la muerte fetal tardía y lo definieron como la muerte fetal que se presenta a las 28 semana superior con un mínimo 1000 gramos, y dos personales no tienen conocimiento que es, pero como personal de enfermería deberían de saber sobre la muerte fetal porque si es importante saber sobre el óbito.

3. ¿Conoce cuáles son las complicaciones maternas que puede tener la paciente a raíz de la muerte fetal?



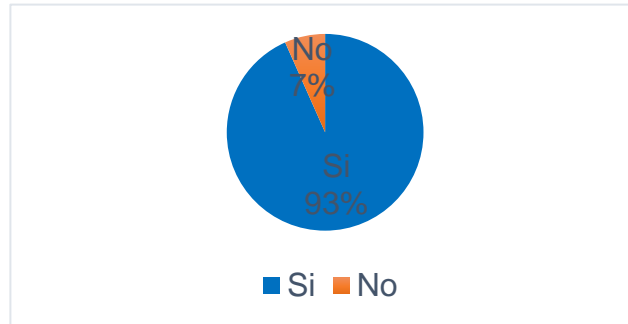
Los resultados que obtuve sobre las complicaciones maternas fueron que 11 (67%) si conocen que complicaciones puede presentar una paciente a raíz de la muerte fetal, y de acuerdo a sus respuestas si están relacionadas con las demás, los otros cuatros (33%) sus resultados fueron que no tienen conocimiento sobre las complicaciones maternas.

4. ¿Sabe a partir de que semana se presenta la muerte fetal intrauterino?



En los resultados que obtuve mediante 15 personal de enfermería los cuales 12 qué es un 80% si describieron a partir de que semana se presenta la muerte fetal intrauterino, y los resultados del mismo si están relacionadas con otras respuestas de la misma pregunta y 3 personal que es un 20% no saben en qué semana se pude presentar la muerte fetal intrauterina hacia una paciente embarazada.

5. ¿Considera que las embarazadas deben realizarse un mínimo de 5 consultas prenatales durante el embarazo?



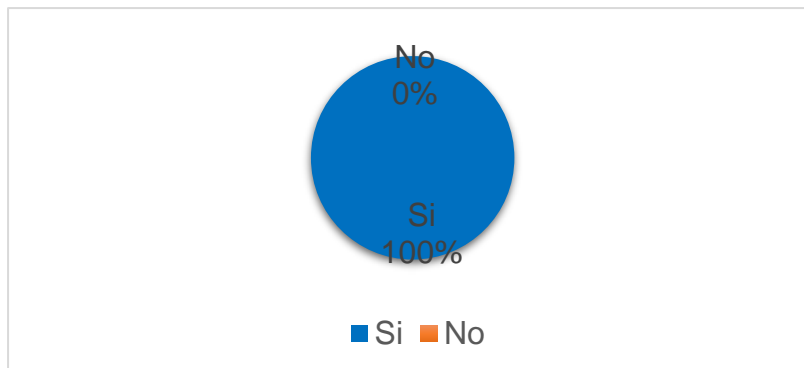
Para el personal de enfermería que fueron encuestados, 14 (que es un total de 93) considera que las embarazadas deben de llevar mínimos 5 consultas prenatales para un buen control durante todos sus embarazos, y para detectar a tiempo algún año que puede afectar a la madre y al feto ya que la OMS lo considera así y 1 (que es 7%) del personal considera que deben de ser mínimos 8 consultas prenatales.

6. ¿Conoce la clasificación de la muerte fetal?



Trece (87%) de los personales de enfermería mencionan cuales son las clasificaciones de la muerte fetal intrauterina en sus respuestas las cuales están correctas porque también saben en qué semanas se presenta cada etapa y 2 (13%) de ellos no supieron cómo se clasifica la muerte fetal intrauterina y en qué semanas.

7. ¿De acuerdo sus conocimientos los problemas relacionados con la placenta pueden ocasionar la muerte fetal?



De acuerdo los resultados de cada participante de enfermería, la placenta tiene mucho que ver con el feto ya que la placenta es la que aporta nutrientes, intercambios de gases y la que se encarga de eliminar los productos de desechos, durante los nueve meses lunares de la vida intrauterina por lo tanto los 15 (100%) si tienen el conocimiento sobre la pregunta que se le aplico.

8. ¿Sabe en qué consiste el control prenatal?



Se obtuvo mediante 15 personal de enfermería que es un total de 100% sus respuestas están relacionadas y lo explicaron, que consiste en un seguimiento del periodo de gestación para valorar su evolución y prevenir las complicaciones que puede presentar durante su embarazo y para que la madre tenga conocimientos, sobre cómo va desarrollando su bebe, el personal de enfermería brinda sus conocimientos sobre el tema que se le pregunta.

9. ¿Conoce los signos de alarma que se presenta durante la muerte fetal intrauterina?



Los resultados que obtuve fueron que 11 (73%) personal de enfermería saben cuáles son los signos de alarma y describieron algunos de ellos de acuerdo sus conocimientos que son detección de movimientos fetales, ausencias de latidos fetales y, manchas o sangrado transvaginal estos son algunos que mencionaron, y 4 (27%) no saben cuáles son los signos de alarma que se presenta durante la muerte fetal intrauterino.

10. ¿Usted considera que la muerte fetal solo se presenta en las mujeres de mayor de 35 años?



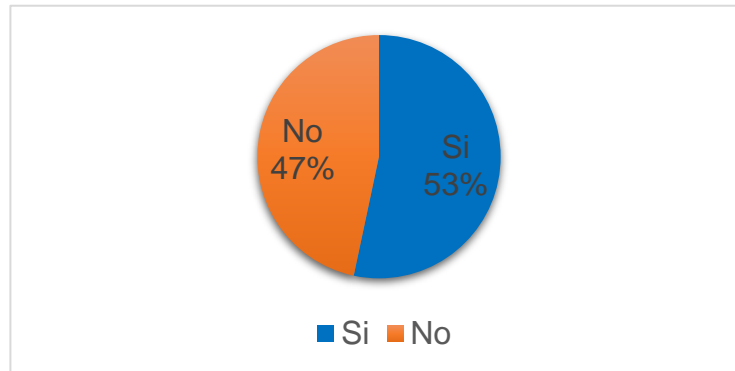
Los 15 personales de enfermería que fueron encuestados que es un 100% consideran que la muerte fetal no se presenta nada más en mujeres de mayor de 35 años, sino que toda mujer embarazada tiene riesgo de sufrir muerte fetal intrauterino, puesto que existen varios factores de riesgos que no son exclusivos de este grupo etario así que el personal de enfermería tienen conocimiento sobre esto.

11. ¿Considera que los estudios de laboratorio o gabinete son útiles para confirmar la muerte fetal?



Un total de 2 (13%) personal de enfermería encuestados no estuvieron de acuerdo que los estudios de laboratorios y de gabinetes son útiles para diagnosticar lo que es la muerte fetal intrauterino, pero explicaron porque sus respuestas fueron No, y 13 (87%) si están de acuerdo que si son útiles para confirmar la muerte fetal ya que para ellos los estudios de laboratorios de gonadotropina, nos podrá confirmar si hay disminución de niveles de gonadotropina y de gabinete puede ser el ultrasonido y ecocardiografía.

12. ¿Conoce las causas de la muerte fetal intrauterino?



Para el personal de enfermería que fueron encuestados 8 (53%) si conoce cuales son las causas de la muerte fetal y sus resultados sí coinciden, los cuales mencionaron que algunas de ellas pueden ser, enfermedades maternas y desprendimiento de la placenta y 7 (47%) personal no saben cuáles son las causas de la muerte fetal intrauterino.

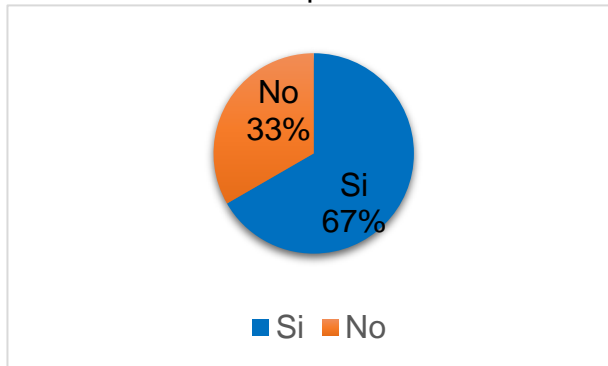
13. ¿Cómo personal de enfermería están capacitados para proporcionar los cuidados que deben de llevar durante el embarazo?



12 (80%) personal de enfermería si están capacitados para proporcionar los cuidados que se necesitan las embarazadas durante el embarazo ya que somos participes de su control prenatal y proporcionamos información para una adecuada alimentación, signos de alarma que pueden presentar mediante el embarazo y 3 (20%) personal no están capacitados para los cuidados que debe de llevar las embarazadas.

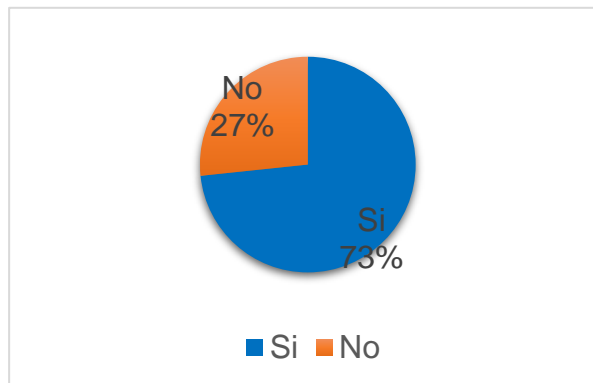


14. ¿Sabe cuál es el tratamiento para la muerte fetal intrauterino?



De acuerdo los conocimientos del personal de enfermería que fueron encuestados 10 (67%) de ellos si saben cuál es el tratamiento de la muerte fetal intrauterino, que puede ser a través de parto vaginal y si no se dilata el canal cervical se debe de administrar misoprostol y si las pacientes siguen igual se debe realizar cesárea inmediatamente para evitar muerte materna, y 5 (33%) no saben cuáles es el tratamiento de la muerte fetal intrauterino.

15. ¿Usted considera que las embarazadas deben de ingerir ácido fólico durante los primeros 3 meses del embarazo?



Cuatro (27%) personal de enfermería no están de acuerdo que las embarazadas deben de ingerir acido fólicos, pero no se explicaron porque no, y 11 (73%) si considera que si deben de ingerir acido fólicos durante los 3 meses del embarazo para evitar malformaciones o incluso lo pueden tomar 3 meses antes del embarazo para asegurarla correcta formación del tubo neural.

## 7.4. Conclusiones

Luego de haber realizado el presente trabajo de investigación y haber aplicado los instrumentos correspondientes, se puede llegar a las siguientes conclusiones.

De acuerdo el análisis de la pregunta de investigación, que es ¿Cuáles son las intervenciones de enfermería para mujeres con muerte fetal intrauterino? Se responde de la siguiente manera hay muchas intervenciones que se puede brindar ya que son muy importantes para él, labor que realizan las enfermeras hacia las mujeres que llegan a presentan muerte fetal.

Objetivos General alcance ese objetivo mediante una investigación después, aplique un instrumento de investigación a 15 personal de enfermería para ver si conocen cuales son las intervenciones que se proporciona hacia las mujeres con muerte fetal intrauterino, algunas de las intervenciones son proporcionar los mejores cuidados, poner atención brindar apoyo emocional, escuchar a las pacientes prepararla al momento de pasarla a quirófano son algunas de las intervenciones que le proporciona.

Objetivo específico conocer los factores de riesgo hacia la muerte fetal intrauterino: alcance este objetivo mediante la investigación y los factores de riesgo son edad mayor de 35 años, tabaquismos antecedentes de muerte fetal, sobrepeso estado civil soltera, nivel, educativo menor de 10 años, nivel socioeconómico bajo falta de control prenatal, estos son algunos de los factores de riesgo que puede provocar la muerte fetal en una mujer embarazada si no se atienden consecuentemente y por eso es muy importante que acuden sus citas de control prenatal para evitar cualquier anormalidad durante sus embarazos.

Hipótesis de investigación al llegar a la hipótesis las enfermeras si saben proporcionar apoyo emocional, moral y psicológicos, escucharla en todo momento mientras están en el hospital ya que el apoyo es muy importante en este caso tendríamos que darle un incentivo emocional acompañada de una comunicación activa para que ella pueda aumentar su estado de ánimo y no se deje sumir en la depresión claro que va a ver inconvenientes, pero para esto están los profesional de enfermería de apoyo para que ella pueda sobrellevar esta situación, y también

es importante proporcionar charla sobre la importancia que tiene el control prenatal durante el embarazo y hasta el término del embarazo.

Hipótesis nula: al llegar a la hipótesis las enfermeras no saben proporcionar apoyo emocional, moral y psicológicos, escucharla en todo momento mientras están en el hospital ya que el apoyo no es importante, en este caso no tendríamos que darle un incentivo emocional acompañada de una comunicación activa para que ella no pueda aumentar su estado de ánimo y se deje sumir en la depresión claro que va a ver inconvenientes, pero para esto están los profesional de enfermería no están de apoyo para que ella pueda sobrellevar esta situación, y también no es importante proporcionar charla sobre la importancia que tiene el control prenatal durante el embarazo y hasta el término del embarazo.

## **7.5. Sugerencias y recomendaciones**

Luego de haber culminado con la siguiente investigación puedo recomendar lo siguiente:

### **Al personal de salud**

- Brindar charlas educativas en la consulta externa sobre la prevención de Muerte fetal
- Incentivar al personal de salud a realizar talleres educativos, acerca de la prevención de muerte fetal.
- Incentivar a las madres de familia a participar en los programas del hospital.
- Seguir desarrollando el proceso de atención de enfermería a cada uno de los niños.

### **A las usuarias**

- Asistir y participar de los programas educativos que realicen los establecimientos de salud.
  - Acudir a los controles prenatales mensuales y como le indique el médico.
  - Identificar signos y síntomas de gravedad.

### **A los hospitales**

- Toda institución hospitalaria que atiende pacientes embarazadas debe contar con el personal suficiente e idóneo para la atención especializada de pacientes con embarazo de alto riesgo y por ende con alto riesgo de muerte fetal.
- Las instituciones que atienden pacientes embarazadas deberán contar con protocolos médicos específicos para la identificación y manejo de pacientes con embarazo de alto riesgo.
- En pacientes con embarazo de alto riesgo y que por su evolución obstétrica lo ameriten, se deberán efectuar pruebas de bienestar fetal a lo largo del embarazo y hasta su resolución.
- Toda paciente con embarazo de alto riesgo que supere las 40 semanas, y que no ha desencadenado trabajo de parto de forma espontánea deberá ser internada para valorar el bienestar fetal y establecer la mejor vía de resolución del embarazo.

- Todo caso de embarazo de alto riesgo debe ser valorado y analizado por la autoridad hospitalaria de la especialidad en sesión conjunta con los médicos especialistas.
  - Toda paciente embarazada deberá conocer de manera puntual los datos de alarma, especialmente la hipomotilidad (ausencia de movimientos fetales) de más de 2 horas, como la salida de líquido, sangrado, ausencia de trabajo de parto a las 40 semanas, fiebre, cefalalgia, etc.
  - Pese a que se ha incrementado el número de pacientes que reciben atención, lo anterior no garantiza la disminución de las muertes fetales, ya que como se expuso influyen múltiples factores, algunos modificables a partir de la toma de responsabilidad tanto de las pacientes como del sistema de salud.
  - Todo médico que atiende pacientes obstétricas deberá:
    - Identificar los embarazos de alto riesgo.
    - Conocer, efectuar e interpretar las pruebas de bienestar fetal.
    - Identificar los datos de sufrimiento fetal crónico o agudo.

## 7.6. Cronogramas de actividades

Cronogramas de actividades		Fechas					
No	Actividad	06 de febrero	13 de febrero	20 de febrero	27 de febrero	06 de marzo	A definir
1	Elección del tema	X					
2	Planteamiento del problema (delimitación y pregunta de investigación).		X				
3	Marco teórico		X				
4	Proceso metodológico			X			
5	Conclusiones				X		
6	Entrega de protocolo					X	
7	Aplicación de instrumento de investigación						X
8	Análisis e interpretación de resultados						X
9	Discusión y recomendaciones						X
10	Presentación de resultados						X

## Anexo 1

### Operacionalización de las variables

<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Medición</b>
Intervenciones de enfermería	Se define como una Intervención Enfermera a “Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente”.	Se medirá con el cuestionario	Dependiente	Enfermeras
A mujeres con muerte fetal intrauterina	Es la muerte del feto antes de su expulsión o extracción en el nacimiento y, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es independiente de la duración del embarazo.	Se medirá con el cuestionario	Independiente	Femenino
Mujeres	Es el ser humano de sexo femenino.	Se medirá con el cuestionario	cualitativa	Femenino

Edad	Es el periodo en el que transcurre la vida de un ser vivo.	Se medirá con el cuestionario	Cuantitativa discreta	Años
Sexo	Según la OMS, el "sexo" hace referencia a las características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres.	Se medirá con el cuestionario	Cualitativa nominal	Femenino
Grado de instrucción	Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.	Se medirá con el cuestionario	Cualitativa ordinal	Primaria Secundaria Superior
Estado civil	condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles.	Se medirá con el cuestionario	cualitativa	Soltera Casada
Ocupación	La ocupación de una persona hace referencia a lo que ella se dedica; a su trabajo, empleo, actividad o profesión, lo que le	Se medirá con el cuestionario	cualitativa	Ama de casa Estudiante Comerciante Otros



	demanda cierto tiempo, y por ello se habla de ocupación de tiempo parcial o completo, lo que le resta tiempo para otras ocupaciones			
Etnia	Se refiere a una comunidad humana que comparte una serie de rasgos socioculturales , como la lengua, la cultura, la religión, las instituciones, los valores, usos y costumbres, así como afinidades raciales.	Se medirá con el cuestionario	cualitativa	Mestiza Indígena
Residencia	Lugar de residencia rural o urbana	Se medirá con el cuestionario	cualitativa	Zona urbana Zona rural
Control prenatal	Conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos destinados a prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan	Se medirá con el cuestionario	Cuantitativa	ordinal

	condicionar morbilidad materna y perinatal.			
Edad gestacional	Tiempo desde la fecha de última menstruación al presente.	Se medirá con el cuestionario	Cuantitativa	femenina

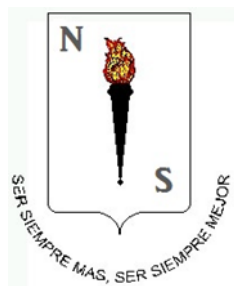
## Anexo 2

### Guion metodológico

Pregunta de investigación	Objetivos	Hipótesis	Variable	Definición
¿Cuáles son las intervenciones de enfermería para mujeres con muerte fetal intrauterino?	<b>Objetivos General:</b> Describir las intervenciones de enfermería en las mujeres con muerte fetal intrauterino.	<b>Hipótesis de investigación:</b> Proporcionar terapia psicológica y el control prenatal son algunas de las intervenciones de enfermería hacia las pacientes con muerte fetal intrauterino.	Intervenciones de enfermería	Se define como una Intervención Enfermera a "Todo tratamiento, basado en el Conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente".

	<p><b>Objetivos</b></p> <p><b>Específico:</b></p> <p>Conocer los factores de riesgo hacia la muerte fetal intrauterino.</p>	<p>Hipótesis nula:</p> <p>Proporcionar terapia psicológica y el control prenatal no son algunas de las intervenciones de enfermería hacia las pacientes con muerte fetal intrauterino.</p>	<p>A mujeres con muerte fetal intrauterina</p>	<p>Es la muerte del feto antes de su expulsión o extracción en el nacimiento y, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es independiente de la duración del embarazo.</p>
--	---	--	--	--

### Anexo 3



#### Consentimiento informado

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

CLAVE 8722

Consentimiento informado para participar en un estudio de investigación

Se pide de la manera más atenta conceda su consentimiento para participar en la metodología de este proyecto de investigación, que tiene como objetivo general describir las intervenciones de enfermería en las mujeres con muerte fetal intrauterina.

He sido informada(o) con claridad de los objetivos de la metodología de intervención, así como de la importancia de mi participación en la misma, la cual no implica ningún tipo de riesgo a mi persona. Estoy convencida que mis datos serán totalmente confidenciales y que contribuirán en un futuro a intervenir de manera oportuna en la atención de la mujer con muerte fetal, fortaleciendo la profesión de enfermería a través del conocimiento de mis necesidades.

Se me ha informado que no existe riesgo alguno sobre mi salud y que mi participación será voluntaria en todo momento, sin obligación y consciente, sin recibir ninguna remuneración económica.

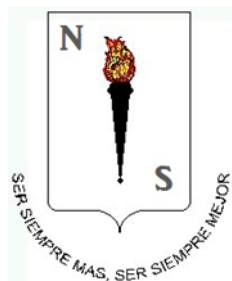
---

Nombre y firma

Acepto participar

**Morelia, Michoacán. A            dé            del 202**

## Anexo 4



### Instrumento de investigación

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

CLAVE 8722

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA A MUJERES CON MUERTE FETAL  
INTRAUTERINO

CUESTIONARIO

**Objetivo General:** Describir las intervenciones de enfermería en las mujeres con muerte fetal.

**Indicaciones:** subraya la respuesta correcta, Completa

Estado civil: S\_\_\_\_\_ C\_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_Especifique\_\_\_\_\_

1. ¿Conoce que es la muerte fetal intrauterina?  
a) Si \_\_\_\_\_ b) No \_\_\_\_\_  
Explique\_\_\_\_\_
2. ¿Sabe qué es la muerte fetal tardía?  
a) Si \_\_\_\_\_ b) No \_\_\_\_\_  
Explique\_\_\_\_\_
3. ¿Conoce cuáles son las complicaciones maternas que puede tener la paciente a raíz de la muerte fetal?  
a) Si \_\_\_\_\_ b) No \_\_\_\_\_  
Explique\_\_\_\_\_
4. ¿Sabe a partir de que semana se presenta la muerte fetal intrauterino?  
a) Si \_\_\_\_\_ b) No \_\_\_\_\_  
Mencione\_\_\_\_\_

5. ¿Considera que las embarazadas deben realizarse un mínimo de 5 consultas prenatales durante el embarazo?
- a) Si b) No
- Explique\_\_\_\_\_
6. ¿Conoce la clasificación de la muerte fetal?
- a) Si b) No
- Menciona\_\_\_\_\_
7. ¿De acuerdo sus conocimientos los problemas relacionados con la placenta pueden ocasionar la muerte fetal?
- a) Si b) No
- Explique\_\_\_\_\_
8. ¿Sabe en qué consiste el control prenatal?
- a) Si b) No
- Explique\_\_\_\_\_
9. ¿Conoce los signos de alarma que se presenta durante la muerte fetal intrauterina?
- a) Si b) No
- Explique\_\_\_\_\_
10. ¿Usted considera que la muerte fetal solo se presenta en las mujeres de mayor de 35 años?
- a) Si b) No
- Explique\_\_\_\_\_
11. ¿Considera que los estudios de laboratorio o gabinete son útiles para confirmar la muerte fetal?
- a) Si b) No c) A veces
- Explique\_\_\_\_\_
12. ¿Conoce las causas de la muerte fetal intrauterino?
- a) Si b) No
- Explique\_\_\_\_\_
13. ¿Cómo personal de enfermería están capacitados para proporcionar los cuidados que deben de llevar durante el embarazo?
- a) Si b) No

Explique\_\_\_\_\_

14. ¿Sabe cuál es el tratamiento para la muerte fetal intrauterino?

a) Si

b) No

Explique\_\_\_\_\_

15. ¿Usted considera que las embarazadas deben de ingerir ácido fólico durante los primeros 3 meses del embarazo?

a) Si

b) No

Explique\_\_\_\_\_

**GRACIAS**



## **Anexo 5**

### **Aceptación de investigación**

#### consideraciones éticas

Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud.

Este protocolo se someterá al comité de investigación del hospital de nuestra señora de la salud, una vez obtenida la aprobación, se procederá a programar las fechas para la aplicación de instrumento en la situación de salud antes mencionada, explicando al participante los objetivos del proyecto, se le solicitará autorización para su implementación mediante un consentimiento informado sobre esta intervención teórico-práctico.

En esta investigación se respetaran los principios éticos de acuerdo a lo establecido en el reglamento en la ley general de salud en materia de investigación (1984), y en la declaración de Helsinki(1961), referente a que se realiza investigación para la salud que contribuya al estudio de las técnicas y métodos que se recomiendan empleen para la prestación de servicios de salud(artículo 3),debiendo prevalecer en todo momento de la investigación el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar(artículo 13),también se respetaran los principios ético y legales (artículo 14),protegiendo la privacidad del individuo de la investigación identificándolo solo cuando los resultados los requieran y éste lo autorice(artículo 16).

Esta investigación se considera sin riesgo para el sujeto de estado ya que no se le identificarán ni se tratarán aspectos sensitivos de su conducta (artículo 17, apartado 1), se presentarán por escrito el consentimiento informado. Mediante el cual el sujeto investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, así mismo el investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realice la investigación (artículo 18).

De la misma manera, el investigador se compromete a contar con el consentimiento informado donde al sujeto o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa de tal forma que pueda comprenderla, brindando

seguridad de que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad (artículo 21 apartado VIII).

La conducción de esta investigación de esta investigación estuvo a cargo de 3 investigadores quienes son profesionales de salud y tiene la formación académica adecuada, cuenta con la autorización del jefe responsable del área de adscripción.

De igual manera los investigadores se encargarán de la dirección técnica del estudio y tendrá las siguientes atribuciones: I. Preparar el protocolo de la investigación, II. Cumplir los procedimientos indicados en el protocolo y solicitar autorización para la modificación en los casos necesarios sobre aspectos de ética y bioseguridad; III. Documentar y registrar todos los datos generados durante el estudio; IV. Formar un archivo sobre el estudio que contendrá el protocolo, las modificaciones al mismo, las autoridades, los datos generados, el informe final y todo el materia documental y biológico susceptible de guardarse, relacionado con la investigación; V. Seleccionar al personal participante en el estudio y proporcionarle la información y adiestramiento necesario para llevar a cabo su función, así como mantenerlos al tanto de los datos generados y los resultados; VI. Elaborar y presentar los informes parciales y finales de la investigación, y VII. Las obras afines que sean necesarios para cumplir con la dirección técnica de la investigación (artículo 116).

## **Anexo 6**

### **Glosario**

#### **A**

- **ATENCIÓN:** Es decir, la atención es el proceso cognitivo que nos permite orientarnos hacia los estímulos relevantes y procesarlos para responder en consecuencia
- **ATENCIÓN PRENATAL:** Es un conjunto de acciones asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud y la embarazada a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido, con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico.
- **AAF:** Anticuerpos Antifosfolipídicos
- **AP:** Abrupto placentario.

#### **E**

- **ENFERMERÍA:** La enfermería abarca los cuidados autónomos y en colaboración que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermas o sanas, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados de los enfermos, discapacitados y personas moribundas.
- **EMBARAZO:** Período que transcurre entre la concepción (fecundación de un óvulo por un espermatozoide) y el parto; durante este período el óvulo fecundado se desarrolla en el útero. En los seres humanos, el embarazo dura aproximadamente 288 días. También se llama gestación.
- **EDAD GESTACIONAL:** se define de manera imprecisa como el número de semanas entre el primer día del último período menstrual normal de la madre y el día del parto. Más exactamente, la edad gestacional es la diferencia entre 14 días antes de la fecha de concepción y el día del parto.

## **C**

- CU: Cordón umbilical.

## **D**

- DM: Diabetes mellitus.

## **F**

- FUM: Fecha de última menstruación.

## **I**

- IMC: Índice de masa corporal.

## **L**

- L.A: Líquido amniótico.
- LES: Lupus eritematoso sistémico.

## **M**

- MUERTE FETAL: Definida por la OMS, como la muerte previa a la expulsión o extracción completa del producto de la concepción, independientemente de la edad de la duración del embarazo Según la edad gestacional debe ser a partir 22 de gestación o un peso al momento del nacimiento mayor de 500 gramos (NOM).
- MORTALIDAD PERINATAL: Se clasifica como mortinato al bebé que muere después de 28 semanas de embarazo, pero antes del parto o durante este. Cada año se producen casi 2 millones de muertes prenatales, una cada 16 segundos.

## **R**

- RPM: Rotura prematura de membrana.

## **S**

- ST: Sangrado transvaginal.

## **U**

- UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

## Referencias electrónicas

- A.lara, f. (s.f.). Obtenido de <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/complicaciones-no-obst%C3%A9tricas-durante-el-embarazo/anemia-en-el-embarazo>.
- Antonette, T. D. (2020). Obtenido de <https://www.msmanuals.com/es-mx/hogar/salud-femenina/complicaciones-del-embarazo/muerte-fetal>
- Ariel Vogelmann Roberto, E. S. (Diciembre de 2008 ). Obtenido de [https://med.unne.edu.ar/revistas/revista188/4\\_188.pdf](https://med.unne.edu.ar/revistas/revista188/4_188.pdf).
- ARROYO GUTIERREZ HELEN, M. L. (2018). percepción del profesional de enfermería acerca de las. Obtenido de <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/35997/1/1258-TESIS-MACIAS%20Y%20ARROYO.pdf>
- Córdoba Sánchez Claudia, L. P. (2007). *Revista de Enfermería*, <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-104/trabajoslibres1/>.
- Dulay, A. T. (octubre de 2020). Obtenido de <https://www.msmanuals.com/es-mx/hogar/salud-femenina/complicaciones-del-embarazo/muerte-fetal>
- Espinoza Fiallos Eduardo Antonio, M. E. (marzo de 2019). *Guías de atención de enfermería en ginecoobstetricia y perinatología*.
- Fried, L. A. (s.f.). Obtenido de <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/complicaciones-no-obst%C3%A9tricas-durante-el-embarazo/anemia-en-el-embarazo>
- GEOVANNA, P. C. (2014). *FACTORES RELACIONADOS A MUERTE FETAL*. Obtenido de <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/848/7/CD00170-TESIS.pdf>
- Guerrero Cedeño Rafael, D. C. (Agosto de 2013). *Protocolo de estudio en los casos de Muerte Fetal Intrauterina*. Obtenido de <https://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/07/Protocolo-Rafael.pdf>
- INEGI. (2020). CARACTERÍSTICAS DE LAS DEFUNCIONES FETALES. Obtenido de

<https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/DefuncionesFetales2020.pdf>

Menjívar Escalante Elvia Violeta, E. F. (2009). Guías de atención de enfermería en ginecoobstetricia y perinatología. *Guías de atención de enfermería en ginecoobstetricia y perinatología*, [http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guias\\_de\\_atencion\\_de\\_enfermeria\\_en\\_ginecoobstetricia\\_y\\_perinatologia\\_marzo2019.pdf](http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guias_de_atencion_de_enfermeria_en_ginecoobstetricia_y_perinatologia_marzo2019.pdf)

Rangel-Calvillo, M. N. (15 de febrero de 2014). *Análisis de muerte fetal tardía*. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/prh/v28n3/v28n3a4.pdf>

Rivera Álvarez Luz Nelly, Á. T. (octubre de 2007). Cuidado Humanizado de Enfermería. *Visibilizando la Teoría y la Investigación en la Práctica, en la Clínica del Country (Bogotá)*. Obtenido de <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-104/trabajoslibres/>

Salatiel, C. V. (01 de 08 de 0

2013). *Protocolo de estudio en los casos de Muerte Fetal Intrauterina*. Obtenido de <https://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/07/Protocolo-Rafael.pdf>

Salvador Zaira, D. O. (15 de Octubre de 2019). Muerte fetal intrauterina: síntomas, causas y apoyo emocional. Obtenido de <https://www.reproduccionasistida.org/muerte-fetal/#:~:text=La%20muerte%20fetal%20intrauterina%2C%20tambi%C3%A9n,de%20la%20duraci%C3%B3n%20del%20embarazo.>

SHIRLEY DANIELA, M. Y. (2005-2010). Factores de riesgo en muerte fetal intraútero. Obtenido de <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/45/015%20EAP%20OBSTETRICIA%20TESIS%20NUMERO%201%20MAURICIO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

UNICEF. (09 de Noviembre de 2020). Lo que debes saber sobre las muertes fetales. [https://www.unicef.org/es/historias/lo-que-debes-saber-sobre-las-muertes-fetales.](https://www.unicef.org/es/historias/lo-que-debes-saber-sobre-las-muertes-fetales)

Williams. (s.f.). CAPÍTULO 35: Muerte fetal. Obtenido de <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1525&sectionid=100460794#1117772441>

Yagüe Pasamón Rubén, S. M. (29 de Agosto de 2019). *Muerte fetal anteparto. Plan de cuidados estandarizado*. Obtenido de <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/muerte-fetal-anteparto-plan-de-cuidados-estandarizado/#:~:text=Algunos%20de%20los%20cuidados%20de,el%20parto%20en%20tales%20circunstancias>.