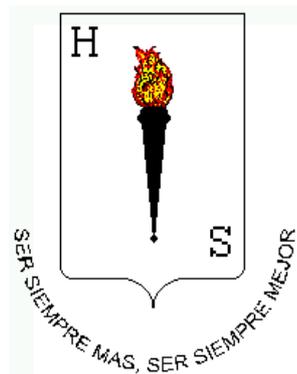


**ESCUELA DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA
SALUD**

**INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
CLAVE 8722**



**TESIS
EMBARAZO GEMELAR**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**ALUMNA:
MIREYA GODÍNEZ MUNGUÍA**

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

MORELIA, MICHOACÁN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

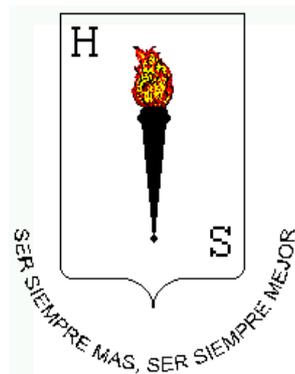
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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.

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

**INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
CLAVE 8722**



**TESIS
EMBARAZO GEMELAR**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**ALUMNA:
MIREYA GODÍNEZ MUNGUÍA**

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

MORELIA, MICHOACÁN

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis padres por confiar en mí y apoyarme a cada momento, porque han sacrificado tiempo y cosas valiosas e importantes para que yo siguiera sin detenerme. Por ser mi motivación cada día para cumplir una meta más de mi vida y por estar siempre a mi lado.

A la señorita Martita Alcaraz porque es un gran ejemplo a seguir como persona y como enfermera, por compartir conmigo sus conocimientos, por regalarme de su tiempo para aclarar mis dudas y motivarme a seguir sin rendirme.

A todos mis profesores que a lo largo de este camino me compartieron de su tiempo y sus conocimientos, gracias a ellos he llegado hasta aquí porque confiaron en mí, gracias a ellos tengo una formación que estará conmigo tanto en mi profesión como en mi vida personal que será reflejada día a día en mis actos de este camino que aun no termina.

A la escuela porque gracias a ella conocí mi profesión, porque con su estricta disciplina me he formado tanto profesionalmente como personalmente, porque he aprendido a valorar lo que tengo a mi alrededor y lo que mis padres han sacrificado por mí, porque gracias a ella he conocido personas que siempre serán especiales en mi vida.

AGRADECIMIENTO

Agradezco principalmente a Dios por darme la oportunidad de conocer esta profesión a la que pertenezco, por conocer la institución de la que ahora egreso, por regalarme cada día, para observar lo que hay a mi alrededor y encontrarlo en el acto de servir al prójimo, por ayudarme a seguir y a cumplir una meta más de mi vida, por estar conmigo.

A las personas más especiales en mi vida, porque la formación que recibí desde su casa me ayudo a llegar hasta aquí, mi madre Santa Munguía García y a mi padre Juan Godínez Chávez, gracias por confiar en mí y por darme la formación necesaria y correcta que puedo tener, porque aunque ustedes creyeron que era muy débil me dieron la oportunidad de superarlo, gracias por todo el gran amor que he recibido de su parte.

A las grandes personas que conocí durante mi camino de estancia en la institución porque gracias a ellas pude levantarme después de varias caídas, porque compartí con ellas grandes momentos que siempre recordare, porque mutuamente nos motivábamos al estar lejos de nuestros seres queridos, por esos momentos de tristeza y de alegría que compartimos, gracias.

A todos los que formaron parte de este camino GRACIAS.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I. CONSTRUCCIÓN DEL OBJETIVO DE ESTUDIO.

ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
OBJETIVOS	3
Objetivo general	3
Objetivos específicos	3
JUSTIFICACIÓN	4
HIPÓTESIS	5
VARIABLES	5

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO.

2. EMBARAZO GEMELAR.....	7
--------------------------	---

CAPITULO III. MARCO TEÓRICO

3. PARTO PRETERMINO	24
4. SOBREDISTENCIÓN UTERINA	31
5. AUMENTO DEL VOLUMEN DEL ÚTERO	36

CAPITULO IV. MARCO METODOLOGICO.

Metodología.....	43
Tipo de estudio.....	43
Sujeto a estudiar	44
Universo	44
Muestra	45
Confiabilidad y validez.....	47
Técnicas utilizadas	47

CAPÍTULO V. DESCRIPCIÓN Y RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	
Resultados de encuestas	49
CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.	
Conclusiones.....	75
BIBLIOGRAFÍAS Y REFERENCIAS	78
ANEXOS	81

INTRODUCCIÓN

La siguiente investigación se llevó a cabo con el fin de enriquecer mis conocimientos y de aportar material en el cual se puedan basar para obtener información de él.

El tema que se eligió me fue de interés cuando en una ocasión se mencionó que al embarazo gemelar se le consideraba una patología por que la especie humana estamos programada para tener un bebe en cada gestación más de uno es una anomalía, con una serie de complicaciones en cuanto a su desarrollo y durante el trabajo de parto. Por lo que es de gran interés investigar sobre él, aparte de que se observa que la mayoría de los embarazos gemelares no eran de término, así que comencé a investigar sobre este tema.

Se espera que dicha investigación aporte gran conocimiento para los demás, esperando que esta también cumpla los objetivos planteados durante su procedimiento y su aplicación.

Se espera que el contenido de la investigación sea de su agrado y contenga las características necesarias que requiere, para ser de su entendimiento.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Ya que lo habitual en la especie humana es el desarrollo de un solo feto en cada gestación, pero en este caso me es de interés saber el porqué ocurren dos fecundaciones, las características de este embarazo sus riesgos durante su evolución y durante el parto.

He observado que la mayoría de los embarazos gemelares no llegan a su término y los bebés nacen con bajo peso y otras complicaciones como dificultad respiratoria. El saber cuáles son los principales factores que ocasionan la frecuencia de que estos embarazos no lleguen a término determinando una incidencia grande de partos prematuros me es de un gran interés investigar sobre ese tema, y saber si un embarazo de este tipo puede llegar a término o que cuidados se deben de tener para que pueda llegar a término obteniendo dos productos de peso normal.

Por lo anterior nos podemos preguntar:

¿Con que frecuencia en un embarazo gemelar la sobredistención del útero y el aumento de volumen del útero condicionan un trabajo de parto pretermino?

A la formación de dos o más fetos en el útero se le conoce como embarazo múltiple, el ser humano está adaptado para la formación de un solo feto, algunos autores lo han considerado este tipo de embarazos como una patología, encontrándose con mayor frecuencia el embarazo gemelar, el cual no deja de ser una patología, ni dejan de existir riesgos y complicaciones tanto para la madre como para los productos.

2. EMBARAZO GEMELAR

Es un tipo de embarazo múltiple que es visto con emoción y asombro entre la población ya que se considera admirable la mujer que engendra dos hijos en un mismo embarazo, pero esto no deja que hasta hoy en día se le considere como un embarazo de alto riesgo tanto para la madre como para ambos fetos, ya que existen algunas complicaciones y causas que pueden alterar el desarrollo de este tipo de embarazos los cuales pueden causar la muerte de uno de los productos, de ambos y de la madre; así como puede presentarse un parto prematuro o por ciertas causas que este termine en cesárea.

2.1 Definición

El término gemelo proviene del latín que significa dividido en dos.

Según John T. Queenan (1998) es el desarrollo simultáneo de dos fetos en la cavidad uterina en un embarazo

2.2 Etiología

Según P. Vast y otros (2000) existen varios factores que intervienen en el tipo de estos embarazos de los más importantes y que se encuentran con mayor prevalencia se encuentran los siguientes:

- a) El origen étnico
- b) La edad materna
- c) La multiparidad
- d) Factores hereditarios.

Existen algunos otros factores que pueden intervenir para que se de origen a uno de estos embarazos como son:

- Socioeconómicos
- Climáticos
- Maternos
- El uso de anticoncepción oral prolongada
- La hiperfecundidad de la pareja

2.3 Epidemiología

Según Francisco Méndez Oteo (1988) el embarazo gemelar se presenta en 1:89 de los casos de partos, de los cuales el considera que existe mayor prevalencia en la raza negra que en la caucásica, la edad de la madre y el número de embarazos previos también intervienen.

Según el Programa de Actualización Continua en Ginecología y Obstetricia (2005) la generalidad había sido reportada de 1:90; los cuales han ido en incremento como resultado de la edad mayor de la madre y por tratamientos de infertilidad.

2.4 Clasificación

Según P. Vast y otros (2000) existen dos grandes grupos de gemelos: aquellos que provienen de un solo huevo por división anormal del mismo, llamados gemelos verdaderos o mellizos y aquellos provenientes de la fecundación de dos óvulos, que son los gemelos fraternales.

El 30 % de los embarazos gemelares son uniovulares y un 70% son biovulares, los cuales son debido a retardos en la división temprana del huevo.

De acuerdo a los dos grupos en los que se ha clasificado el Embarazo Gemelar se hablara a continuación de cada uno, con sus diferentes características:

2.4.1 Embarazo gemelar monocigótico

Este embarazo se debe a la fecundación de un solo ovulo por un solo espermatozoide con formación de un huevo único que se divide secundariamente. Desde un punto de vista teórico, los dos fetos son genéticamente idénticos y siempre del mismo sexo.

Los ciclos prolongados con ovulaciones retrasadas o con fecundaciones tardías y envejecimiento postovulatorio; favorecerían no sólo la aparición de anomalías cromosómicas y abortos, sino también la separación del huevo embrionado.

2.4.1.1 Factores epidemiológicos

La frecuencia es de 3.5 a 5 de 1000 nacimientos, y no varía con el origen étnico ni con la paridad; pero se considera que la herencia influye poco en la etiología de la gemelaridad monocigótica. Sin embargo en las pacientes que son gemelas verdaderas el número de estos embarazos es más alto.

Otro factor es la edad materna con una frecuencia de 3/1000 a los 25 años y 4.5/1000 después de los 40 años.

De acuerdo a Bomsel-Hemreich (1998):

“La distribución de las edades maternas en los casos de embarazos gemelares monocigóticos presenta un leve aumento en las clases de edad muy joven y un máximo cerca de los 35 años, no ocurre lo mismo en los embarazos dicigóticos, cuya distribución se acerca a la de la población general.” (p.3)

2.4.1.2 Placentación

Esta varía en consecuencia:

*Placentación monocoriónica:

a) El tipo monocoriónico biamniótico. La división se lleva a cabo entre el tercero y el séptimo día después de la fecundación, la placenta es única pero existen dos cavidades distintas. La fina membrana que las separa está constituida por la unión de los dos amnios.

b) El tipo monocoriónico monoamniótico. Se debe a la división tardía del embrión durante la segunda del desarrollo.

2.4.1.3 Características

Llamados también:

-Idénticos

-Monocigóticos

-Monocoriónicos

Con:

-Una placenta

-Generalmente dos sacos amnióticos

-Uno o dos cordones umbilicales

-Mismo sexo

-La placenta frecuentemente revela anastomosis de los vasos, dando lugar a diferencia de: tamaño de uno de ellos llamado el mayor feto transfundido y el menor feto transfusor.

2.4.2 Embarazo gemelar dicigótico

Es el resultado de la fecundación simultánea de óvulos provenientes de uno o de ambos ovarios, por dos espermatozoides; se debe a una anomalía en la regulación hipotálamo-hipofisaria, con un exceso de la hormona folículo estimulante que pueden ser parciales o totalmente secundarios a factores hereditarios de origen materno.

También puede deberse a mecanismos como:

-La superfecundación: que es la fecundación seguida de dos óvulos por dos espermatozoides de padres diferentes.

-La superfetación: es la fecundación de dos óvulos provenientes de dos ciclos sucesivos, pero puede ser que sean provenientes de un mismo ciclo con algunos días de intervalo.

2.4.2.1 Placentación bicoriónica biamniótica

Es única de estos gemelos y solo un 30 % de los monocigóticos. Las placentas pueden ser distintas o estar fusionadas según el sitio de nidación. La membrana interovular está formada por cuatro hojas y no se asocia con la placa coriónica.

2.4.2.2 Características:

Llamados también:

- Biovular

- Dicigóticos

- Dicoriónicos

Con:

- Dos placentas
- Dos amnios
- Dos coriones
- Sexo igual o diferente
- Tamaño dispar

2.5 Diagnostico

Es difícil durante la primera mitad del embarazo y fácil en la segunda mitad por medios clínicos. En ocasiones el diagnostico se hace hasta el momento del parto resultando así tardío o sorpresivo tanto para el obstetra como para la madre.

Según Juan Aller (1980) cuando se realiza el interrogatorio hacia la paciente, existe parámetro que hacen sospechar la presencia de más de un feto, como son:

- a) Antecedente familiar con embarazo múltiple.
- b) Embarazo logrado con inductores de la ovulación o con técnicas de reproducción asistida.
- c) Tamaño uterino mayor que el esperado para la edad gestacional.
- d) Presencia de más de un latido cardiaco con una diferencia de 10 o más.

e) Palpación de más de un polo cefálico, así como de múltiples partes fetales.

Se deben de realizar algunos estudios que nos comprueben el tipo de embarazo y sobre todo alguna anomalía que pudiera estar presente en este. De los estudios necesarios se encuentran:

a) Laboratorio

- Gonadotropina coriónica humana (HCG): Dentro del primero y segundo trimestre se encuentran en el doble a lo de un embarazo con una gestación simple; para comprobar se deberá realizar un diagnostico diferencial con mola hidatiforme, émesis e hiperémesis gravídica.

- Lactogeno placentario: Los niveles de estas hormonas son proporcionales a la masa placentaria por lo cual se encuentran elevados a comparación de un embarazo con solo un feto.

- Alfa-feto-proteína. En las pacientes con valores elevados se debe establecer como diagnostico diferencial el embarazo múltiple, defectos del tubo neural y de la pared anterior del abdomen.

b) Ultrasonido

-La ecosonografía es el método de mayor precisión para el diagnostico de embarazo múltiple a partir de la semana 5-6 donde se encuentran más visibles los dos sacos gestacionales.

A igual este método nos permite detectar complicaciones como pueden ser:

* Síndrome de transfusión intergemelar, donde uno de los dos fetos puede presentar una disminución del crecimiento intrauterino.

* Malformaciones en uno o ambos fetos

* Óbito en uno o ambos fetos

Dentro de este método se identifica el tipo de placentación si esta se encuentra separada es un embarazo dicoriónico, si los fetos son del mismo sexo se estudiaran las membranas, dos capas nos indican un embarazo monocorial-diamniótico, tres capas es dicoriónico y cuatro es dicorial-diamniótico.

Existe otra forma de determinar el tipo de placentación durante el segundo y tercer trimestre mediante un signo llamado pico gemelar que consiste en una imagen de forma triangular que proyecta la placenta sobre el corion, característico de la gestación dicoriónica; aunque su ausencia no excluye el diagnóstico.

2.6 Adaptación materna

Según J. Roberto Ahued Ahued (2003) y otros para la madre serán cambios exagerados a comparación de un embarazo único, ya que se presentan cifras menores de glucosa pero no presentan gran frecuencia de diabetes gestacional.

El aumento de peso es más rápido y temprano por lo que se recomienda ganar aproximadamente 20 Kg haciendo primeramente un balance con su peso con que inicio su embarazo para evitarle una obesidad.

Existe un aumento en el volumen sanguíneo de 50 a 60 %, un aumento en los requerimientos de hierro, con una mayor probabilidad de anemia; un aumento en la frecuencia cardiaca; el útero y su contenido alcanzan un volumen mayor considerándose como excesiva.

Todos estos cambios pueden ser considerados para la madre muy drásticos a comparación de un embarazo normal ya que se desarrollan dos productos dentro de ella por lo que en algunos es considerado un requerimiento más alto, en otro un efecto aumentado que se puede considerar complicado para la madre e incomodo.

2.7 Complicaciones

Todos los embarazos pueden presentar alguna complicación durante su desarrollo, de acuerdo al Embarazo Gemelar se han determinado los propios según J. Roberto Ahued Ahued (2003):

a) Fetales

- Gemelos monoamnióticos. Con una alta mortalidad en este tipo de gemelos por que ocupan el mismo saco amniótico, la causa más común de muerte es el entrelazamiento de los cordones umbilicales.

- Gemelos unidos (Siameses). Sí la división de la masa embrionaria se retrasa más allá del 13 día de la fecundación los bebés tendrán alguna parte de su cuerpo pegada a la de su hermano; con una localización que puede ser anterior (toracopagos), posterior (pigopagos), cefálica (craneopagos) y caudal (isquiopagos), con una mayor frecuencia de los toracopagos, pueden incluso compartir algunos o muchos órganos.

- Gemelos acardiacos. Puede existir una anastomosis placentaria importante durante la embriogénesis que dan como resultado la perfusión inadecuada de un gemelo que conduce a anomalías invariablemente letales.

- Comunicación vascular entre fetos. Con raras excepciones se encuentra solamente en las placentas monocoriónicas, su mayoría de estas placentas presentan

anastomosis vasculares con una variación en la cantidad, la forma y la dirección de estas conexiones, formadas aparentemente al azar; el patrón más común consiste en las anastomosis interarteriales sobre la superficie coriónica de la placenta.

- Síndrome de transfusor/transfundido. El gemelo dador se torna anémico y su crecimiento puede retrasarse, en tanto que el receptor se vuelve policitémico y puede desarrollar una sobrecarga circulatoria que se manifiesta por hydrops, en forma similar una porción de la placenta parece muy pálida en comparación con el resto.

El síndrome se presenta típicamente en el segundo trimestre cuando el feto dador se torna oligúrico debido a la disminución de la percusión renal, existiendo la posibilidad de daño cerebral, muerte prenatal de uno de los gemelos y la muerte neonatal de vida al parto pretermino.

- Gemelos discordantes. El tamaño de uno de los fetos puede ser un signo de retardo del crecimiento, la cual se define usando como parámetro el feto más grande.

- Muerte de uno de los fetos. En ocasiones se presenta la muerte de uno de los dos fetos antes del término, el embarazo puede seguir con un solo feto vivo, llevando una vigilancia por periodos que consisten en pruebas de coagulación hasta la resolución del embarazo, en raras ocasiones se puede presentar la muerte de ambos por causa de una placenta monocoriónica y el crecimiento fetal discordante.

- Ruptura prematura de membranas. Cuando esta complicación se presenta el gemelo con bolsa íntegra tiene mayor frecuencia de enfermedad de membrana hialina, problemas respiratorios y necesita de más oxígeno.

- Parto pretermino. Se encuentra una edad promedio para el nacimiento la cual se encuentra alrededor de las 36 semanas de gestación, encontrándose una incidencia de este parto con secuelas presentes y en compañía de bajo peso al nacer por una limitación del crecimiento intrauterino.

Según Juan Aller (1980) determina las siguientes complicaciones:

b) Maternas

- Cardiovasculares. En este embarazo los cambios sufridos por el sistema cardiovascular y el uso de drogas betamiméticas favorecen la aparición de complicaciones como edema agudo de pulmón, isquemia miocárdica y arritmias.

- Obstétricos. El parto pretermino se encuentra presente de forma proporcional al número de fetos presentes en el útero e inversamente proporcional a la edad gestacional.

Existe el riesgo de presentar enfermedad hipertensiva en el embarazo, señalando una incidencia de pre-eclampsia de 6-37% y de eclampsia de 2.9%.

Puede presentarse un incremento de la hemorragia anteparto, por desprendimiento prematuro de placenta, rotura uterina a causa de una cesárea anterior, hemorragia postparto con una frecuencia de 27.8%.

- Gastrointestinales. Puede existir la presencia de hígado graso del embarazo con un 16.7%.

- Hematológicas. Se presenta una incidencia de anemia a causa de un aumento de los requerimientos en el embarazo, la incidencia al igual se encuentra aumentada en el puerperio por el riesgo que existe de presentar hemorragia periparto.

- Infecciosas. Se encuentra con mayor frecuencia la presencia de una infección posterior a una cesárea, la etiología aun no ha sido definida.

-Sobredistención Uterina: Se encuentra con mayor frecuencia en este tipo de embarazos por la formación de los dos productos y por la presencia de hidramnios; los cuales pueden originar una Atonía Uterina con un riesgo mayor para que se presente una hemorragia post-parto.

2.8 Muerte perinatal

La tasa de mortalidad es de 52/1000, entre las causas más frecuentes se encuentran:

-Defectos congénitos

-Transfusión intergemelar

-Gemelos unidos

-Membrana hialina

-Hemorragia intracraneal

-Insuficiencia útero-placentaria

La muerte de uno de los fetos causa una complicación de 0.5-6.8% en estos embarazos, producida por el síndrome de transfusión intergemelar, existiendo mayor frecuencia en placentación monocoriónica con una incidencia alta de anastomosis vascular.

En gestaciones dicoriónicas la muerte se encuentra asociada con trombosis vascular, restricción del crecimiento intrauterino, desprendimiento prematuro de placenta e hipertensión inducida por el embarazo; en monocoriónicos como en dicoriónicos los

accidentes de cordón y la inserción velamentosa asociados en la muerte de uno de los fetos.

Cuando aparece la muerte de uno de los dos fetos mucho antes del término, existe la posibilidad de que se presente embolización de tromboplastina tisular del feto fallecido al sobreviviente, el cual puede provocar hemorragia intraventricular, atrofia cortical, infarto pulmonar, esplénico, hepático y renal, leucomalacia intracraneal y coagulación intravascular diseminada. Así como un riesgo mayor de trabajo de parto pretermino, desprendimiento prematuro de la placenta y sufrimiento fetal que puede desarrollarse a las 72 hrs de la muerte.

Como lo mencionado anteriormente de acuerdo a la muerte de uno de los dos fetos en embarazos de 32-35 semanas de gestación, si el feto se encuentra maduro se recomienda la interrupción y en el caso de que este se encuentre inmaduro se recurre a la maduración pulmonar y posteriormente la interrupción.

Cuando aparece el síndrome de transfusión intergemelar, el pronóstico es malo y existen algunas condiciones que hacen que la mortalidad se encuentre cerca a un 100%, entre las cuales son las siguientes:

- a) Que ocurra en el segundo o tercer trimestre de la gestación.
- b) La existencia de hydrops en uno o ambos fetos
- c) La presencia de hidramnios severo, que pueda desencadenar trabajo de parto pretermino.

2.9 El control prenatal

Según el Dr. Eduardo Núñez Maciel (1988) y disponible en [http://www.monografias.com/trabajo/82/embarazo múltiple/embarazo múltiple 2](http://www.monografias.com/trabajo/82/embarazo_múltiple/embarazo_múltiple_2)

El embarazo gemelar por todo lo antes ya mencionado se considera un embarazo de alto riesgo por lo que se le debe manejar de esa forma, el control prenatal es muy importante en cuanto a su evolución, manejo y atención, el cual debe ser más estricto y frecuente; haciendo unos ajustes en su nutrición, en el ejercicio físico y en las jornadas que ella labora; así como vigilar su peso, crecimiento abdominal, tensión arterial, actividad uterina y la solicitud de exámenes de laboratorio de acuerdo a las complicaciones presentes.

Se debe de recomendar mucho reposo en cama, suspendiendo las actividades domésticas y profesionales, comunicándole que necesitamos de mucha paciencia de su parte y acudir con su obstetra ante cualquier anomalía para que su médico detecte la aparición de alguna complicación que pudiera estar presente y que pudieran dar lugar a un nacimiento prematuro.

2.10 Tratamiento

Según el Dr. Eduardo Núñez Maciel (1988) actualmente se prefiere la interrupción del embarazo por vía vaginal de acuerdo a la evolución espontánea del trabajo de parto, siempre y cuando las condiciones lo permitan.

Se han dejado abandonadas las maniobras para la atención del parto, pero se encontrarán presentes de acuerdo a las condiciones obstétricas en las que se encuentre la paciente. Si llega en trabajo de parto avanzado se tendrá que atender con todas las complicaciones que pueden estar presentes; se realizará una episiotomía amplia y se atenderá el parto de cada producto de acuerdo a la presentación en que se encuentre cada uno. Se deberá tener presente que la paciente necesita una buena administración de analgesia.

Debemos de tener presente que generalmente son productos de bajo peso por lo que se necesita la atención hacia los productos de un pediatra.

2.11 Riesgos post- parto

Según el Dr. Eduardo Núñez Maciel (1988) la extracción o expulsión lleva consigo riesgos tanto en los productos y como hacia la madre.

a) Hacia los productos. Lesión de productos por maniobra, descompresión brusca, si la presentación es pélvica puede existir morbi-mortalidad con gran probabilidad.

b) Hacia la madre. Desprendimiento de placenta por descompresión brusca y atonía uterina, la cual es una complicación que se encuentra presente por agotamiento y distensión de la musculatura uterina, por lo que se realizaran todas las indicaciones y maniobras para lograr la contracción del útero en caso de no tener una respuesta positiva se debe realizar una histerectomía obstétrica.

Según Félix Ramírez Alonso (1980) existe una duración media de la gestación en el humano que se encuentra alrededor de 40 semanas completas de gestación o referente a 280 días, pero se le denomina de término a partir de las 38 semanas de gestación, pero si se presenta un T de P antes de estas semanas se le denomina pretermino.

3. PARTO PRETERMINO

Según J. A. Usandizaga P. de la Fuente (1990) se considera que es el nacimiento del o los productos antes de la semana 37 de gestación y cuando el o los productos presentan un peso menor de 2500g.

3.1 Definición

Aquel trabajo de parto en el que ocurre el nacimiento después de las 22 semanas de gestación y antes de las 37 semanas completas de gestación.

3.2 Etiología

Las causas o factores que se encuentran relacionadas con el desencadenamiento pretermino del trabajo de parto según J.A. Usandizaga P. de la Fuente (1990) se clasifican en tres grupos como son:

3.2.1 Factores maternos:

a) Generales

- Infecciones
- Enfermedades endocrinas y metabólicas
- Cardiopatías, nefropatías, hipertensión, anemias

b) Locales

- Malformaciones uterinas

- Incompetencia ístmico- cervical

- Tumores uterinos

- Sobredistención uterina

c) Accidentes maternos

- Traumatismos

- Operaciones quirúrgicas

- Actividad sexual

- Agotamiento por estrés (trabajo)

- Factores psíquicos

d) Hábitos tóxicos

- Tabaco

- Alcohol

- Drogas

3.2.2 Factores ovulares

a) Fetales

- Embarazo múltiple
- Malformaciones congénitas
- Presentaciones anómalas

b) De los ajenos

- Rotura prematura de membranas
- Desprendimiento prematuro de placenta
- Placenta previa
- Insuficiencia placentaria
- Polihidramnios

3.2.3 Factores ambientales

- Edad materna (inferior a 20 años y superior a 35)
- Malas condiciones socioeconómicas
- El Trabajo
- Estado nutricional
- Asistencia prenatal

3.3 Epidemiología

Existen tres eventos obstétricos que dan lugar un parto pretermino los cuales se clasifican en:

- Espontáneos los cuales representan un 40 - 45% y aquellos que son consecuencia de una ruptura prematura de membranas el 25-30%.

- Los inducidos por razones obstétricas ocupan un porcentaje de 30-35%; como un deterioro del medio intrauterino por infecciones, retraso del crecimiento intrauterino o peligro significativo de la salud materna en la pre-eclampsia y cáncer.

- Los que se encuentran basados en la edad gestacional representan el 5% de los preterminos se producen antes de las 28 semanas constituyendo la prematuridad extrema, el 15% entre la semana 28-31 (prematuro severo), el 20% entre las 32-33 semanas (prematuro moderada), y 60-70% entre las 34 -36 semanas.

3.4 Diagnóstico

Podemos tener en cuenta una serie de datos que nos indique un parto pretermino dentro de los cuales se encuentran los siguientes disponibles en <http://www.slideshare.net/malaverry/parto-pretermino-presentación>:

- Antecedentes de parto pretermino

- Antecedentes de natimuertos

- Edad, gravidez y paridad de la gestante

- Edad gestacional

- Peso de la gestante
- Altura uterina
- Irritabilidad uterina
- Monitoreo (LCR y movimientos fetales)

3.4.1 Cuadro clínico

Debemos de basarnos en signos y síntomas que nos determinen un trabajo de parto:

- Dolores tipo menstruales
- Dolor en la espalda baja
- Presión abdominal
- Presión pélvica
- Cólico abdominal (con o sin diarrea)
- Aumento o cambio de la secreción vaginal
- Contracciones uterinas indoloras

3.5 Medidas preventivas

Según J. A. Usandizaga P.de la Fuente (1990) debemos de tomar en cuenta tres cosas:

-Identificar la gestante con riesgo

-Realizar un tratamiento de las causas relacionadas con el desencadenamiento prematuro del parto.

-Diagnosticar y tratar adecuadamente la amenaza del parto pretermino.

Una vez identificada la gestante con riesgo e identificados los factores relacionados con este, se deberá indicar la reducción de ejercicio físico e incluso será indica el reposo o modificar las condiciones de trabajo; mencionarle los efectos negativos que causa el consumo del tabaco, alcohol o drogas y así mismo orientarle sobre una alimentación que se considera apropiada.

Así de igual forma es necesario comunicarle a la gestante los signos que puede presentar para que se desencadene el trabajo de parto pretermino, para que cuando alguno de estos se encuentren presentes acuda rápidamente al hospital.

3.6 Tratamiento

Se recomiendan algunos cuidados y fármacos, los cuales pueden mejorar algunos signos y síntomas de una amenaza de parto pretermino extraído el 29 de Febrero,2011 disponible en <http://www.slideshare.net/malaverry/parto-pretermino-presentación>, los cuales se mencionan a continuación:

a) Reposo en cama

b) Hidratación-sedación

c) Progesterona

d) Tocolíticos como son:

- Beta 2 adrenérgicos: isoxuprina, terbutalina

- Sulfato de Magnesio

- Inhibidores de la síntesis de prostaglandinas

- Bloqueadores de canales de calcio

- Antagonistas de la oxitócina

- Liberadores de óxido nitroso

3.7 Complicaciones

El trabajo de parto pretermino se encuentra como una de las principales causas de mortalidad neonatal a nivel mundial, encontrándose una similaridad entre los países desarrollados a los que se encuentran en vía de desarrollo.

El principal factor para determinar si el neonato cuenta con un pronóstico positivo es dependiente a la edad gestacional antes de las 29 semanas, el sexo de los bebés también es un factor ya que en los niños la tasa de mortalidad aumenta el doble en comparación a las niñas; los productos de un embarazo gemelar representan una mortalidad de 3 a 4 veces mayor a la que representa un embarazo simple y después de estas el peso pasa a ser el factor que lo determinara.

Después de las 29 semanas de gestación el factor que determina un pronóstico positivo es el peso en la sobrevivencia de el o los productos, ya que un recién nacido con un peso menor de 1500 g tiene una probabilidad de muerte de 200 veces durante su primer año de vida en comparación del que nace con un peso mayor de 2500g.

Los recién nacidos que sobreviven tienen 10 a 20 veces más posibilidad de sufrir daño neurológico con retardo mental; puede presentar alteraciones visuales, auditivas, enfermedades crónicas pulmonares y convulsiones.

Así también los padres sufren ya que nunca estarán preparados para un parto pretermino, con ansiedad en la posibilidad de sobrevida, en su calidad de esta que les ocasiona un sentimiento de culpa y depresión en ellos.

Existen diferentes mecanismos que pueden desencadenar un trabajo de parto dentro de los cuales se encuentra que la distensión del útero y el cérvix aumentan la contractilidad uterina, así como el tamaño del feto y sus movimientos bruscos dan lugar a distensiones intermitentes de la musculatura lisa de la pared uterina, extraído el 29 de Febrero, 2011 disponible en

<http://www.monografias.com/trabajo82/embarazomultiple/embarazomultiple2>.

4. SOBREDISTENCIÓN UTERINA

Se considera que es un fuerte estímulo para generar contracciones uterinas que pueden modificar el cuello uterino que sumado con otros factores pueden dar origen a un Trabajo de Parto Prematuro que ponga fin al embarazo en presencia de bebés pequeños e inmaduros.

4.1 Definición

La sobredistención del útero es la dilatación excesiva del útero debido a la gran cantidad de líquido amniótico o a un bebé grande, especialmente con un peso mayor de 4kg, en el embarazo múltiple debido a más de una placenta, extraída el 29 de Febrero, 2011 disponible en <http://isacurandera.blogspot.com/2009/07/hemorragia-post.hyml>.

4.2 Etiología

Como ya se mencionó anteriormente la sobredistención de útero puede estar presente en:

- Embarazos múltiples (presencia de dos placentas o por los dos fetos)
- Presencia de hidramnios durante el embarazo
- Embarazo con producto macrosómico (peso mayor a 4kg)

4.3 Diagnóstico

Para realizar un diagnóstico de la presencia de una sobredistención uterina debemos de tomar en cuenta ciertos puntos como pudiera ser:

- Útero muy crecido, tomando en cuenta la fecha probable de parto
- La presencia de un embarazo múltiple
- Tener una excesiva cantidad de líquido amniótico
- La presencia de fibromas uterinos

El médico y la enfermera de acuerdo a su exploración se basa en medidas y análisis; dentro de las medidas se encuentra la medición del pubis al fondo uterino para determinar la edad gestacional que presenta la paciente.

El crecimiento del útero hacia arriba es alrededor de 4cm por mes y la medida promedio de distensión de un embarazo se encuentra alrededor de los 32cm aproximadamente

Dentro de los exámenes que pudieran determinar un tamaño anormal del útero de acuerdo a su edad gestacional es:

- USG
- Amniocentesis
- Exámenes de laboratorio

Dentro de este tenemos que tomar en cuenta la opinión de la paciente como se ha sentido en cuanto a su embarazo pudiendo mencionar algunos signos y síntomas como son:

- crecimiento excesivo de su abdomen
- cansancio o fatiga
- Edema
- Dolor en espalda
- Dolor en articulaciones de miembros pélvicos

- Mayor presencia de varices

- Malestar gastrointestinal

4.4 Tratamiento

Después de haber determinado una anomalía de su tamaño del abdomen con su edad gestacional, se puede optar por reposo en cama y tratamiento farmacológico hacia la paciente así como procurar un ambiente tranquilo para la misma.

Se puede optar por la interrupción del embarazo ya que puede condicionar daños hacia la madre posterior a el parto si se sigue con el, se debe valorar la madurez de el o los producto para tomar en cuenta el pronóstico que tan positivo o favorable puede ser si se determina este tratamiento.

Si se encuentra antes de las 34 semanas de gestación y ya se valoró la inmadurez pulmonar, se le ministra tratamiento farmacológico a la paciente que le ayude a la maduración pulmonar y posteriormente se realiza la interrupción de este.

4.5 Consecuencias

Según Gary Cunningham y otros (2005) estas pueden presentarse tanto en la madre como en el o los productos, a continuación se describen las más frecuentes:

a) Fetales.

En un embarazo pretermino

- Restricción del Crecimiento Intrauterino (RIC)

- Productos de bajo peso
- Inmadurez pulmonar
- Problemas neuronales
- Muerte

En un embarazo con producto macrosómico

- Distocia de hombro
- Producto con sobrepeso
- Producto con talla mayor a lo normal
- Presencia de hipoglucemias al nacer
- Prediabético o diabético

b) Maternas

- Parto pretermino
- Parto prolongado
- Atonía o hipotonía uterina
- Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta
- Hemorragia post- parto

- Anemia
- Choque hipovolemico
- Perdida Orgánica (útero)
- Muerte

Existen diferentes mecanismos que pueden desencadenar un trabajo de parto dentro de los cuales se encuentra que el volumen del contenido uterino pueden aumentar la contractilidad uterina, por el tamaño del feto, la presencia de más de un feto (embarazo múltiple) y la presencia de hidramnios ya que originan un aumento anormal del volumen del útero.

5. AUMENTO DEL VOLUMEN DEL ÚTERO

Las tres capas del músculo uterino van mostrando un cambio de tamaño y de volumen, porque crecen y aumentan el número de las fibrillas musculares que lo forman. Esa es la forma en que va adquiriendo más capacidad para contener al bebé, extraído el 21 de Abril, 2011 disponible en <http://bebesyembarazasos.com>.

5.1 Definición

Es el espacio ocupado en el útero por uno o más fetos, la placenta(s) y el líquido amniótico.

5.2 Etiología

El aumento del volumen del útero puede estar presente en:

- Embarazos múltiples (presencia de dos placentas o por los dos fetos)

- Presencia de hidramnios durante el embarazo (malformaciones congénitas principalmente del tubo neural)

- Embarazo con producto macrosómico (peso mayor a 4kg)

5.3 Diagnostico

Según Gary Cunningham y otros (2005) el aumento exagerado del volumen uterino que no corresponde a la edad gestacional, este aumento del tamaño del útero ocasionan muchos signos y síntomas a la embarazada como son:

a) Molestias de tipo mecánico.

-cansancio

-Edema

-Síndrome de compresión de la vena cava o de hipotensión supina

b) Mayores alteraciones del tubo gastrointestinal.

-Gastritis

-Pirosis

-Regurgitaciones

-Mayor distensión intestinal

-Tránsito intestinal lento

-Estreñimiento

-Hemorroides

c) Insuficiencia venosa

-Más varices

-Edema de miembros inferiores

-Edema de vulva

-Paresia

-Parestesias

-Mayores estrías

-Mayor dificultad para la deambulación

El diagnóstico se basa en los datos clínicos y se apoya en:

-La ultraecografía. Nos muestra el exceso de líquido amniótico midiéndose por medio del índice "Phelan" que consiste en medir las partes en donde se encuentra mayor líquido amniótico y se suman, sacando un promedio, para calcular el líquido amniótico que hay; encontrar la presencia de un embarazo múltiple o alguna malformación congénita.

-Estudio radiológico del contenido uterino. En el que se observa un menor contenido del esqueleto fetal a los rayos X y una mayor separación de las paredes fetales al contenido uterino; además se pueden destacar anomalías fetales, anencefalia, hidrocefalia y también un embarazo múltiple

-Se realiza la medición del fondo uterino (va a mostrar una medición mayor a la edad gestacional)

5.4 Tratamiento

Según Gary Cunningham y otros (2005) no se cuenta con un tratamiento específico para prevenir el aumento del volumen del útero. Pero pueden recomendarse algunas medidas paliativas como son:

- Reposo en cama (en decúbito lateral izquierdo)

- Vendaje compresivo de miembros inferiores

-Disminución en la ingesta de líquidos

-Ingesta de diuréticos naturales

-Sedación

-Dieta hiposódica

Además de monitoreo de movimientos fetales, frecuencia cardíaca fetal y actividad uterina, así como detectar una ruptura prematura de membranas que pudiera ser por presencia de líquido transvaginal.

En el embarazo a término se puede indicar la amniocentesis que consiste en la extracción de líquido amniótico por medio de una punción con un trocar en vía abdominal, en la línea media, 3cm por debajo de la cicatriz umbilical con la vejiga vacía a través de un catéter de polietileno; no debe extraerse más de 500ml y se debe de tomar en cuenta que se puede desencadenar un T de P.

Durante el trabajo de parto es recomendable el empleo de oxitócina para ayudar a la contractilidad uterina y después del parto para evitar hemorragias ocasionadas por una hipotonía uterina.

5.5 Consecuencias

Según Gary Cunningham y otros (2005) estas pueden ser tanto fetales como maternas:

a) Fetales.

- Productos de pretermino
- Productos inmaduros
- Productos de bajo peso
- Problemas neuronales
- Productos con malformaciones congénitas
- Prolapso del cordón

- Muerte

b) Maternas

- Partos pretermino

- Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI)

- Malas presentaciones

- Hipotonía o Atonía uterina

- Hemorragia

- Anemia

- Choque hipovolemico

- Perdida orgánica (útero)

- Muerte

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la frecuencia con la que se presenta un trabajo de parto pretermino en un embarazo gemelar por la sobredistención del útero y el aumento de volumen uterino.

Objetivos específicos

- Conocer cuando es considerada sobredistención del útero en un embarazo gemelar
- Conoce las cifras estándar del volumen del contenido uterino en un embarazo gemelar
- Conocer la frecuencia de trabajos de parto pretermino presentes en embarazos gemelares.
- Determinar si la sobredistención uterina desencadena el trabajo de parto pretermino en el embarazo gemelar.
- Determinar si el aumento del volumen del contenido uterino desencadena el trabajo de parto pretermino en el embarazo gemelar.
- Conocer si la sobredistención uterina es única del embarazo gemelar.

HIPÓTESIS

La sobredistención del útero y el aumento del volumen uterino en frecuencia son un factor condicionante de trabajo de parto pretermino en un embarazo gemelar.

JUSTIFICACIÓN

El embarazo es un estado fisiológico singular pasajero en una mujer, ya que lo habitual en la especie humana es el desarrollo de un feto en cada gestación, pero en este la gestación de dos fetos; desencadenando este estado riesgos desde la fecundación hasta el nacimiento, tanto para la madre como para los productos.

En un embarazo se lleva una serie de cuidados para que este llegue a su término, pero en el embarazo gemelar estos aumentan por el riesgo de que en su mayoría se presenta un trabajo de parto pretermino por el contenido de dos productos, consecuencia de la sobredistención del útero y un aumento en la cantidad de líquido amniótico. Por consiguiente ocasionando aumento en la tasa de mortalidad de las mujeres y de los productos durante el trabajo de parto o de la mujer durante el puerperio y los productos después de su nacimiento debido a la prematurez que presentan.

Con frecuencia los embarazos gemelares no llegan a término desencadenando una incidencia mayor de partos pretermino, lo cual en este trabajo se presenta un enfoque en determinar la frecuencia con lo que se presentan estos trabajos de parto pretermino a consecuencia de la sobredistención del útero y el volumen del contenido, para poder presentar una propuesta para disminuir su frecuencia y la mortalidad tanto para la madre como para los productos. Ya que este puede llegar a término obteniendo dos productos de peso normal, dando a conocer a la madre los cuidados y los riesgos durante su embarazo, pero un aumento de estos durante el último trimestre, así obteniendo una respuesta positiva.

Todo esto inmerso en la participación de enfermería para la prevención y promoción de la salud en un embarazo gemelar sano.

METODOLOGÍA

La metodología de la investigación es el estudio realizado a través de métodos mediante una investigación, el cual es cualitativo debido a que se centra en los fenómenos y en la comprensión de los mismos.

TIPO DE ESTUDIO

Existen varios tipos de investigación como son:

La básica, pura o fundamental la cual busca el progreso científico, que los conocimientos que ya tenemos se hagan más extensos; ya que está basada en técnicas en teorías y busca hacer leyes, es formal y general.

La aplicada la cual está completamente relacionada en la básica, dependiendo de los descubrimientos y avances de la básica. Va utilizar y aplicar los conocimientos así como busca hacer, conocer, construir, modificar, actuar, etc.

La documentada o bibliográfica es aquella que se hace a través de la consulta de documentos (libros, revistas, periódicos, memorias, anuarios, registros, códigos, constituciones, etc.

La directa o de campo es la que se efectúa en el lugar y tiempo en que ocurren los fenómenos del objetivo.

La mixta es aquella que está formada en la investigación de campo y la investigación documentada.

Existen también dos tipos de mediciones:

La cualitativa: debido a que está centrada en los fenómenos y en la comprensión de los fenómenos.

La cuantitativa: Tiene inducción probabilística del fenómeno.

De acuerdo a lo anteriormente mencionado podemos decir que la investigación presente es de tipo documentada o bibliográfica de medición cualitativa; debido a que existe una recopilación de información de libros de medicina y de tipo cualitativo porque su investigación se basa en los fenómenos y en la comprensión de los mismos.

SUJETOS A ESTUDIAR

Son las personas sobre las cuales llevare a cavo mi investigación acerca del embarazo gemelar, de las cuales serán médicos tanto internos, generales como especialistas (Ginecólogos) debido a que considero son los correspondientes en conocimientos y experiencia de casos observados acerca del tema ha investigar.

Universo

La investigación será efectuado como ya se menciono anteriormente en los médicos del hospital de Nuestra Señora de la Salud el cual se encuentra en el estado de Michoacán, en la ciudad de Morelia, ubicado en la colonia centro, en la calle Ignacio Zaragoza numero 276; el cual es un hospital de beneficencia privada.

Según la organización mundial de la salud se define como parte integrante de una organización médica y social, cuya misión es proporcionar a la población asistencia médica y sanitaria tanto curativa como preventiva.

Se considera un hospital grande por el número de camas con las que cuenta, de acuerdo a su localización geográfica se le considera urbano, de dependencia privada, de acuerdo a sus servicios que presta a la población se le considera especializado, por su construcción es horizontal en forma de "G".

El hospital de nuestra señora de la salud cuenta con servicios en Consulta Externa, Urgencias, el área de Obstetricia, Medicina Interna Mujeres y Hombres, Cuneros, UCIN, Psiquiatría, la Unidad Tocoquirúrgica, Quirófano, Neurocirugía Hombres, Clínica Privada, Hemodiálisis, Unidad de Terapia Intensiva y Pediatría.

Muestra

La muestra de la población fueron 30 personas ya que fue el dato arrojado con la aplicación de la fórmula para población finita y datos cualitativos.

Con la aplicación de veinte pruebas piloto, por medio de la fórmula siguiente:

$$n = \frac{Z^2 pqN}{e^2 N + Z^2 pq}$$

Significado de valores:

n = Tamaño de muestra

Z = Consecuencias del tamaño de muestra

e = Margen de error aceptado

p = Probabilidad de éxito

q = Probabilidad de fracaso

N = Tamaño de la población

Sustitución

n = ?

Z = 1.96

e = 0.05

p = 17 / 20 = 0.85

q = 3 / 20 = 0.15

N = 35

Desarrollo de la formula:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.85) (0.15) (36)}{(0.05)^2 (38) + (1.96)^2 (0.85) (0.15)}$$

$$n = \frac{(3.8416) (0.85) (0.15) (36)}{(0.0025) (36) + (3.8416) (0.85) (0.15)}$$

$$n = \frac{17.632944}{0.09 + 0.489804} = \frac{17.632944}{0.579804} = 30.41 = 30$$

CONFIABILIDAD Y VALIDEZ

Por medio de una técnica aleatoria simple.

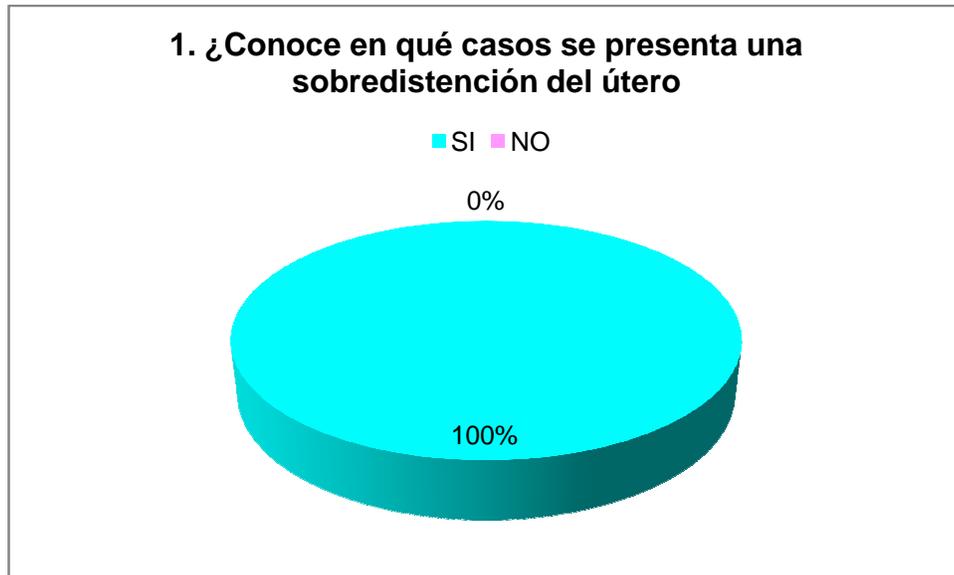
Debido a que el instrumento usado se valida mediante un pilotaje previo y con una confiabilidad basada en las diferentes teorías en las que me base para formar el marco teórico.

TÉCNICAS UTILIZADAS

La técnica utilizada fue mediante encuestas dirigidas a los médicos internos, generales y especialistas (Ginecólogos), debido a que se considero que dentro del área de la salud tienen más conocimientos acerca del tema a tratar y el acercamiento para con la paciente que requiere de una previa interrogación y una exploración para determinar un diagnostico, los resultados se mostraran representados en gráficas.

RESULTADOS DE ENCUESTA

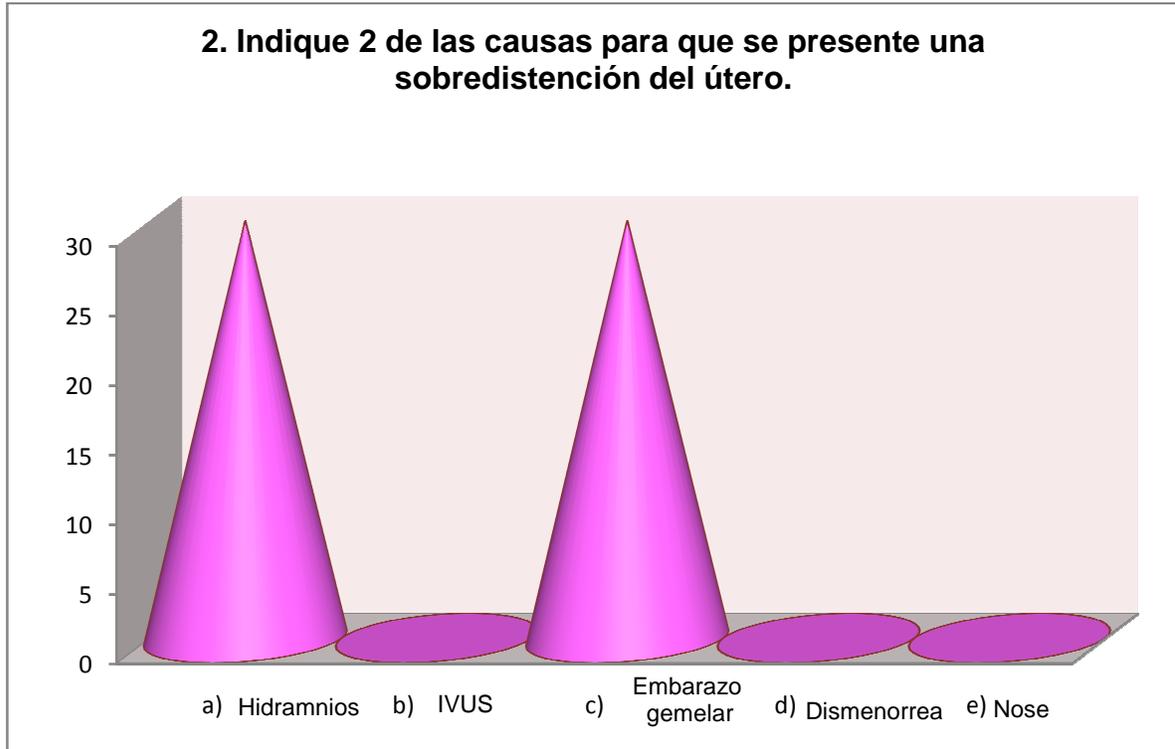
Gráfica 1



Descripción. La gráfica representa que el 100% de los médicos respondieron que si conocen en qué casos se presenta una sobredistención.

Interpretación. Por medio de la gráfica nos damos cuenta que todos los médicos conocen en qué casos se presenta una sobredistención del útero.

Gráfica 2



Descripción. En la gráfica se muestra que las dos causas que mas resaltan son los Hidramnios y el embarazo gemelar.

Interpretación. Por medio de la gráfica se muestra que de acuerdo a las encuestas los hidramnios y el embarazo gemelar son las dos causas para que se presente una sobredistención del útero.

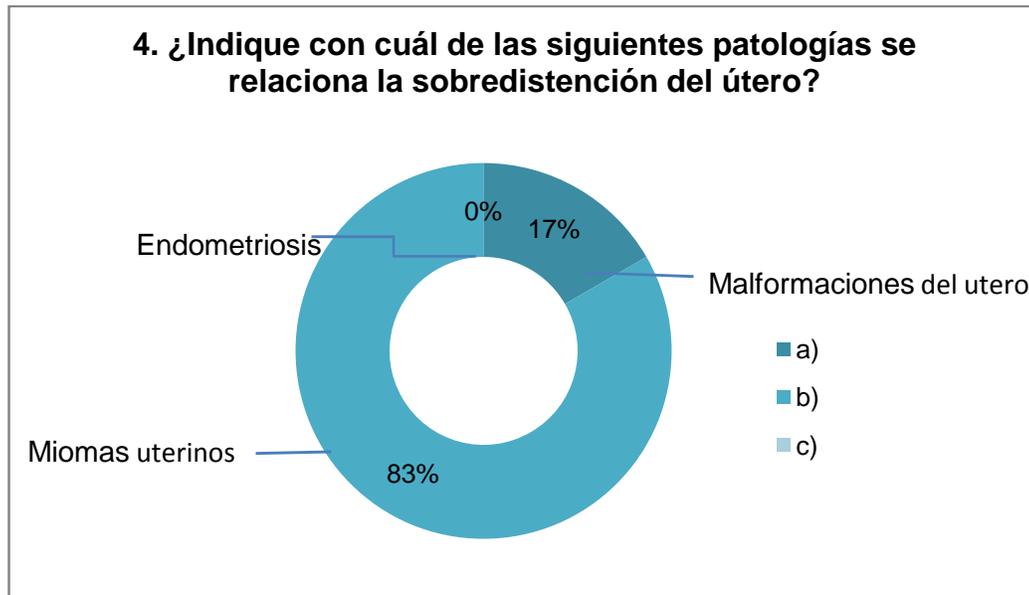
Gráfica 3



Descripción. La gráfica representa que un 90% dice que la sobredistención si, tiene relación con alguna patología, mientras que un 10% dice que no tiene relación con alguna patología.

Interpretación. De acuerdo con los resultados obtenidos representados en la gráfica, nos indica que la mayoría de los médicos dice que si tiene relación la sobredistención con alguna patología.

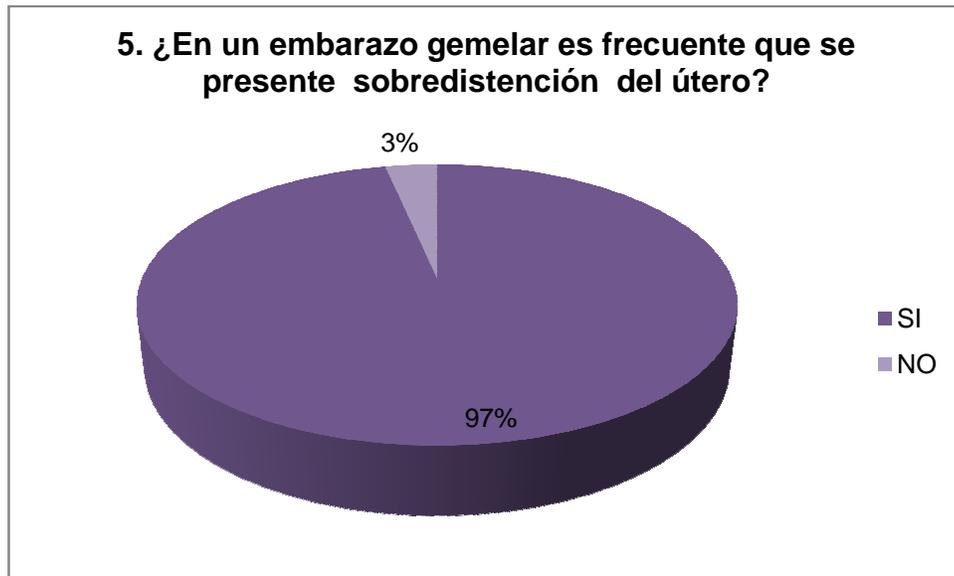
Gráfica 4



Descripción. Por medio de la gráfica un 17% indica que la sobredistención se relaciona con malformaciones del útero, mientras que un 83% indica que tiene relación con los miomas uterinos.

Interpretación. De acuerdo con los resultados obtenidos la mayoría de los médicos nos indican que la sobredistención del útero tiene mayor relación con los miomas uterinos que con las otras dos patologías mencionadas.

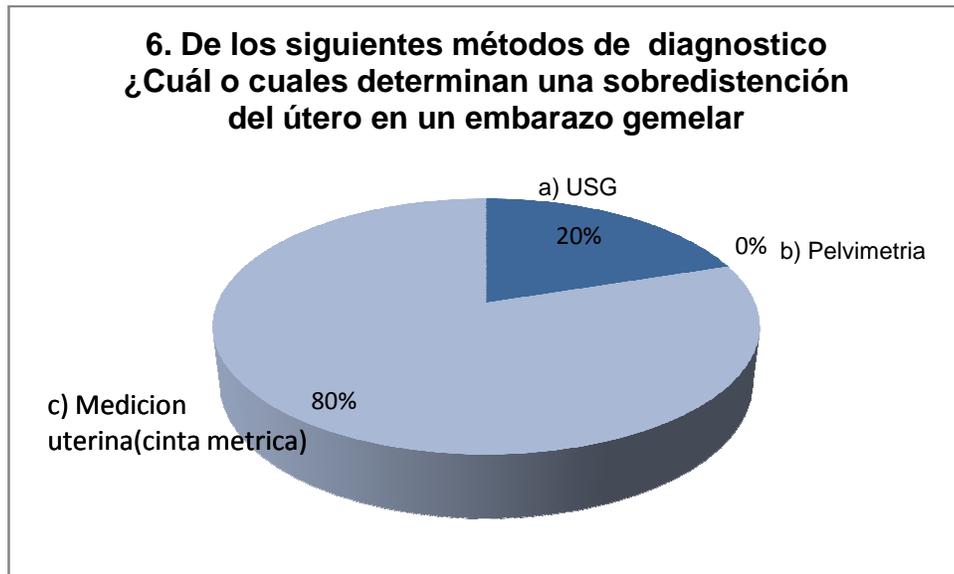
Gráfica 5



Descripción. Por medio de la gráfica se muestra que un 97% dice que si es frecuente que se presente sobredistención del útero en un embarazo gemelar, mientras que un 3% dice que no es frecuente que se presente.

Interpretación. De acuerdo con los datos obtenidos y plasmados en la gráfica, se muestra que en su mayoría de los médicos que respondieron la encuesta indican que si es frecuente que se presente sobredistención del útero en un embarazo gemelar.

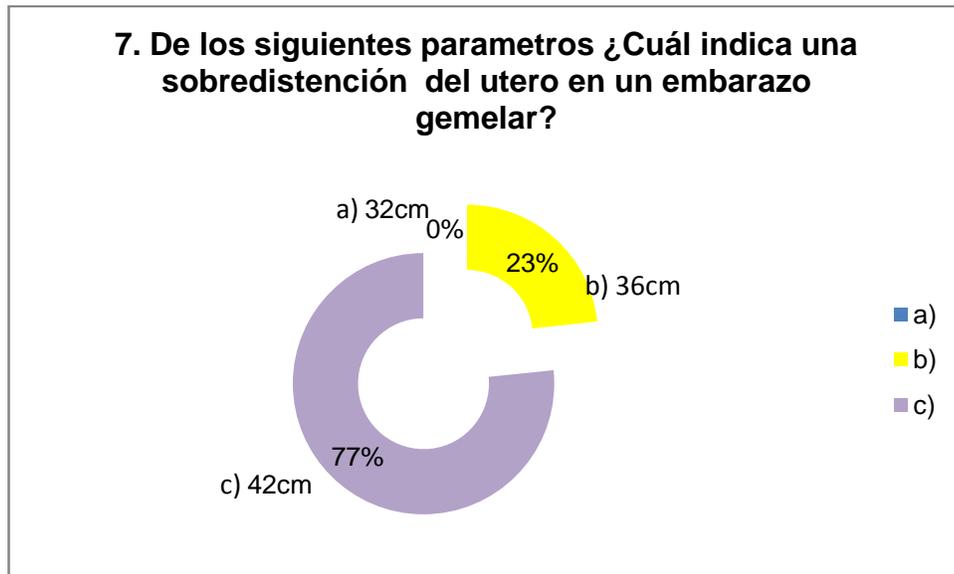
Gráfica 6



Descripción. La gráfica nos muestra que un 80% de los médicos nos indica que la medición uterina por medio de la cinta métrica es uno de los métodos de diagnóstico que determinan una sobredistención del útero en un embarazo gemelar, mientras que un 20% de los mismos nos indica que el Ultrasonografía también lo es.

Interpretación. De acuerdo con los resultados obtenidos, nos indican que el método de diagnóstico que determina una sobredistención del útero en un embarazo gemelar es la medición uterina por medio de la cinta métrica.

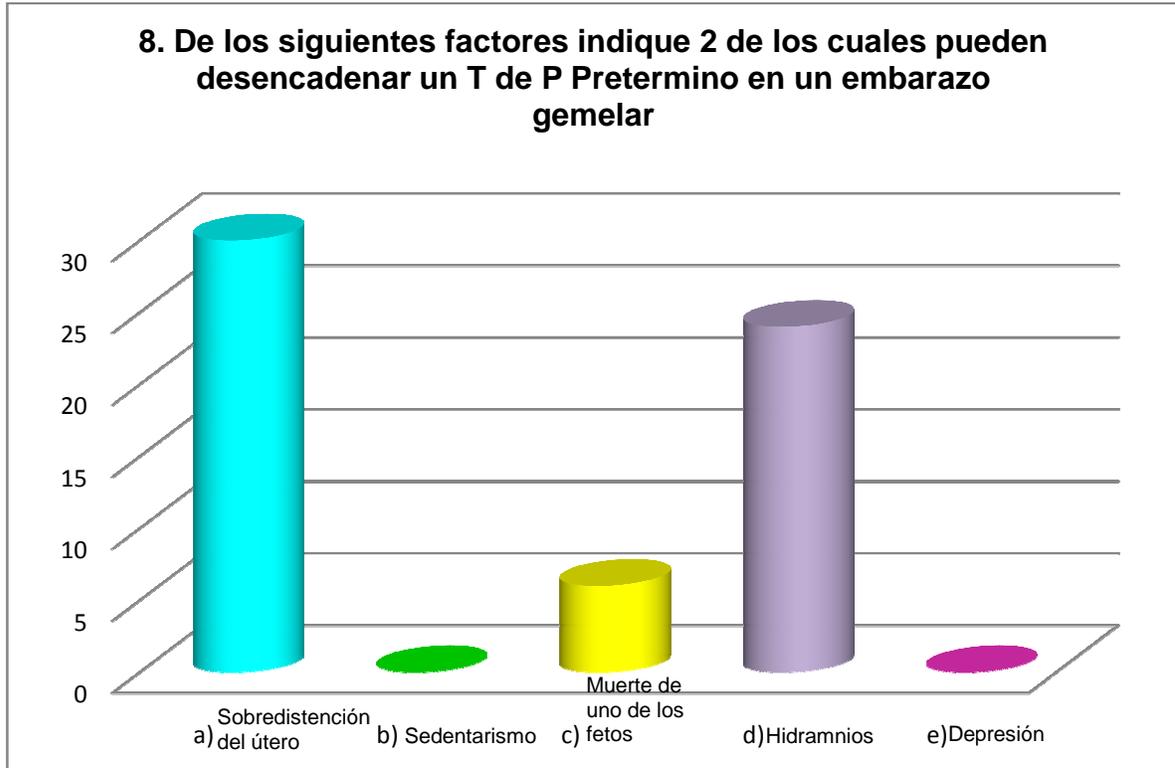
Gráfica 7



Descripción. La gráfica nos muestra que un 23% nos indico que una sobredistención del útero en un embarazo gemelar a partir del parámetro 36cm, mientras que un 77% no indica que a partir del parámetro de 42cm existe sobredistención del útero.

Interpretación. De acuerdo con los resultados obtenidos y plasmados en la gráfica el mayor porcentaje de 77% nos indica que 42cm nos indican una sobredistención del útero en un embarazo gemelar.

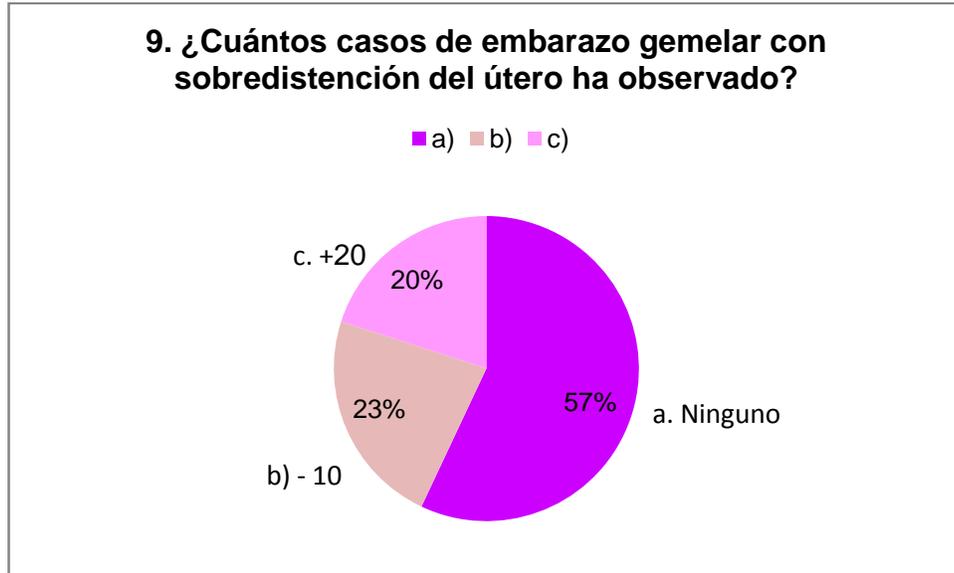
Gráfica 8



Descripción. La gráfica nos muestra que los factores que mayor puntaje tienen son la sobredistensión uterina, la muerte de uno de los fetos y los hidramnios, los cuales pueden desencadenar un T de P pretermino en un embarazo gemelar.

Interpretación. De acuerdo con los resultados obtenidos y plasmados en la gráfica, se muestra que los dos factores que pueden desencadenar un T de P pretermino en un embarazo gemelar son la sobredistensión uterina y los hidramnios.

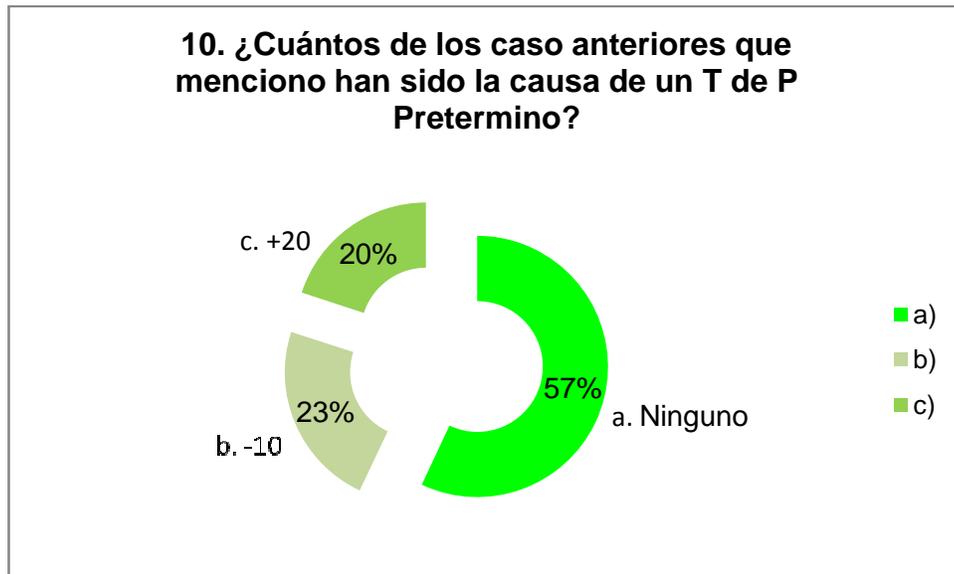
Gráfica 9



Descripción. La gráfica nos muestra que un 57% no ha visto ningún caso de embarazo gemelar con sobredistención del útero, un 23% nos indica que menos de 10 casos y un 20 nos indica que ha observado más de 20 casos.

Interpretación. De acuerdo con los resultados plasmados en la gráfica, nos muestra que la mayoría de los médicos ha observado uno de estos casos o quizá no lo observo con detalle, para darse cuenta que existía una sobredistención uterina.

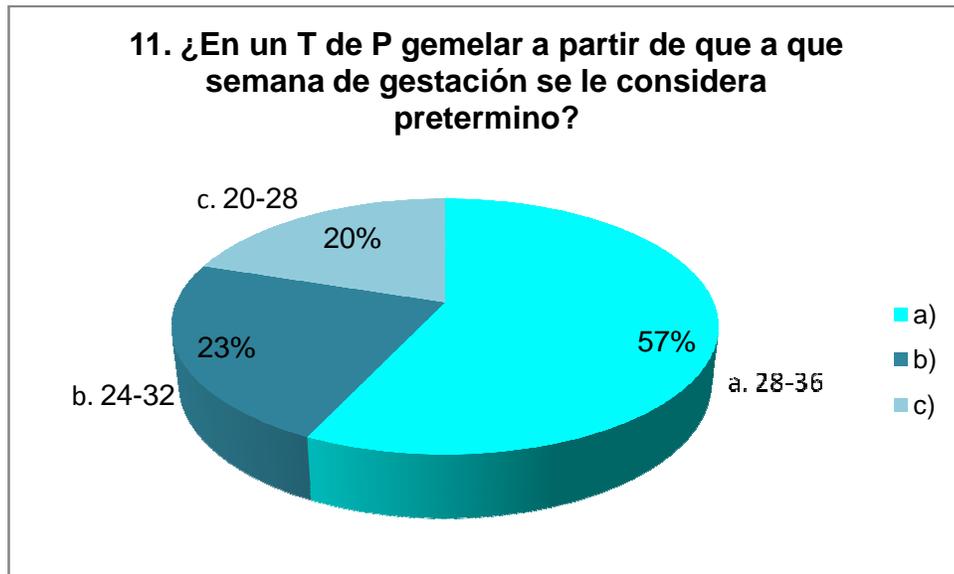
Gráfica 10



Descripción. La gráfica nos muestra que los médicos al igual que la anterior un 57% no ha observado ninguno, un 23% indica que menos de 10 casos y un 20% nos indica que más de 20 casos.

Interpretación. De acuerdo con los resultados plasmados en la gráfica se muestra que en su mayoría los médicos no han observado ningún caso de trabajo de parto pretermino en un embarazo gemelar con sobredistención uterina.

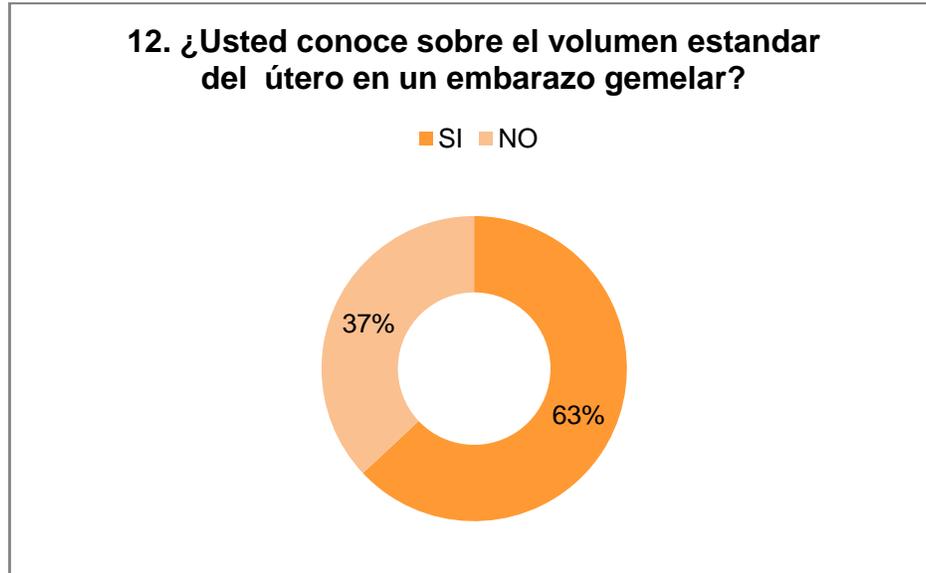
Gráfica 11



Descripción. La gráfica nos muestra que un 57% indica que un T de P gemelar es considerado pretermino de la semana 28-36 de gestación, un 23% indica que de la semana 24-32 de gestación y un 20% indica que de la semana 20 a 28 de gestación.

Interpretación. De acuerdo a los datos que se encuentran plasmados en la gráfica podemos determinar que un trabajo de parto gemelar a partir de la semana 28- 36 de gestación se le considera pretermino.

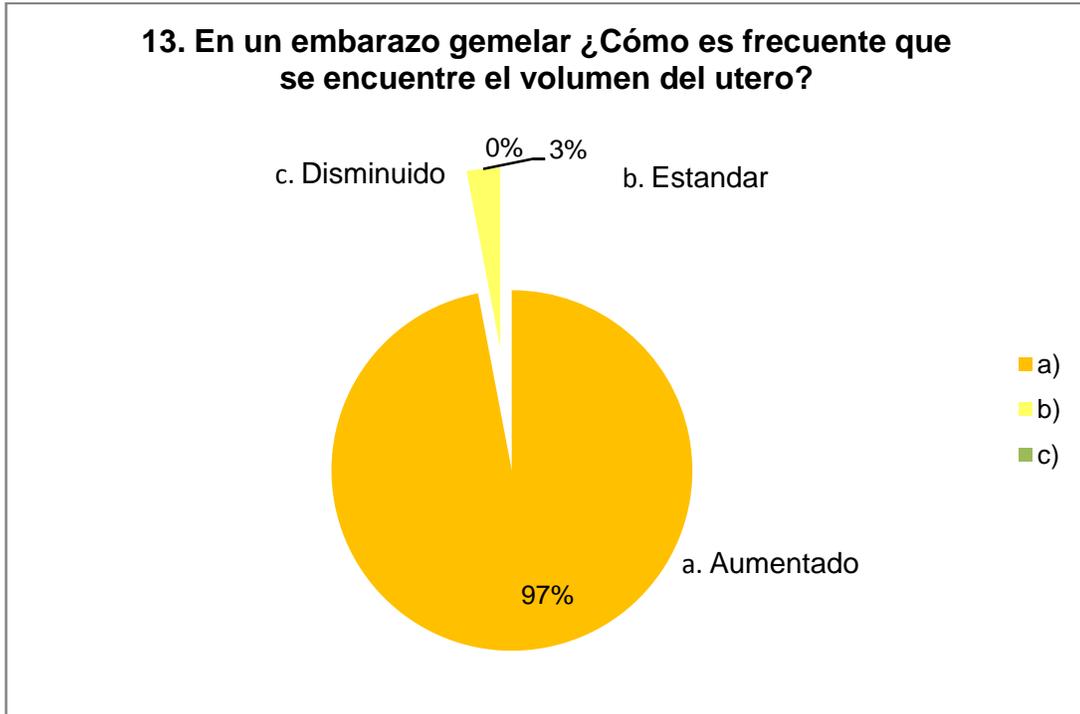
Gráfica 12



Descripción. La gráfica nos muestra que un 63% nos indica conocer sobre el volumen estándar del útero en un embarazo gemelar, mientras que un 37% dice no conocerlo.

Interpretación. De acuerdo con los datos plasmados en la gráfica podemos determinar que un porcentaje mayor indica conocer sobre el volumen estándar del útero en un embarazo gemelar.

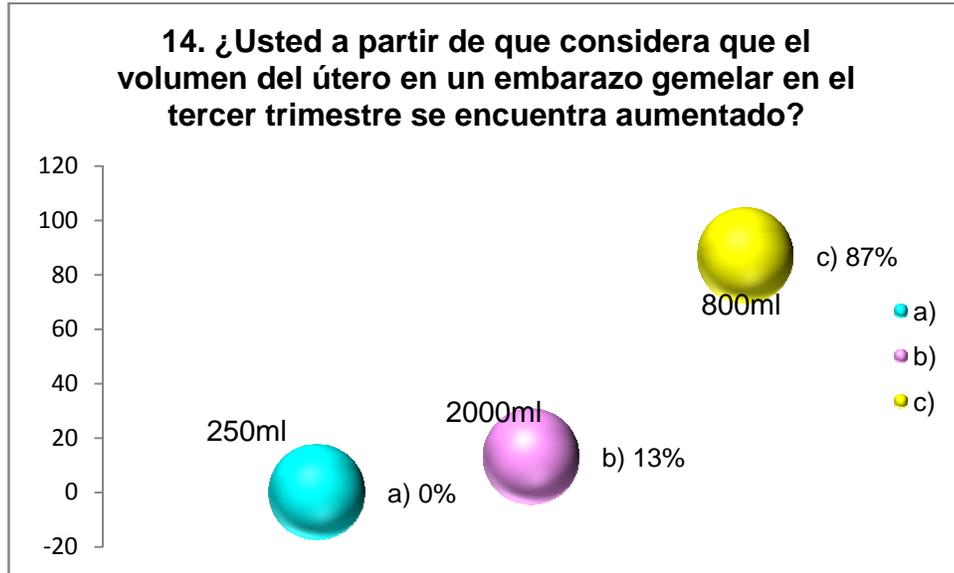
Gráfica 13



Descripción. La gráfica nos muestra que un 97% de los médicos indicaron que es frecuente que en un embarazo gemelar el volumen del útero se encuentre aumentado, mientras que un 3% nos indica que se encuentra en un volumen estándar.

Interpretación. De acuerdo con los datos obtenidos los cuales se encuentran plasmados en la tabla se puede determinar que es frecuente que en un embarazo gemelar el volumen del útero se encuentre aumentado.

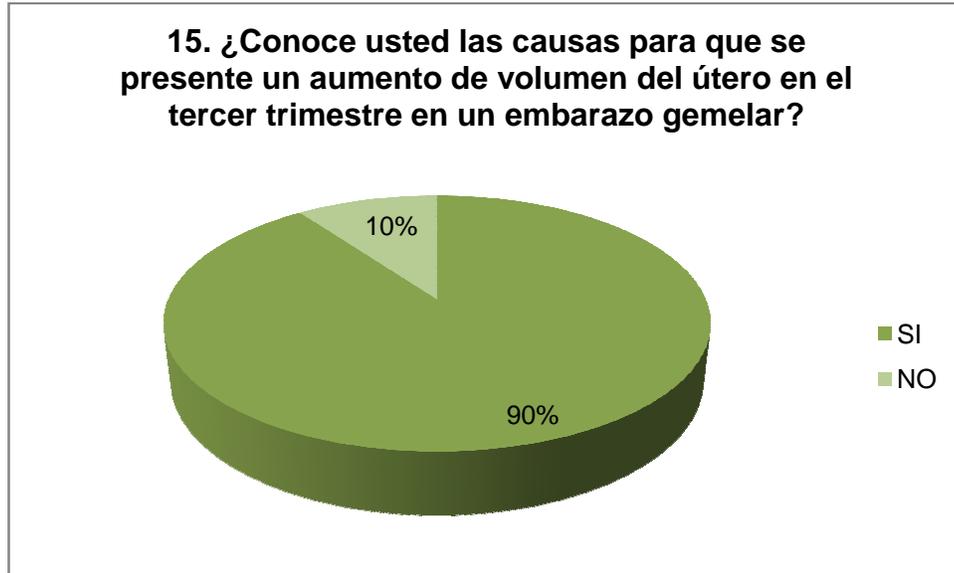
Gráfica 14



Descripción. La gráfica nos muestra que un 87% de los médicos indican que a partir de 800ml, ellos consideran que el volumen del útero en un embarazo gemelar en el tercer trimestre se encuentra aumentado, mientras que un 13% nos indica que a partir de 2000ml.

Interpretación. De acuerdo con los resultados obtenidos plasmados en la gráfica podemos determinar que a partir de 800ml se considera que el volumen del útero en un embarazo gemelar en el tercer trimestre se encuentra aumentado.

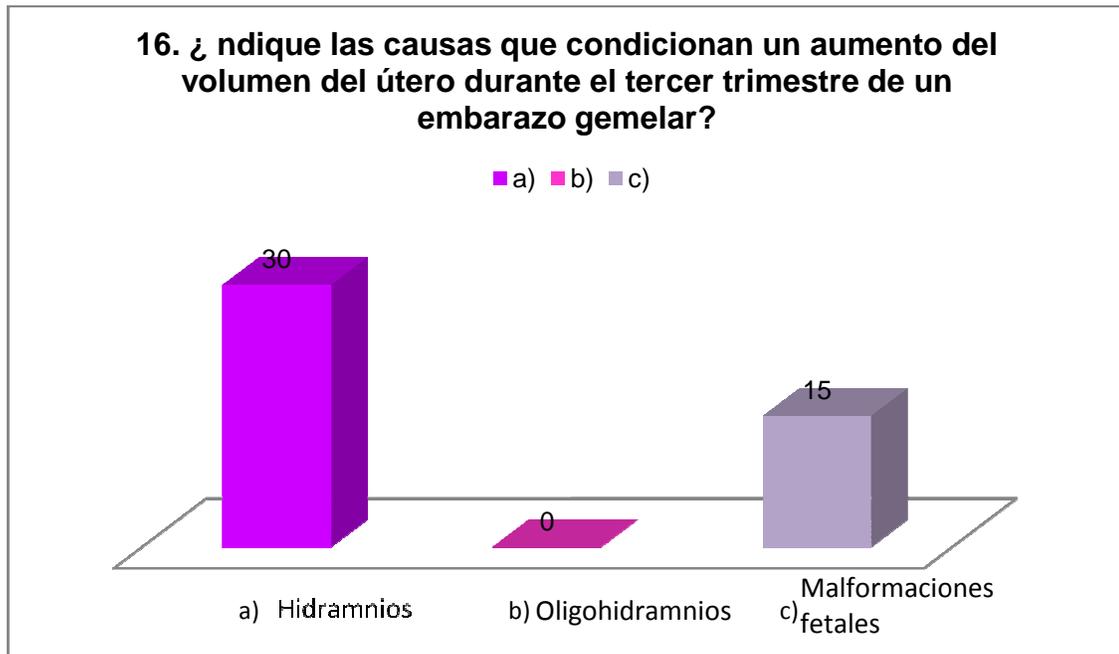
Gráfica 15



Descripción. La gráfica nos muestra que un 90% de los médicos si conoce las causas para que se presente un aumento de volumen del útero en el tercer trimestre en un embarazo gemelar, mientras que un 10% no las conoce.

Interpretación. De acuerdo con los datos obtenidos los cuales se encuentran plasmados en la gráfica podemos determinar que la mayoría de los médicos conoce las causas para que se presente un aumento de volumen del útero en el tercer trimestre en un embarazo gemelar.

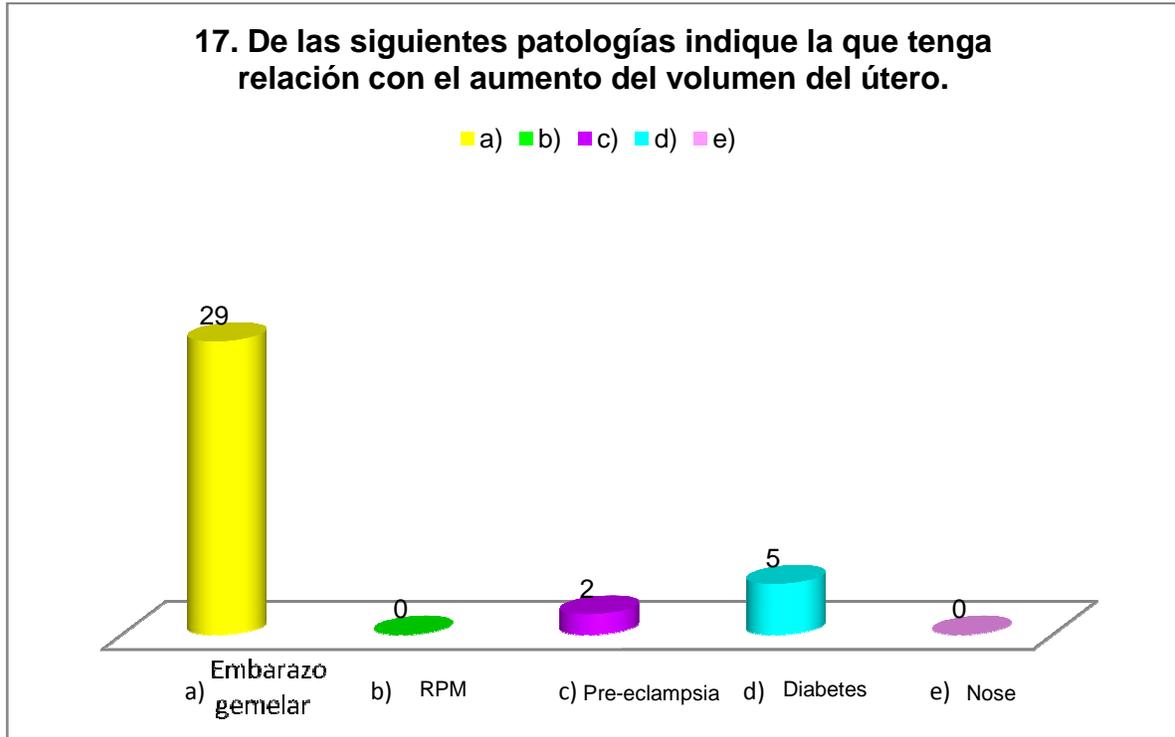
Gráfica 16



Descripción. La gráfica nos muestra que las causas más resaltantes en ella son los hidramnios indicados por 30 médicos, mientras que las malformaciones fetales indicadas con un 15% de los mismos.

Interpretación. Por medio de los datos obtenidos podemos determinar que los hidramnios y las malformaciones fetales son las causas que condicionan un aumento del volumen del útero durante el tercer trimestre de un embarazo gemelar.

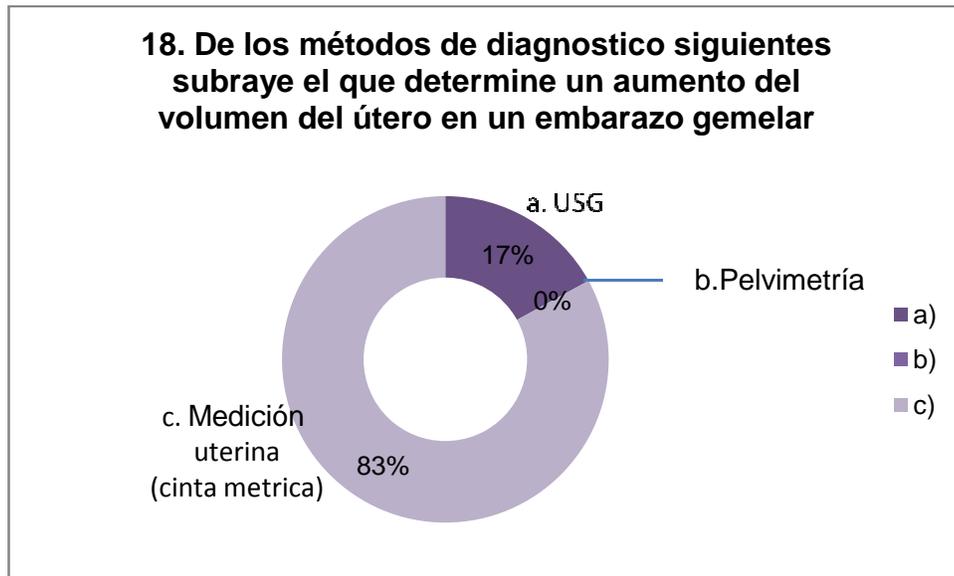
Gráfica 17



Descripción. La gráfica nos muestra que las barras mas resaltantes son el a) que indica el embarazo gemelar, el c) que indica la pre-eclampsia y el d) que indica la diabetes.

Interpretación. De acuerdo con los datos obtenidos se determina que el embarazo gemelar, la pre-eclampsia y la diabetes tienen relación con el aumento del volumen del útero.

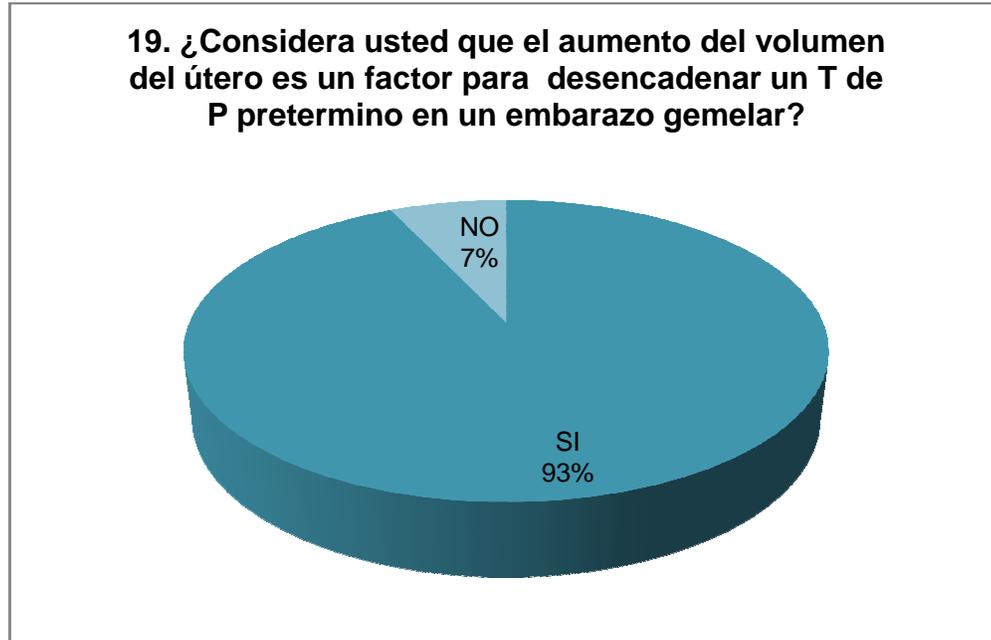
Gráfica 18



Descripción. La gráfica nos muestra que un 83% de los médicos nos indica que la medición uterina por medio de la cinta métrica es un método de diagnóstico para determinar un aumento del volumen del útero en un embarazo gemelar, mientras que un 17% de los mismos nos indica que se puede determinar por medio de la ultrasonografía.

Interpretación. De acuerdo con los resultados obtenidos y por el mayor porcentaje podemos determinar que la medición uterina por medio de la cinta métrica es el método de diagnóstico para determinar un aumento del volumen del útero en un embarazo gemelar.

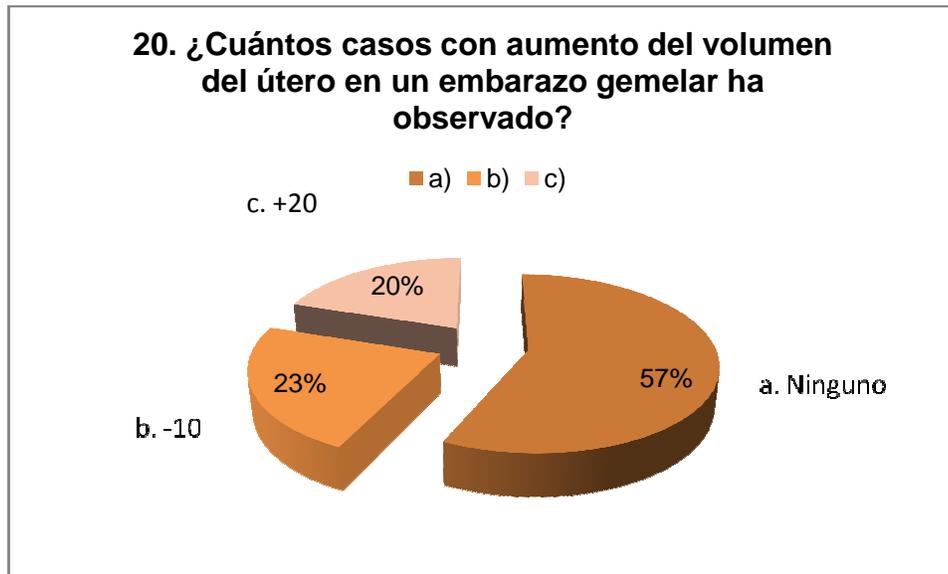
Gráfica 19



Descripción. La gráfica nos muestra que un 93% de los médicos indica si, el aumento del volumen del útero es un factor para desencadenar un T de P pretermino en un embarazo gemelar, mientras que un 7% nos indica que no es un factor.

Interpretación. De acuerdo con los resultados obtenidos plasmados en la gráfica podemos determinar que el aumento del volumen del útero es un factor para desencadenar un T de P pretermino en un embarazo gemelar

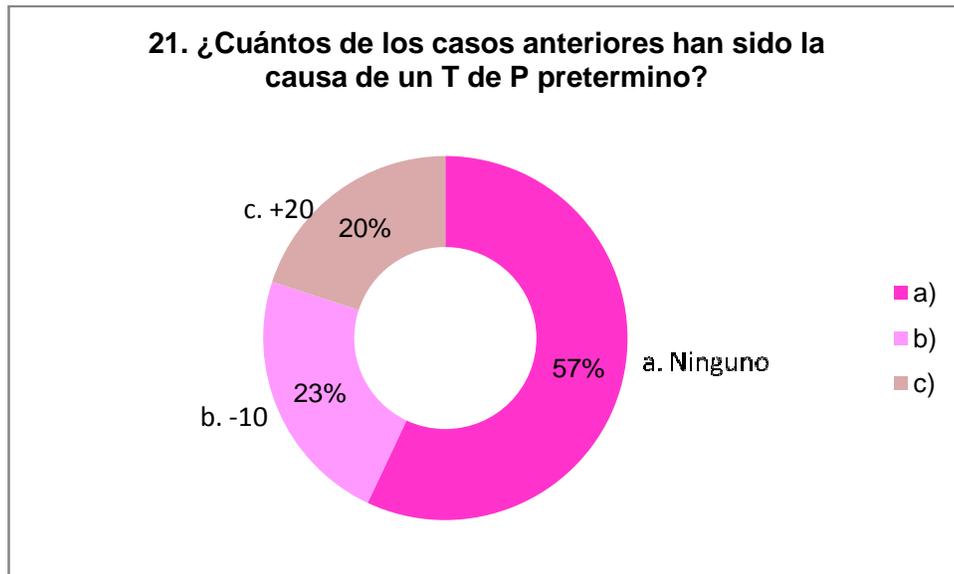
Gráfica 20



Descripción. La gráfica nos muestra que un 57% de los médicos no han observado ningún caso con aumento del volumen del útero en un embarazo gemelar, un 23% nos indica que ha observado menos de 10 casos y un 20% de ellos nos indican que han observado más de 20 casos.

Interpretación. De acuerdo con los datos obtenidos plasmados en la gráfica podemos determinar que no han observado ningún caso con aumento del volumen del útero en un embarazo gemelar.

Gráfica 21



Descripción. La gráfica nos muestra que un 57% de los médicos indican que no han observado ninguno caso de trabajo de parto pretermino en un embarazo gemelar a causa de un aumento de volumen del útero, un 23% nos indica que han observado menos de 10 casos y un 20 % nos indica que más de 20 casos han observado.

Interpretación. De acuerdo con los datos obtenidos podemos determinar que un porcentaje mayor nos indica que no han observado ninguno caso.

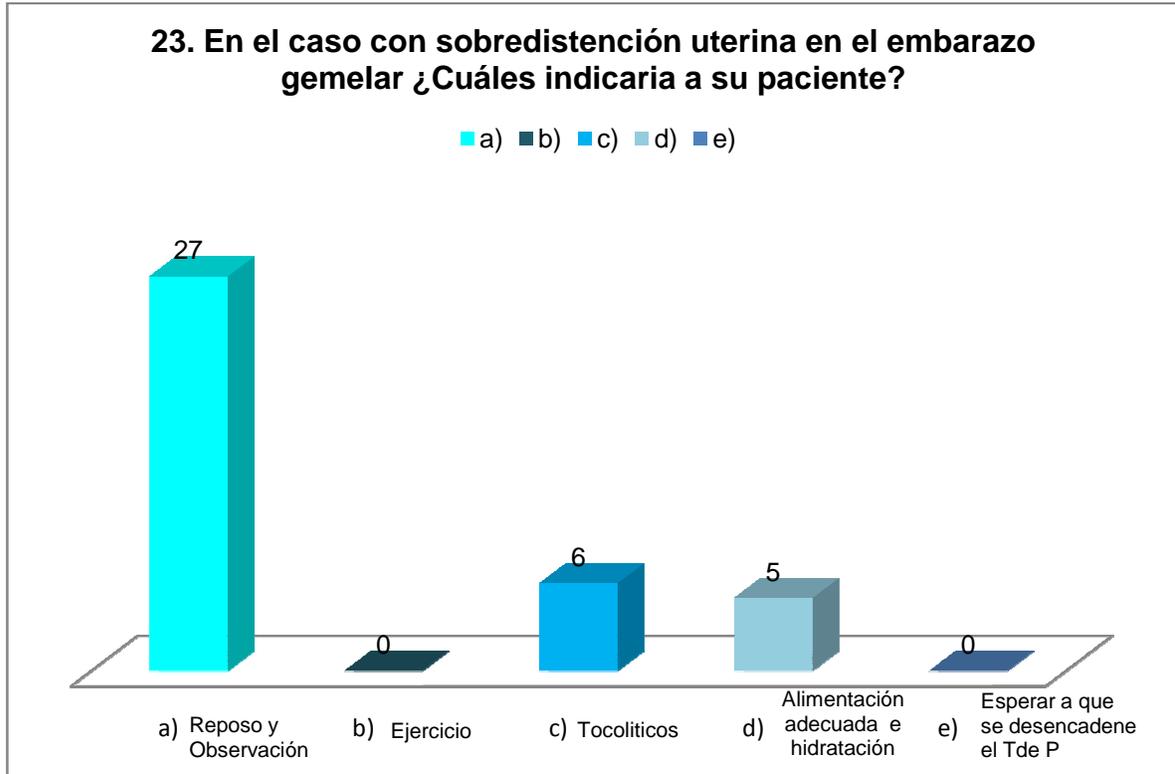
Gráfica 22



Descripción. La gráfica nos muestra que un 80% de los médicos conocen algún tratamiento para las dos alteraciones anteriormente mencionadas en la encuesta, mientras que un 20 % no conoce tratamiento alguno.

Interpretación. De acuerdo con los resultados obtenidos plasmados en la gráfica podemos determinar que un porcentaje mayor nos indica que los médicos conocen el tratamiento para ambas alteraciones.

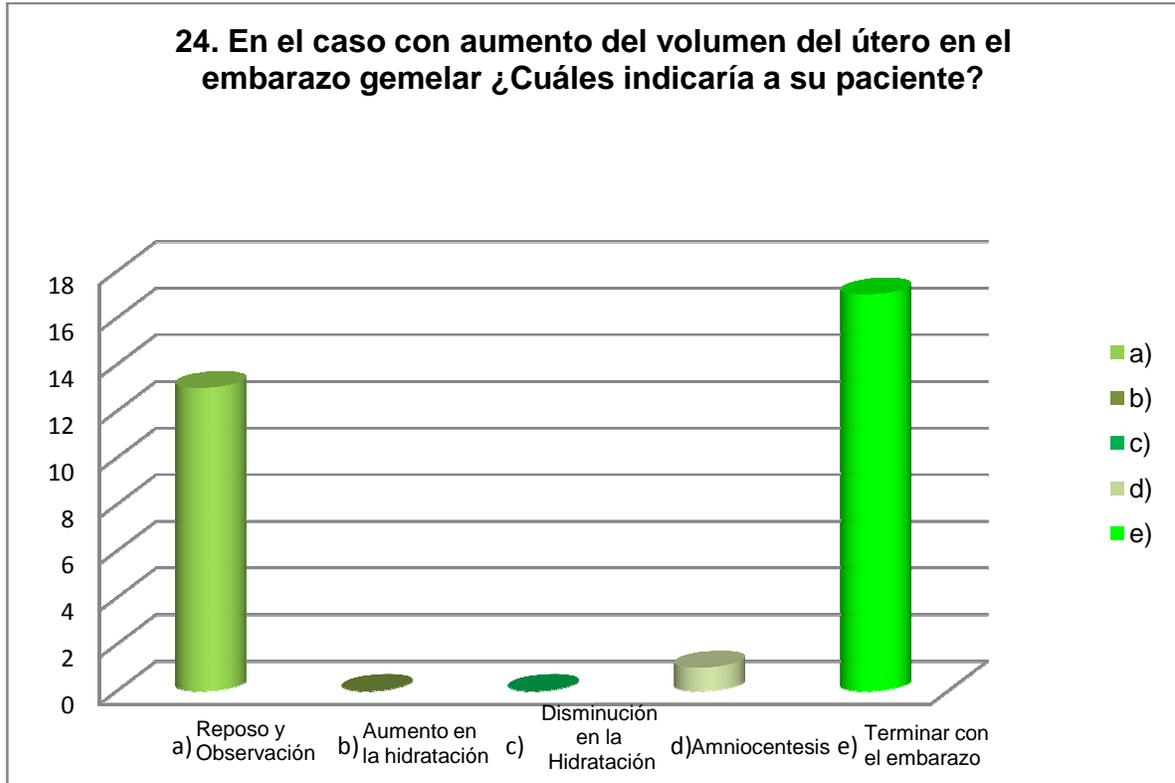
Gráfica 23



Descripción. La gráfica muestra que las indicaciones más resaltantes son el a) que es reposo y observación, el inciso c) que son los tocolíticos y el inciso d) que es alimentación adecuada e hidratación.

Interpretación. De acuerdo con los resultados obtenidos podemos determinar que el médico considera que el reposo y observación, la ministración de tocolíticos y una alimentación adecuada e hidratación son las indicaciones más convenientes para una paciente que presenta sobredistención uterina en el embarazo gemelar.

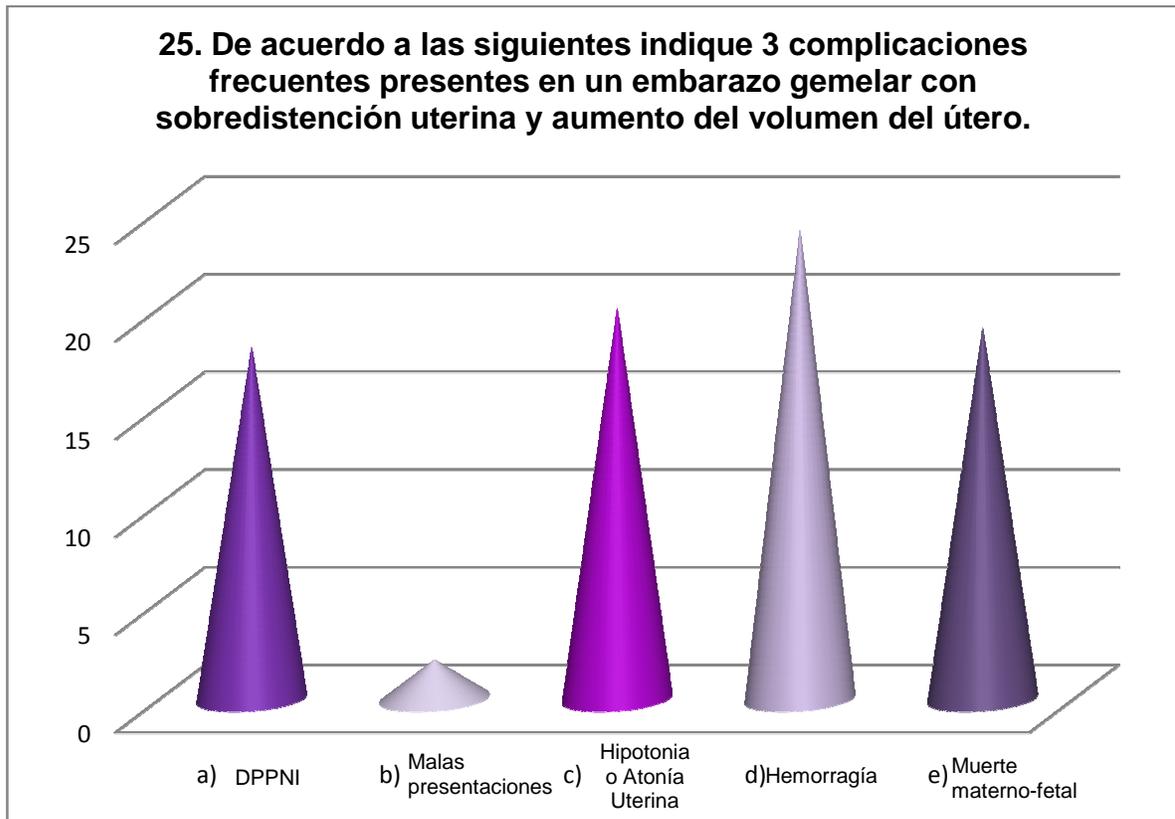
Gráfica 24



Descripción. La gráfica nos muestra que las indicaciones mas resaltantes son el a) que es reposo y observación y el inciso e) que es terminar con el embarazo.

Interpretación. De acuerdo con los datos obtenidos plasmados en la gráfica podemos determinar que el reposo y la observación así como terminar con el embarazo son las indicaciones que usted considera para su paciente que presenta un aumento del volumen del útero en el embarazo gemelar .

Gráfica 25



Descripción. La gráfica nos muestra que las barras más resaltantes son el a) que corresponde a el desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, el inciso c) que es hipotonía o atonía uterina, el inciso d) que es la presencia de una hemorragia y el inciso e) que corresponde a la muerte materno- fetal.

Interpretación. De acuerdo con los resultados plasmados las complicaciones más frecuentes en un embarazo gemelar con sobredistención uterina y aumento del volumen del útero son primero con un mayor porcentaje la hemorragia, la hipotonía o atonía uterina, la muerte materno- fetal y el desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.

CONCLUSIONES

En base a la investigación y a la aplicación de la encuesta podemos llegar a la conclusión de que existen frecuentes casos o casi en su mayoría de partos pretermino en un embarazo gemelar pero de acuerdo a la investigación y en base a la encuesta los médicos no muestran mucho interés en los dos factores en los que me enfoque y que se mencionaron anteriormente por lo que no proporcionan medidas preventivas para un parto pretermino y mejor optan por terminar el embarazo.

De acuerdo con los objetivos planteados al comienzo del trabajo podemos complementarlos de la siguiente forma:

a) En el objetivo general.

Se determino que no ocurre con mucha frecuencia la presencia de un trabajo de parto (T de P) pretermino en un embarazo gemelar por la sobredistención del útero y el volumen del contenido uterino, de acuerdo con los resultados obtenidos en la encuesta que se llevo a cavo.

b) De acuerdo a los objetivos específicos.

En el primer objetivo específico. En base a las encuestas se dio a conocer que es considerado sobredistención del útero en un embarazo gemelar a partir de un parámetro de 42cm, el cual es determinado en base a la exploración de la mujer embarazada que consiste en medir el fondo uterino por medio de una cinta métrica.

En el segundo objetivo específico. Primero cabe resalta que el volumen del útero en un embarazo está determinado por medio de tres componentes que son el liquido amniótico, la presencia de dos fetos o de un producto macrosomico y el tipo de placenta. En este caso mi investigación está basada en el embarazo gemelar por lo

que ya existe la presencia de dos fetos, el tipo de placenta varia por lo que dentro de mi encuesta me enfoque en el liquido amniótico por lo que se dio a conocer que a partir de 800ml los médicos consideran que existe un aumento de volumen.

En el tercer objetivo específico. Se conoció que trabajos de parto pretermino presentes en un embarazo gemelar, de acuerdo a la investigación son frecuentes debido a la presencia de dos fetos en el útero principalmente y posterior a una serie de complicaciones que pueden presentarse durante el embarazo.

En el cuarto objetivo específico. Se determino que la sobredistención uterina se considera una causa para desencadenar el trabajo de parto pretermino en el embarazo gemelar, debido a que en el útero en la parte superior de este durante el embarazo se desarrollan dos zonas específicas en ambos ángulos cornéales, que se consideran los lugares donde aparecen unos marcapasos y que son los sitios en donde se inicia la contracción uterina, debido a que el crecimiento del útero durante el embarazo se realiza su mayoría hacia la parte superior del útero.

En el quinto objetivo específico. De acuerdo con las encuestas y en base a la investigación se determino que el aumento del volumen del útero se considera una causa para desencadenar un trabajo de parto pretermino en el embarazo gemelar, debido a que el aumento de este va de la mano con la sobredistención del útero anteriormente explicada por lo que se le es considerado que lo desencadene.

En el sexto objetivo específico. De acuerdo con la encuesta se dio a conocer que la sobredistención uterina no es única del embarazo gemelar ya que puede estar presente en patologías como miomas uterinos.

ANEXO 1

Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud Encuesta de investigación “Embarazo Gemelar”

Objetivo: obtener información necesaria sobre aspectos que contribuyen a un parto pretermino en el embarazo gemelar, gracias a su participación.

De acuerdo a su profesión en medicina subraye en el nivel que se encuentra, las respuestas son anónimas.

- a) Interno
- b) Medico General
- c) Especialista (Ginecólogo)

1.- ¿Conoce en qué casos se presenta una sobredistención del útero?

SI

NO

2.-De las siguientes subraye 2 de las causas para que se presente una sobredistención del útero

- a) Hidramnios
- b) IVUS
- c) Embarazo Gemelar
- d) Dismenorrea
- e) No se

3.- ¿La sobredistención del útero tiene relación con alguna patología?

SI

NO

4.-Subraye con cuál de las siguientes patologías se relaciona la sobredistención del útero

- a) Malformaciones del útero (útero bicorneo)
- b) Miomas uterinos
- c) Endometriosis

5.- ¿En un embarazo Gemelar es frecuente que se presente sobredistención del útero?

SI

NO

6.- De los siguientes métodos de DX subraye el o los que determinen una sobredistención del útero en un Embarazo Gemelar.

a) USG

b) Pelvimetría

c) Medición uterina (cinta métrica)

7.- De los siguientes parámetros subraye el que indica sobredistención del útero en un Embarazo Gemelar

a) 32cm

b) 36cm

c) 42cm

8.- De los factores siguientes subraye 2 de los cuales puedan desencadenar un T de P Pretermino en un Embarazo Gemelar

a) Sobredistención del útero

b) Sedentarismo

c) Muerte de uno de los fetos

d) Hidramnios (aumento del volumen del útero)

e) Depresión

9.- ¿Cuántos casos de Embarazo Gemelar con sobredistención del útero ha observado?

a) Ninguno

b) - 10 casos

c) +20 casos

10.- ¿Cuántos de los casos anteriores que menciono han sido la causa de un T de P Pretermino?

a) Ninguno

b) -10 casos

c) +20 casos

11.- ¿En un T de P Gemelar a partir de qué a que semana de gestación se le considera Pretermino?

a) 28-36 SDG

b) 24-32SDG

c) 20-28 SDG

12.- ¿Usted conoce sobre el volumen estándar del útero en un embarazo gemelar?

SI

NO

13.- En un Embarazo Gemelar durante el tercer trimestre: ¿cómo es frecuente que se encuentre el volumen del útero?

- a) Aumentado
- b) Estándar
- c) Disminuido

14.- Subraye a partir de que parámetro considera usted que el volumen del útero en un Embarazo Gemelar en el tercer trimestre se encuentra aumentado.

- a) 250ml
- b) 2000ml
- c) 800ml

15.- ¿Conoce usted las causas para que se presente un aumento de volumen del útero en el tercer trimestre de un Embarazo Gemelar?

SI

NO

16.- De los siguientes subraye las causas que condicionan un aumento del volumen del utero durante el tercer trimestre de un Embarazo Gemelar.

- a) Hidramnios
- b) Oligohidramnios
- c) Malformaciones Fetales

17.- De las siguientes patologías subraye la que tenga relación con el aumento del volumen del útero.

- a) Embarazo Gemelar
- b) RPM
- c) Pre-eclampsia
- d) Diabetes
- e) No se

18.- De los métodos de DX siguientes subraye el que determine un aumento del volumen del útero en un Embarazo Gemelar

- a) USG
- b) Pelvimetría
- c) Medición uterina (Cinta métrica)

19.- ¿Considera usted que el aumento del volumen del útero es un factor para desencadenar un T de P Pretermino en un Embarazo Gemelar?

SI

NO

20.- ¿Cuántos casos con aumento del volumen del útero en un Embarazo Gemelar ha observado?

a) Ninguno

b) -10 casos

c) +20 casos

21.- ¿De cuantos ha sido la causa de un T de P Pretermino?

a) Ninguno

b) -10 casos

c) +20 casos

22.- ¿Usted conoce algún tratamiento para estas 2 alteraciones?

SI

NO

23.- En el caso con sobredistención uterina en el Embarazo Gemelar subraye las que usted indicaría a su paciente

a) Reposo y observación

b) Ejercicio

c) Tocolíticos

d) Alimentación adecuada e hidratación

e) Esperar a que se desencadene el T de P

24.-En el caso con aumento del volumen del útero en el Embarazo Gemelar subraye lo que usted indicaría a su paciente

a) Reposo y observación

b) Aumento en la hidratación

c) Disminución en la hidratación

d) Amniocentesis

e) Terminar con el embarazo

25.- De las siguientes subraye 3 complicaciones más frecuentes presentes en un Embarazo Gemelar con sobredistención uterina y aumento del volumen del útero

a) Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta (DPPNI)

b) Malas presentaciones

c) Hipotonía o Atonía uterina

d) Hemorragia

e) Muerte materno-fetal

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ahued, Ahued J. Roberto y otros (2003). *Ginecología y Obstetricia aplicada*. 2ª edición. México Editorial El Manual Moderno.

Aller, Juan (1980). *Obstetricia Moderna*. 3ra edición. México Editorial Mc Graw-Hill Interamericana.

Cunningham Gary y otros (2005). *Williams: Obstetricia*. 21ª edición 4ª reimpresión. Buenos Aires Editorial Médica Panamericana.

Méndez, Oteo Francisco y Méndez Cervantes Francisco (1988) *Ginecología y obstetricia*. 3ra. edición. México Editorial Méndez.

Newman, Roger B. y Barbará Luke (2002). *Embarazo Múltiple*. 1ª edición. México Editorial Mc Graw Hill.

Nuñez Maciel Eduardo (1988). *Ginecología y Obstetricia*. 1ª edición. México Editorial Cuellar.

PAC GO-2. (2005). *Programa de actualización continua en Ginecología y Obstetricia*. 1ª edición. México Editorial Intersistemica.

Ramírez, Alonso Félix (1980). *Obstetricia para la Enfermera profesional*. México Editorial El Manual Moderno.

S., Heppard. Martha y otros (2003). *Urgencias Obstétricas, Guía Practicas y Manual Práctico de Mosby*. 3ª. edición. Nueva York Editorial Elsevier Science.

T., Queenan John. (1998). *Atención del embarazo de alto riesgo*. 2ª. edición. México Editorial El Manual Moderno.

Usandizaga, J.A. (1990). *Tratado de Obstetricia y Ginecología*. 2ª. Edición. México Editorial Mc. Graw Hill Interamericana.

Vast . P. y otros (2000). *Enciclopedia Médico- Quirúrgico Ginecología y Obstetricia*. París. Editorial Elsevier.

REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

http://es.wikipedia.org/wiki/parto_preat%C3%Aarmino#Epidemiolog.C3.Ada. Extraído el 24 de febrero del 2011.

<http://isacurandera.blogspot.com/2009/07hemorragia-post.hym1>. Extraído el 29 de abril del 2011.

www.slideshare.net/malaverry/parto-pretermino-presentación. Extraído el 29 de Febrero del 2011.

http://www.fertilab.net/om/om_25paf. Extraído el 29 de Abril del 2011.

<http://www.crecerfeliz.es/Muy-Util/Direcciriodelembarazo/U-V/útero>. Extraído el 29 de Febrero del 2011.

<http://www.monografias.com/trabajo82/embarazomultiple/embarazo> multiple2.
Extraido el 29 de Febrero del 2011.

<http://bebesyembarazasos.com>. Extraido el 21 de Abril del 2011.