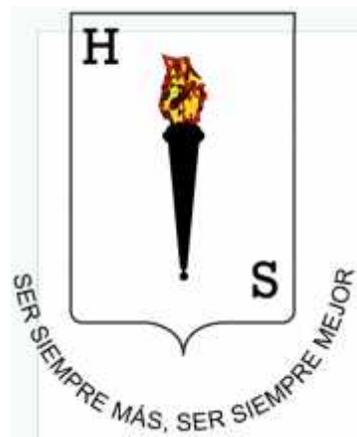


ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL
DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE 8722



TESIS
EMBARAZO MÚLTIPLE

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:
IBETH CORONA ANDRADE

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

MORELIA, MICHOACÁN; 2014



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.

DEDICATORIA

Con dedicatoria muy especial a mis padres, a mi padre que fue un gran ejemplo y un pilar importante en mi vida aun cuando hace poco tiempo partió para formar parte de los ángeles del cielo aún está presente en mí ser.

A mi madre que me dio la vida que me ha enseñado la fortaleza e inteligencia para dirigir mi camino y A mi queridos hermanos los cuales siempre me han apoyado, con su cariño y comprensión aun cuando a veces no lo mereciera y que al faltar nuestro padre han estado conmigo les agradezco y quiero se sientan orgullosos de mí. "Solo se ve bien con el corazón lo esencial de la vida es invisible para los ojos".

AGRADECIMIENTOS

Les agradezco mucho, al Dr. Higinio Villegas Cárdenas y al Dr. Marco Antonio Rueda por brindarme su apoyo, por la paciencia que me han tenido y la dedicación para que este proyecto llegue a su fin para mi carrera, que Dios los bendiga por siempre a donde quiera que vayan gracias mil por todo su apoyo.

ÍNDICE

PORTADILLA	I
DEDICATORIAS	II
AGRADECIMIENTOS	III
INDICE	IV
INTRODUCCION	VI

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES	IX
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	X
PREGUNTA DE INVESTIGACION	X
OBJETIVOS	XI
JUSTIFICACION	XI
HIPOTESIS	XIII
VARIABLES.....	XIII

CAPÍTULO II

INFERTILIDAD	2
DEFINICIÓN DE EMBARAZO MÚLTIPLE	2
TIPOS DE EMBARAZO	3
ETIOLOGÍA.....	4
FACTORES DE RIESGO PARA TENER UN EMBARAZO MÚLTIPLE	5
EL EMBARAZO DICIGÓTICO	5
COMPLICACIONES MATERNAS	6
COMPLICACIONES FETALES	6
EMBARAZO MÚLTIPLE COMPLICACIÓN DE ALTO RIESGO	6
MUERTE FETAL.....	7
RIESGO CROMOSÓMICO	7
TRANSFUSIÓN FETO-FETAL	8

RETARDO DEL CRECIMIENTO	8
PLACENTA PREVIA	8
PREMATURIDAD	9
TRATAMIENTO	9
PREVENCIÓN DE EMBARAZO MÚLTIPLE	9
EVALUACIÓN DE COMPLICACIONES MATERNAS EN CASO DE MEBARAZO MÚLTIPLE.....	10
PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES FETALES EN CASO DE EMBARAZO MÚLTIPLE.....	11
DURANTE EL PARTO.....	12
DESPUÉS DEL PARTO	13

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA	15
TIPO DE ESTUDIO	15
SUJETO A ESTUDIAR	15
UNIVERSO.....	15
POBLACIÓN.....	15
MUESTRA.....	15
DETERMINACIÓN DE LA MUESTRA.....	16
TÉCNICAS UTILIZADAS.....	17

CAPÍTULO IV

RESULTADO DE ENCUESTAS	19
------------------------------	----

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y SUGERENCIA	40
BIBLIOGRAFÍA	42
ANEXO	44

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia, el embarazo múltiple ha sido objeto de fascinación, curiosidad y rechazo de algunas culturas; la frecuencia del parto múltiple es variable en diferentes partes y regiones del mundo, se señala que las tasas más elevadas de embarazo gemelar han sido acentuadas en las poblaciones de negros; en Nigeria, se reporta un caso por cada 20 o 25 embarazos únicos (3) .Se citan algunas frecuencias en EE. UU.E el Italia de un embarazo múltiple por 86 únicos; en Bélgica un embarazo múltiple por cada 300 únicos.

La tasa de población blanca es de un embarazo múltiple por cada 100 embarazos únicos; a nivel mundial se produce un embarazo múltiple por cada 80 embarazos.

Los nacimientos múltiples siguen interesando a los obstetras, perinatologos , filósofos e historiadores en los últimos 100 años; el interés medico por las gestiones múltiples cambio de lo etéreo a lo científico y su estudio contribuyo al desarrollo de algunas ciencias como la genética y la psicología; en el mundo abunda la literatura acerca de las características de este tipo de embarazo, con materiales a veces contradictorios sobre el diagnostico, la atención prenatal y asistencia al parto, es bien sabido que ocasionalmente se puede presentar más de un producto de la concepción durante la gestación, lo que se conoce como embarazos múltiples.

En la actualidad, el uso y abuso de los inductores de la ovulación, y los métodos de reproducción asistida, han incrementado las frecuencias de las gestiones.

Múltiples; así lo corroboran estudios que se han realizado en los EE. UU. Que demuestran que mujeres tratadas con clomífero culminaron en embarazos entre un 7 y 25% de estos, mientras que en las que se tratan con gonadotrofina corionica de mujeres menopáusicas la incidencia fue de casi el doble.

En el momento del periodo de parto los problemas más frecuentes son las alteraciones en la presentación y la posición fetal, que se han relacionado con el desarrollo incompleto de la pelvis materna.

Esto determina una incapacidad del canal de parto que aumenta los partos operatorios. Gran parte de la controversia sobre la vía del parto sigue siendo la presentación fetal; cuando uno tiene presentación de vértice y el otro bebe diferente, en estos casos, la gran mayoría se inicia por la cesárea; decimos también que el peso del recién nacido decide a veces la vía del parto y se recomienda por la mayoría de los autores revisados que es mejor la cesárea.

Cuando y porque vía se da termino al embarazo sigue siendo motivo de discusión en muchas partes del mundo, como también lo es ahora en nuestro medio, donde casi el 80% termina por cesárea, muchas veces sin indicaciones,

Precisas de intervención, Para elegir la vía del parto son muchos los aspectos que hay que entender y tener en cuenta, entre ellos: la edad gestacional, el peso de los fetos, la presentación y posición de estos; sin embargo, muchas veces quedan sujetos al criterio individual del especialista.

CAPÍTULO I
ANTECEDENTES DEL
PROBLEMA

ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

La introducción de los agentes inductores de la ovulación a finales de la década de 1960 y de las tecnologías de reproducción asistida en 1970 ha dado como resultado que la cantidad de nacimientos múltiples aumentara más rápidamente que los nacimientos simples.

Debido a la hiperestimulación ovárica para asegurar la disponibilidad de nacimientos múltiples dentro de un ciclo dado que es contribuido a la epidemia de embarazos múltiples y iatrógenos, para lo cual existen tres posibles enfoques para enfrentar este problema; en primer lugar una vez que se determina que en el ciclo hay una estimulación excesiva, se debe de interrumpir temporalmente el esquema de administración de gonadotropinas; en segundo lugar también es posible realizar la aspiración oocitos y una tercera posibilidad es la administración de dosis más bajas de gonadotropinas.

La mayor parte de la morbilidad perinatal es atribuible a nacimientos múltiples es secundaria al parto de pretermino; además, en las gestaciones múltiples los fetos son vulnerables a una variedad de complicaciones únicas en su género, como el síndrome de transfusión entre gemelos, de modo que la tasa de partos de fetos muertos se incrementa apreciablemente.

Además en las gestas múltiples existen una serie de complicaciones maternas tales como la hipertensión inducida por el embarazo y el parto por cesárea.

El embarazo múltiple es aquel en que se encuentra más de un producto de la concepción dentro del útero.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La elaboración de nuestra siguiente investigación fue elaborada porque nos surgió la duda de porque se presenta un embarazo múltiple en mujeres de 25 a 35 años de edad.

Este se da porque se someten a tratamiento de inseminación artificial ocasionando múltiples fetos y esta a su vez ocasiona un embarazo de alto riesgo.

Los gemelos suelen ser resultado de dos ovocitos osea gemelos dicigóticos o fraternos o de un ovulo doble.

Con una frecuencia menor de gemelos que se originan de un único ovocito fecundado que después se dividen en dos estructuras similares, cada uno con el potencial para desarrollándose en un individuo separados, es decir, gemelos idénticos, monocigóticos o de un ovulo único.

Los factores que predisponen para que se dé un embarazo múltiple se dan porque han utilizado anticonceptivos, o se han sometido a tratamientos de fertilización también por el uso y abusos de algunos inductores de ovulación al igual que con los métodos de reproducción asistida, también las mujeres que se someten y son tratadas con gonadotrofina corionica o clomifeno aumentan en forma muy notable la probabilidad de ovulaciones múltiples.

Por lo anterior nos podemos preguntar:

¿Son los tratamientos de fertilidad la causa principal de que se dé un embarazo múltiple en mujeres de 25 a 35 años de edad?

Objetivos:**Objetivo General**

Saber si los tratamientos de fertilidad son la causa de un embarazo múltiple en mujeres de 25 a 35 años

Objetivo Especifico

1. Conocer si los tratamientos de fertilidad son la causa de que se dé un embarazo múltiple.
2. Determinar cuántas mujeres de 25 a 35 años se sometieron a tratamientos de fertilidad.
3. Confirmar cuantas mujeres de 25 a 35 años han tenido embarazos múltiples debido a un tratamiento de fertilidad.

JUSTIFICACIÓN

La infertilidad es una condición médica que tiene muchas repercusiones para la pareja, pueden experimentar sentimientos como enojo, tristeza, culpa y ansiedad. Estos sentimientos pueden afectar su autoestima y su auto imagen.

En nuestro país existe un porcentaje considerable sobre los embarazos múltiples que se presentan con las siguientes características, en mujeres de 25 a 35 años, en mujeres de raza negra y de talla alta. Así como el uso indiscriminado de inductores de la ovulación.

El resultado de los tratamientos de reproducción asistida por fecundación asistida conlleva el temor de los padres a concebir más de un bebé.

No obstante, hoy se consiguen embarazos simples de forma mayoritaria. El 83% de los embarazos que se consiguen mediante reproducción asistida no son múltiples.

En el 14% de los casos nacieron dos niños y sólo en el 1% de los embarazos nacieron trillizos.

Existen varios métodos de fertilidad mediante los cuales pueden procrear un embarazo múltiple entre los que podemos destacar:

Algunas mujeres no han de ovular bajo la terapia con citrato de clomifeno y otras ovularán, pero no quedarán embarazadas. El tratamiento con otras drogas, conocidas como gonadotrofinas (tal como la hormona folículo estimulante FSH) constituyen el paso siguiente en el tratamiento de la infertilidad. Un elemento decisivo para el éxito de la inducción de ovulación es que la relación sexual coincida en tiempo con la ovulación que el tratamiento ha logrado. La posibilidad promedio de concebir luego de un ciclo de tratamiento varía de un 15 a un 25 por ciento

La Inseminación intrauterina (IIU) es uno de los métodos más simples de reproducción asistida. En las mujeres que no ovulan regularmente, puede combinarse con la técnica de inducción de la ovulación con gonadotrofinas (tales como la hormona folículo estimulante FSH).

La Inseminación intrauterina es un tratamiento que consiste en la introducción de espermatozoides dentro del útero al momento de la ovulación. Puede utilizarse en casos de infertilidad masculina o cuando no pueden hallarse causas evidentes de la infertilidad de la pareja. Inmediatamente luego del momento de ovulación, se toma una muestra de semen fresco de la pareja masculina, se procesa, se inserta a través del cuello uterino y se coloca profundamente dentro del útero de la mujer.

La fertilización in-vitro es un proceso llevado paso a paso, por medio del cual múltiples oocitos son recuperados de los sacos existentes en los ovarios (folículos), fertilizados con espermatozoides en laboratorio, hasta lograr por cultivo los primeros embriones que luego serán transferidos para su implantación en el útero.

En este tratamiento generalmente se utilizan dos tipos de hormonas, una para la estimulación del crecimiento de folículos múltiples en el ovario (gonadotrofinas tales

como la hormona folículo estimulante FSH) y otra para suprimir la producción orgánica natural de la hormona luteinizante (LH).

En ciclos donde se transfieren dos embriones la probabilidad de tener un embarazo gemelar es del 6%. En ciclos donde se transfieren tres embriones la probabilidad de tener un embarazo gemelar es del 12% y de tener un embarazo triple es del 3%.

Por tal motivo realizamos la siguiente investigación en mujeres embarazadas en la cual se encontró que por lo menos uno de los embarazos múltiple se da más por el uso de fertilización in vitro con clomífero. Donde a su término presento consigo malformaciones congénitas en uno de los productos, y con bajo peso al momento del alumbramiento.

Hipótesis

Saber si los tratamientos de fertilidad son la causa de que se dé un embarazo múltiple

Variables

Variable independiente: Tratamientos de fertilidad

Variable dependiente: Embarazo múltiple.

2 INFERTILIDAD

La infertilidad es la imposibilidad de concebir un hijo naturalmente o de llevar un embarazo a término después de un año de vida sexual activa.

Para poder concebir un hijo hay que someterse a tratamiento de infertilidad por lo general comienza con la medicación. También se puede recurrir a técnicas de reproducción asistida, como la inseminación artificial o la fecundación in vitro (FIV) y otras técnicas.

Aunque estas mismos tratamientos conllevan varias consecuencias la más común y la más temida es la de concebir más de un hijo.

Un embarazo múltiple la cual contrae una serie de preguntas por ejemplo por qué hay embarazos múltiples por tratamientos de fertilidad y esto se presenta más en mujeres de 25 a 35 años de edad y es más posible en mujeres de estatura alta y de raza negra.

3 DEFINICION DE EMBARAZO MULTIPLE

Un embarazo múltiple es aquel que se caracteriza por más de un embrión (feto) en cualquier gestación.

Son dos mecanismos independientes que pueden producir una gestación múltiple: que es la segmentación de un ovulo fecundado o que se realice por la fecundación de dos óvulos fecundados separados por diferentes espermatozoides que es (gestación fraterna o dicigotica).

En promedio, los gemelos nacen más o menos en tamaño promedio y lo que dura la gestación de gemelos que nacen más o menos a las 36 semanas de gestación.

Según Rothman, (1999)

“El embarazo múltiple puede deberse a la liberación repentina de las gonadotrofinas hipofisarios en cantidades mayores que las usuales durante el primer ciclo espontaneo luego de suspender la anticoncepción”. (pág.251)

La inducción de la ovulación por el uso de gonadotrofinas (FSH mas gonadotrofina corionica) o clomifeno aumenta en forma notable la probabilidad de ovulaciones múltiples. La incidencia de embarazos múltiples luego de un tratamiento convencional con gonadotrofinas es del 16 a 40%, 75% de los cuales son gemelos.

Se dice que es una situación “normal” para el ser humano: el vientre y el organismo materno están pobremente preparados para dar el cobijo necesario a dos o más fetos simultáneamente y esto lo demuestra el aumento de las complicaciones que se presentan con este tipo de embarazos.

De hecho, se puede considerar al embarazo múltiple como una “pequeña falla” de los finos controles reproductivos en el ser humano.

3.1 Tipos de embarazo

Monocigóticos: Son los gemelos idénticos o verdaderos; son del mismo sexo tienen el mismo grupo sanguíneo y RH.

Representan el 30% de los embarazos gemelares.

Son producto de la fecundación de un ovulo por un espermatozoide pero por razones que aun no están muy claras la masa celular inicial se divide en dos grupos antes del día 13 después de la fecundación y se originan dos bebes genéticamente

idénticos y de parecido extraordinario (aunque algunas veces no se parecen en nada).

Este tipo de gemelos verdaderos son menos frecuentes, se presentan al azar y no tienen relación hereditaria, los bebés pueden tener placentas separadas o una placenta única y de igual manera pueden tener sacos amnióticos diferentes o compartir un saco único. Los sexos son siempre idénticos.

Cuando comparten placenta los problemas fetales aumentan y cuando también comparten el mismo saco los problemas se pueden hacer aún más severos.

Dicigóticos: Representan el 70% de los casos, son conocidos como morochos (Gemelos Fraternal) y se producen cuando la mujer presenta una ovulación doble y cada ovulo es fecundado por 1 espermatozoide.

Los bebés son genéticamente diferentes aun cuando físicamente se podrían parecer.

Este tipo de gemelos son más frecuentes, pueden tener sexos iguales o diferentes, cada uno tiene su placenta y su "bolsa de aguas" (saco Amniótico) separadas, existe una tendencia familiar para repetirse en embarazos y generaciones siguientes y sufren un menor número de complicaciones y problemas en comparación a su contraparte Monocigótica.

3.2 Etiología

Es desconocida, se cree que sería multifactorial, como ser el incremento de los andrógenos.

Ováricos, o ser secundaria a una disfunción hipotálamo-hipofisaria, hiperandrogenismo adrenal, e Incluso a hiperinsulinismo, entre otras.

Fraternos o falsos: Pueden ser de sexo diferente, diferente grupo RH sanguíneo

3.2.1 Factores de riesgo para tener un embarazo múltiple

- a) Diczigóticos:
- b) Edad materna, especialmente mayores de 35 años
- c) Raza Negra o asiática
- d) Multiparidad
- e) Historia familiar, especialmente en línea materna
- f) Inducción de ovulación, Inseminación artificial
- g) Monocigóticos: Fertilización in vitro. Azar, evento fortuito

Se dice que las mujeres que han tenido embarazos múltiples dicigóticos tienen hasta 10 veces más posibilidades de repetir embarazos múltiples.

3.2.2 El embarazo dicigótico múltiple está influido por varios factores que son:

- a) La raza.
- b) Más frecuentes en mujeres que suspenden anticonceptivos.
- c) Más frecuente en mujeres que han cursado con esterilidad e infertilidad
- d) Más frecuente en mujeres que han sido manejadas con inductores de ovulación y gonadotrofinas coriónicas.
- e) Más frecuente en mujeres que son gemelas o ha habido gemelas en la familia.
- f) Más frecuente en mujeres que se casan con gemelos y a un mas cuando ambos son gemelos en la familia.

3.3 Complicaciones del embarazo múltiple

- a) Las complicaciones son grave, pero poco comunes, son colisión, impacción y entrelazamiento de los gemelos.
- b) La toxemia
- c) La diabetes
- d) Poli hidramnios.
- e) Complicaciones maternas que son:
 - f) Cardiovasculares
 - g) Obstétricas
 - h) Gastrointestinales
 - i) Hematológicas
 - j) Infecciosas

3.4 Complicaciones fetales:

- a) Defectos congénitos.
- b) Transfusión intergemelar.
- c) Gemelos unidos.
- d) Membrana hialina.
- e) Hemorragia intracraneal.
- f) Insuficiencia útero-placentaria.
- g) Muerte Perinatal.
- h) Enganche del estrecho superior.

4 El embarazo múltiple, una condición de alto riesgo.

Es la presencia de 2 o más bebés, la presencia de una masa placentaria grande, la sobre distensión uterina y los cambios fisiológicos más pronunciados aumentan los riesgos ya existentes en un embarazo múltiple

Las complicaciones son las siguientes:

Gemelo evanescente: Cuando se hace el diagnóstico precoz de un embarazo múltiple (5-6 semanas) es posible que en estudios posteriores solo se observe un feto.

Esto es debido a que en una fracción importante de estos embarazos uno de los dos embriones no se desarrolla y se reabsorbe (hasta en un 60% de los casos). Usualmente el sobreviviente no tiene problemas.

4.1 Muerte fetal (>10 semanas):

La muerte intrauterina está aumentada. Cuando uno de los fallece el feto sobreviviente tiene más riesgo de morir que si hubiese estado solo desde el principio.

Con placentas de diferentes la mortalidad puede llegar al 14% ; si los bebés tienen una sola placenta la mortalidad aumenta al 26% y si comparten también el mismo saco amniótico la mortalidad del al menos 1 bebé puede oscilar alrededor del 50%.

4.2 Riesgo cromosómico y malformaciones congénitas:

Por sus características de origen particular (edad materna avanzada) el riesgo de ocurrencia de problemas cromosómicos y anomalías anatómicas está aumentado.

Los monocigóticos tienen un riesgo cromosómico igual que un embarazo simple y los dicigóticos tienen un riesgo más complicado

4.3 Transfusión feto- fetal:

Si los bebés comunican sus circulaciones arteriales y venosas un bebé no crecerá dado que pasa su sangre a su hermano y su hermano a su vez se verá sobrecargado crecerá más que el otro pero eventualmente puede morir como consecuencias de trastornos fisiológicos.

Además, al fallecer uno de ellos el sobreviviente se verá afectado por hipotensión severa y los productos de degradación del primero.

La muerte fetal ocurre en el 10% de los casos antes de la semana 12 de inicio precoz de esta condición. El riesgo de ocurrencia es del 20%.

4.4 Retardo del crecimiento:

Si las condiciones placentarias y de la nutrición del útero materno no son adecuadas uno o ambos bebés no pueden no crecer adecuadamente y manifestar signos de sufrimiento fetal crónico, el riesgo de bajo peso es del 20% con placentas separadas (bicorial) y del 30% cuando es una sola placenta (monocorial) .

En realidad los gemelos son menos pesados que los bebés de embarazos simples y aparte de eso, un hermano puede ser bastante más pequeño que el otro (crecimiento discordante).

4.5 Placenta previa:

Debido a que la extensión de dos placentas es mayor posible que alguna de ellas ocluya el orificio del cuello uterino produciendo sangrado genital y riesgo de prematuridad por interrupciones de emergencia antes del término del embarazo.

4.6 Prematuridad:

Aproximadamente el 25% (en algunas series hasta el 48%) de los bebés productos de embarazos múltiples nacen antes de las 37 semanas de embarazo.

El promedio de duración de un embarazo múltiple es de 35 semanas (prematureo) además de las complicaciones fetales señaladas también se presentan complicaciones maternas como son la anemia, preeclampsia y diabetes gestacional.

La prematuridad es una situación de alto riesgo fetal esperada en embarazos múltiples. Llegan a un punto en que el útero materno ya no es capaz de mantener el volumen compuesto de 2 placentas, líquido amniótico y 2 bebés; la sobre distensión uterina es un fuerte estímulo para generar contracciones uterinas que modifican el cuello uterino.

La circulación materno- fetal (útero-placenta) puede ser insuficiente para atender las necesidades del crecimiento de los fetos y si, además, le sumamos a estos factores la mayor incidencia de anemia, preeclampsia y diabetes.

5 TRATAMIENTO

5.1 Prevención del embarazo múltiple.

a) Se emplea un tipo de barrera de contracepción durante el primer ciclo después de interrumpir la administración de contraceptivos orales.

b) Se administra clomífero (al principio del embarazo) se va a inducir la ovulación. El tratamiento con clomífero da por resultado menos gestaciones múltiples, pero siguen ocurriendo de 5 a 10% de embarazos gemelares distócicos.

c) Se evita el empleo de tratamiento con Gonadotrofina menopáusica humana a menos que pueda establecerse la dosis apropiada y se disponga de una ultrasonografía todos los días para vigilar la ovulación.

d) La reducción selectiva de los (es decir, la eliminación selectiva) es una nueva técnica motivo de controversias para eliminar uno o más fetos.

e) Esta técnica recurre a los medios guiados por medios ultrasónicos para reducir el número de fetos bajo la base que es mejor la supervivencia se inclinan a favor de criterio en casos seleccionados.

5.2 Evaluación de las complicaciones maternas en caso de un embarazo múltiple

a) Se diagnostica temprano el embarazo múltiple es decir, se ordena una ultrasonografía de manera ideal en todos los casos, desde luego en los embarazos dudosos no después de las semanas 12 y 16.

b) Se administra a la mujer gestante Hierro, una dieta rica en proteínas y vitaminas, no se limita el aumento de peso.

c) Se examina la paciente que tiene embarazo múltiple mas a menudo que en la mayor parte de los casos durante el embarazo (este criterio debe individualizarse, pero casi siempre ha de ser al doble).

d) Se limita la actividad física para garantizar el flujo sanguíneo uterino suficiente.

e) Se garantizan periodos frecuentes de reposo después de la semana 24 (es decir, una semana de reposo en cama a las 26 semanas de gestación y de nuevo entre las semanas 32 y 36).

f) Se programan exámenes ultrasónicos y citología hemática con mayor frecuencia. Pueden ser de utilidad los exámenes ultrasónicos para investigar el progreso del crecimiento cada mes desde el momento del diagnóstico hasta la semana 32, momento en el cual pueden ser de utilidad tanto ultrasonografía como diámetro biparental fetal (DBF) en cada feto cada semana

g) El parto de todas las pacientes con embarazo múltiple se atiende en un centro de tercer nivel, en todo lo posible.

h) Se insiste en la Psicoprofilaxia, y se incorpora a la paciente en un grupo de apoyo o se le brinda material impreso relacionado con la gestación múltiple.

i) Se anticipa la pérdida incrementada de sangre en el momento del parto (la hemorragia se eleva cinco veces en relación con lo que ocurre en embarazos único).

5.1 Prevención de complicaciones fetales de la gestación múltiple.

a) Se vuelven máximos los cuidados prenatales maternos.

b) El cerclaje cervical puede retrasar el nacimiento antes de término en casos seleccionados.

c) Pueden ser eficaces en estos casos los fármacos tocolíticos para prevenir el nacimiento prematuro.

d) Se inicia el tratamiento fetal apropiado si se espera nacimiento temprano.

e) Se verifican los problemas fatales con prontitud.

f) Se ordenan exámenes ultrasónicos en forma repetida para vigilar los defectos fetales, el RIUC, el síndrome de transfusión de feto a feto y el malestar fetal.

g) Se emplea diagnóstico prenatal según este indicado.

- h) Se aplican pruebas individuales para los estudios de madures pulmonar.
- i) Si la reducción selectiva es una opción, se envía a la paciente a un centro apropiado.
- j) Durante el trabajo de parto.
- k) Se vigilan todos los fetos por medios electrónicos por separado.
- l) Se limitan la analgesia y la anestesia maternas.
- m) Se verifica la presentación de ambos fetos mediante ultrasonografía. Se identifican las presentaciones.
- n) Se inicia la administración de solución glucosa por vía intravenosa.
- o) Se efectúa citología hemática completa y se determina el tipo sanguíneo. Se efectúan pruebas cruzadas con un mínimo9 de dos unidades de concentrados de eritrocitos o de sangre total.
- p) Se considera el parto vaginal sólo de gemelos. (Todos los demás casos de embarazos múltiples deberán hacerse nacer por cesárea)
- q) Debe evitarse que la madre se recueste sobre el dorso por el grado de compresión aortocava con hipotensión subsecuente puede ser profundo.
- r) Se ofrece oxigenación materna y fetal adecuada mediante oxigenoterapia por mascarilla a 7 litros por minuto.

5.4 Durante el parto.

- a) Se efectúa opresión cesárea durante el trabajo de parto en el caso de gemelos monoamnioticos si el número de fetos excede a los gemelos, si son gemelos que pesan menos de 2500 gramos, o si el primer gemelo no tiene presentación de vertex.
- b) Se hace nacer a todos los productos de gestaciones gemelares en una sala de operaciones con gestación completa, equipo y personal especializado.
- c) Se hace nacer al primer feto por vía vaginal si su presentación es de vertex.
- d) Se lleva a cabo episiotomía generosa para reducir la compresión craneal del feto.
- e) Se pinza el cordón prontitud para prevenir que el segundo de los gemelos monocigoticos se desangre en parte a través del primer cordón.

- f) Se efectúa exploración vaginal de inmediato después del primer parto, para identificar el posible cordón de ubicación anterior o en prolapso y establecer la posición del segundo feto.
- g) Si el segundo feto está en cualquier presentación, menos de vertex: se lleva la cabeza hacia el estrecho pélvico mediante orientación externa. Si este tiene buenos resultados se permite que prosiga el trabajo de parto para otro parto vaginal en presentación de vertex.
- h) Se efectúa operación cesárea si no tiene buenos resultados la versión externa, o si el feto no es buen candidato para el parto vaginal en presentación podálica.
- i) Se termina el parto vaginal en presentación podálica si no tiene buenos resultados la presentación externa y el feto es candidato para este tipo de parto.
- j) Se rompe de manera tardía y con precaución el segundo saco para evitar prolapso de cordón.
- k) Se emplea vigilancia electrónica fetal de manera continua.
- l) Si sobreviene sufrimiento fetal y no se puede hacer nacer el segundo gemelo con facilidad o de inmediato, se efectúa cesárea sin tardanza.
- m) Las tres causas principales de morbilidad que se pueden prevenir son; inmadurez, traumatismo y parto por manipulación por lo que se prevendrá su ocurrencia.
- n) Debe garantizarse la disponibilidad de un pediatra.

5.5 Después del parto.

- a) Se administran 5 ó 10 unidades por vía intravenosa con lentitud pero de inmediato después del parto, y se inicia la administración intravenosa de solución oxitocina diluida, si se vuelve un problema la atonía uterina.
- b) Se eleva el útero por arriba de la pelvis y se aplica masaje suave.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLOGÍA

METODOLOGÍA

Se observa que es una investigación cualitativa la cual tiene como objetivo saber si los tratamientos de fertilidad son la causa de un embarazo múltiple en mujeres de 25 a 35 años.

Por lo que se realizó una encuesta encaminadas a pacientes sometidas a tratamientos de fertilidad para poder saber si es un factor importante para tener un embarazo múltiple.

Tipo de estudio

Es cualitativa

SUJETOS A ESTUDIAR

Mujeres embarazadas de 25 a 35 años con tratamiento de fertilidad

Universo

En el Hospital de la Mujer

Población

Mujeres con tratamiento de fertilidad en el Hospital de la Mujer

Muestra

Hospital de la Mujer

Determinación estadística de la muestra

Se realizaron 30 encuestas a pacientes con tratamiento de fertilidad en el Hospital de la Mujer las cuales respondieron a todas las preguntas de dicha encuesta los datos obtenidos fueron mediante el estudio cualitativo.

FÓRMULA

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

SUSTITUCIÓN

$$\begin{array}{ll} n = ? & P = 17 / 20 = 0.85 \\ z = 1.90 & q = 3 / 20 = 0.15 \\ e = 0.05 & N = 36 \end{array}$$

DESARROLLO DE LA FORMULA

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

$$n = \frac{(3.8416)(0.85)(0.15)(36)}{(0.09)(3.84) + (3.8416)(0.85)(0.15)}$$

$$n = \frac{17.6256}{0.5796}$$

$$n = 30$$

Técnicas utilizadas

Se utilizó la encuesta para comprobar si los tratamientos de fertilidad es un factor importante para procrear gemelos o trillizos o mas bebés.

CAPÍTULO IV

DESCRIPCIÓN Y

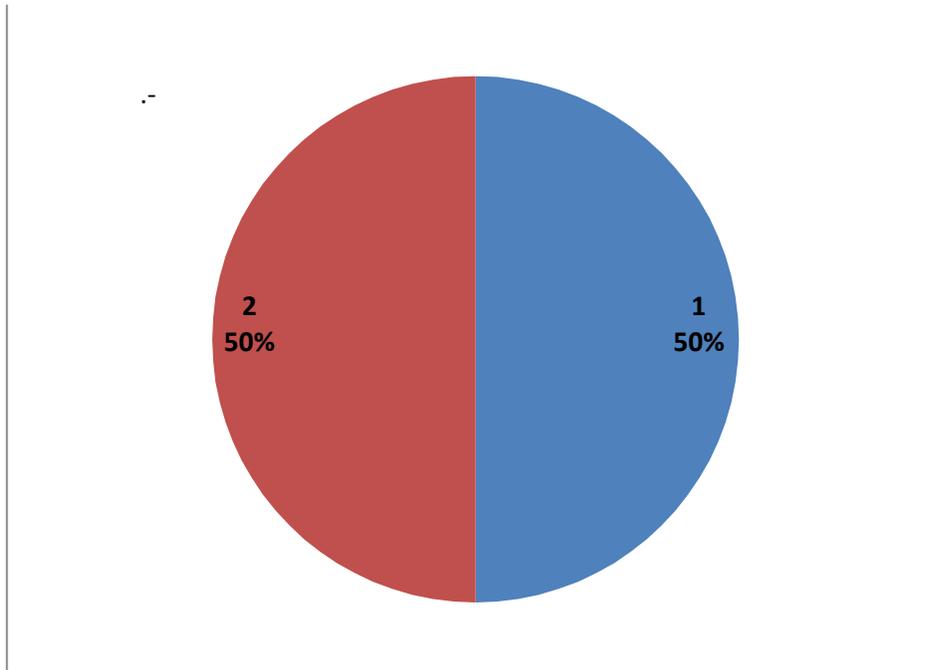
RESULTADOS DE LA

INVESTIGACIÓN

Resultado de encuestas

¿Sabe usted que es un embarazo múltiple?

Gráfica 1

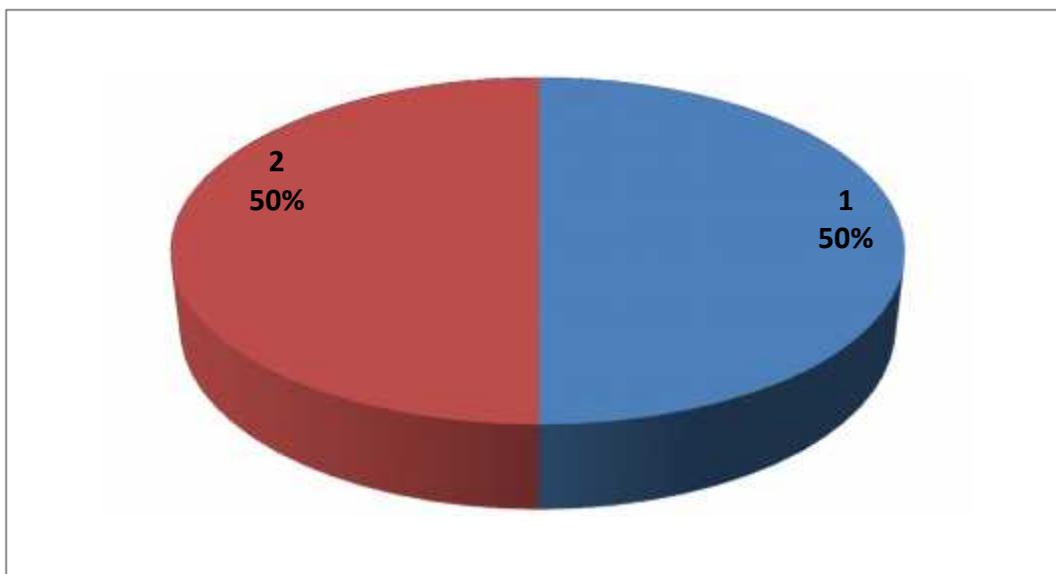


Descripción: El 50% de las mujeres dice que si sabe que es un embarazo múltiple y el otro 50% comenta que no sabe que es un embarazo múltiple.

Interpretación: Se observa en la siguiente grafica que el 50% de las mujeres que fueron encuestadas contestaron que si saben sobre el embarazo múltiple y el otro 50% no saben lo que es un embarazo múltiple.

Gráfica 2

¿En su familia ha habido un embarazo múltiple?

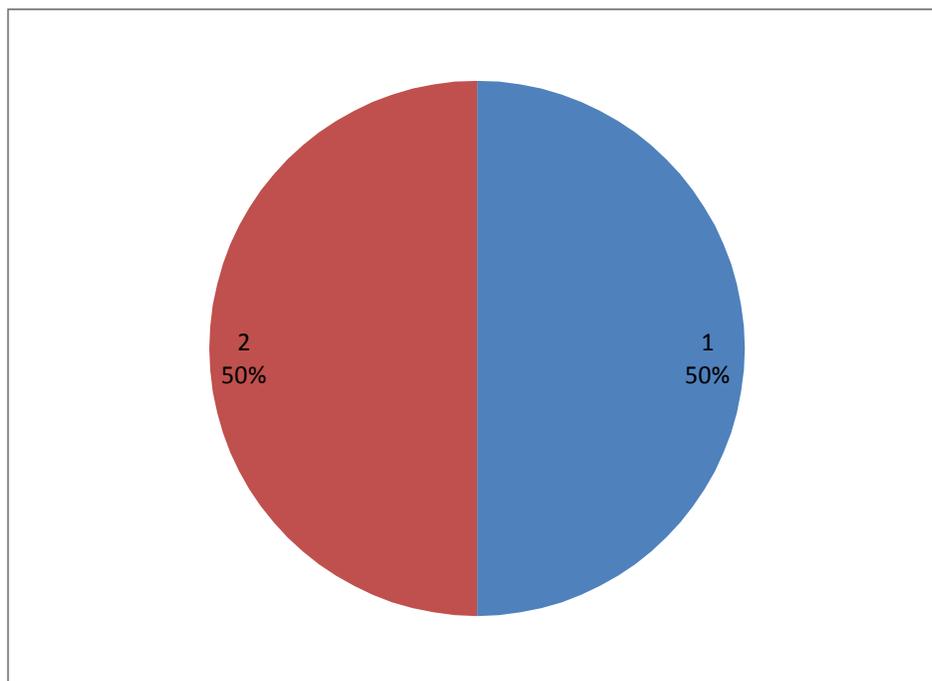


Descripción: El 50% de las mujeres embarazadas dice que si ha habido un embarazo múltiple en su familia el otro 50% no sabe si ha habido embarazos múltiples en su familia.

Interpretación: Se observa que la mitad de la muestra desconoce sus antecedentes genéticos mientras que por el otro lado dicen que si saben sobre sus antecedentes genéticos con respecto a embarazos múltiples.

Gráfica 3

¿Usted utilizó anticonceptivos hormonales antes de embarazarse?

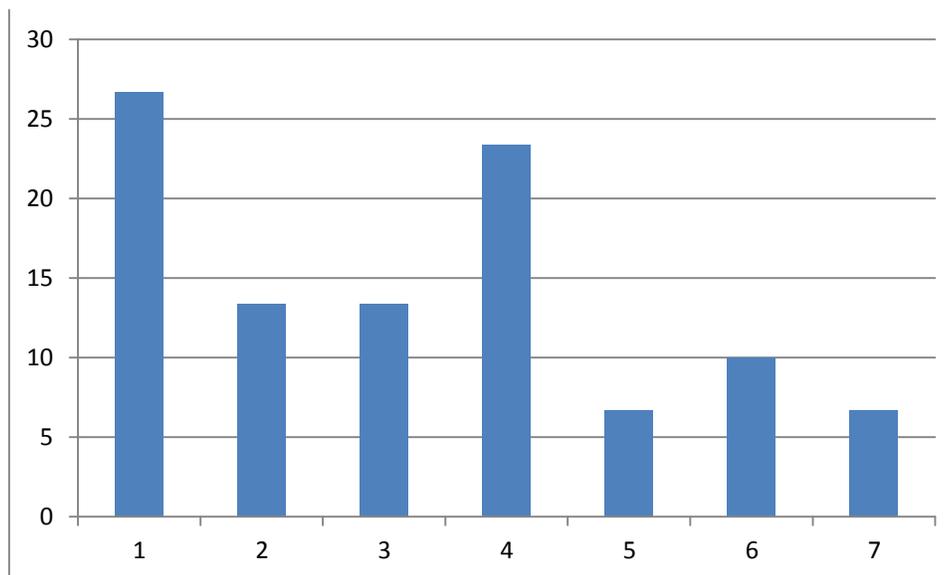


Descripción: El 50% de las mujeres nos comenta que si tomo anticonceptivos antes de embarazarse y el otro 50% dijo no haber tomado anticonceptivos antes de embarazarse

Interpretación: Se aprecia en la siguiente gráfica que la mitad de las pacientes encuestadas contestó que si tomo anticonceptivos antes del embarazo y la otra mitad refirió que no tomo anticonceptivos.

Gráfica 4

Si su respuesta es sí ¿cuáles utilizo?

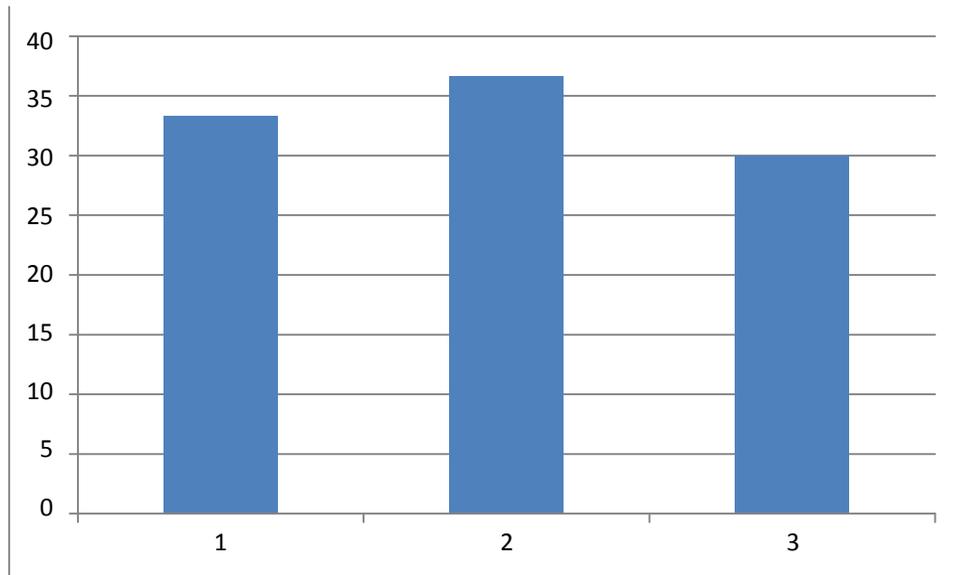


Descripción: El 27% utilizo hormonales, 13% utilizo dispositivo uterino, 13% métodos de barreras, 23% coito interrumpido, 7% abstinencia sexual, 10% lactancia, 7% métodos empíricos.

Interpretación: Se observa en la siguiente tabla que los dos métodos anticonceptivos más usados son los hormonales y el coito interrumpido.

Grafica 5

¿Cuáles cree que son los riesgos de un embarazo múltiple?

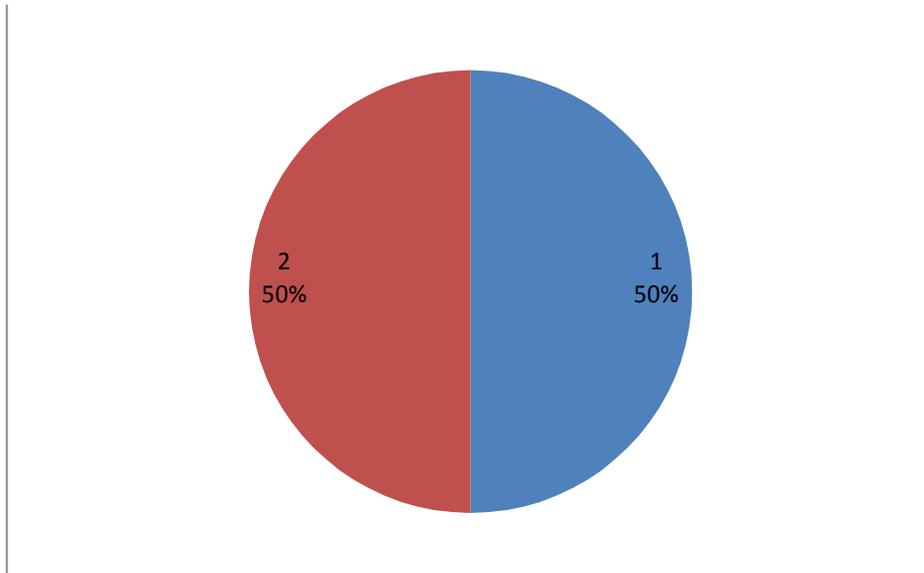


Descripción: El 33% fue preeclampsia, 37% fue anemia, 30% fue desnutrición.

Interpretación: Sabemos que la respuesta correcta es la preeclampsia sin embargo ocupa el segundo lugar con la diferencia de 3 puntos bajo la anemia estamos conformes con el resultado que se obtuvo ya que la pregunta se realizó a pacientes que no son profesionales en obstetricia y que no obstante si tienen conocimientos de un embarazo múltiple.

Gráfica 6

¿Sabe usted sobre el método de fertilización artificial?

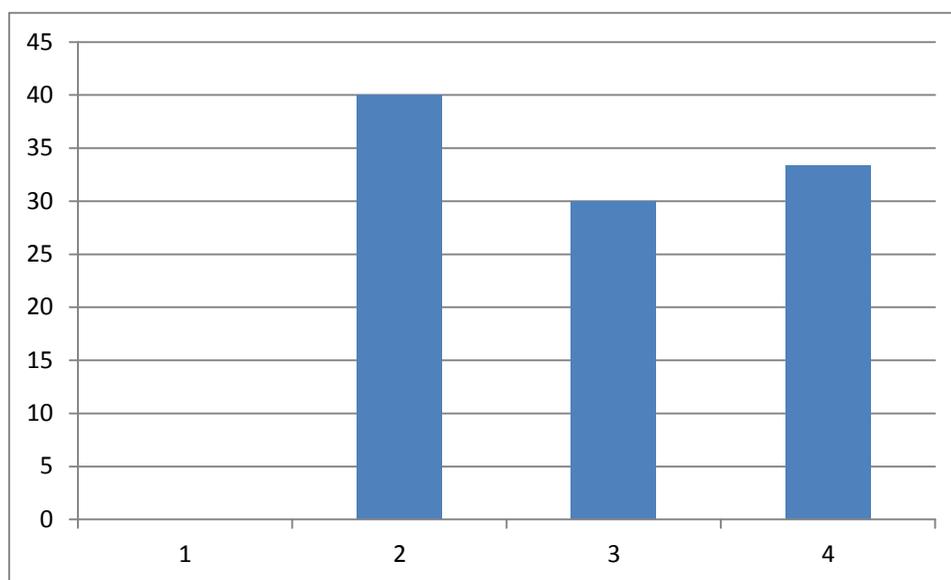


Descripción: El 50% conoce acerca de este método mientras que el otro 50% dijo que no lo conoce.

Interpretación: Existe un equilibrio en esta respuesta sin embargo no es favorable en esta respuesta ya que la mitad de nuestra población no conoce los métodos de fertilización.

Gráfica 7

¿Sabe usted a que edad son más frecuentes los embarazos múltiples?

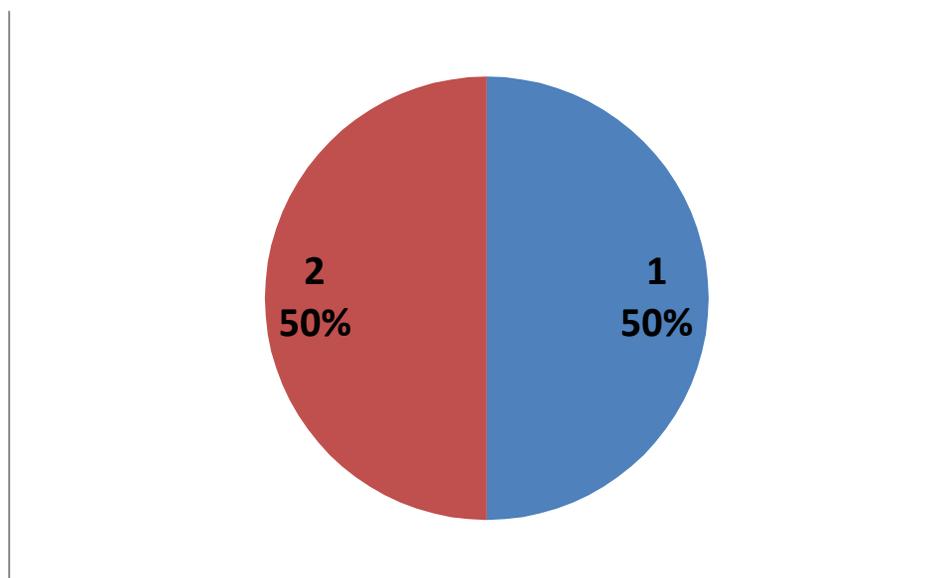


Descripción: Un 40% de nuestra población respondió que son más frecuentes entre los 20-25 años, el 30% 25-35 años mientras que 33% menciona que es de 35-40 años.

Interpretación: Nuevamente la mayoría de las mujeres que fueron encuestadas la mayoría dieron la respuesta incorrecta.

Gráfica 8

¿Usted se realizó estudios para saber si su embarazo es múltiple?

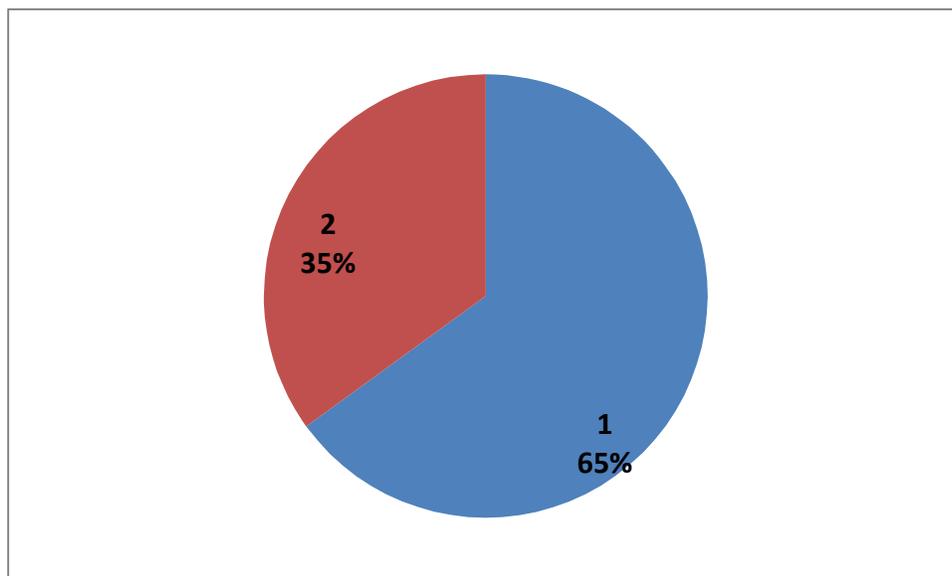


Descripción: Un 50% de las encuestadas respondió que sí y un 50% nos dijo que no.

Interpretación: Ya que el 50% de estas mujeres respondió que no se hace estudios durante su embarazo, nos hace pensar que desafortunadamente no asisten a un control prenatal.

Gráfica 9

¿Sabe usted si el embarazo múltiple puede ser hereditario?

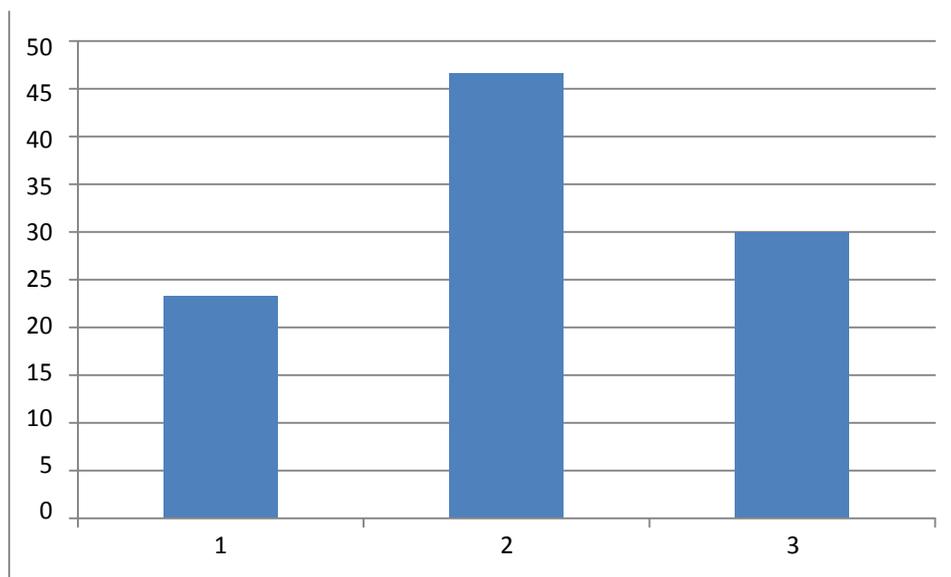


Descripción: El 65% contestó que sí saben, 35% contestó que no.

Interpretación: Se observa que la mayoría de nuestra población contestaron que son hereditario y una pequeña población dice que no es hereditario.

Gráfica 10

¿En que mes de gestación se debe interrumpir un embarazo múltiple?

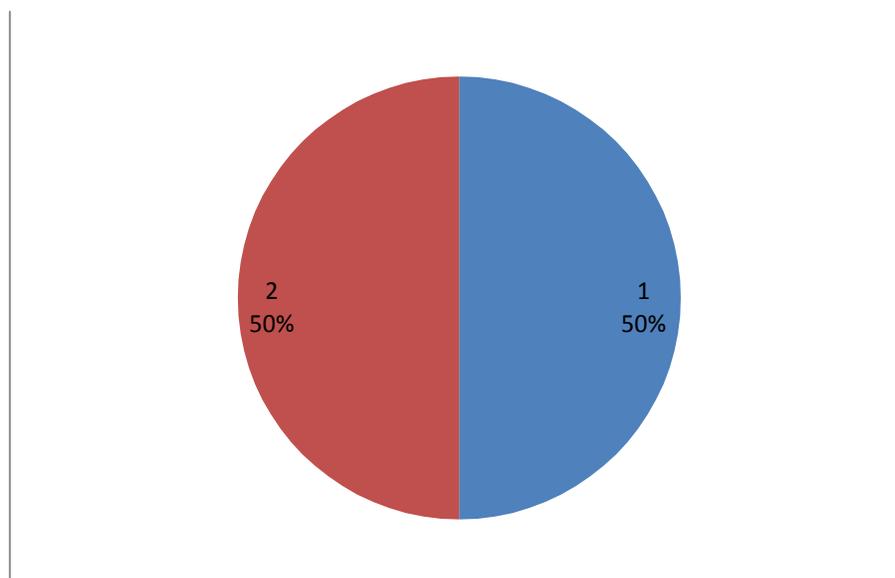


Descripción: El 23% contestó de 0-3 meses, 47% de 3-6 meses y un 30% de 7-9 meses.

Interpretación: Es lógico que las personas entrevistadas no tienen amplio conocimiento sobre la interrumpir el embarazo múltiple.

Gráfica 11

¿Cuáles son los factores que condicionan un embarazo múltiple?

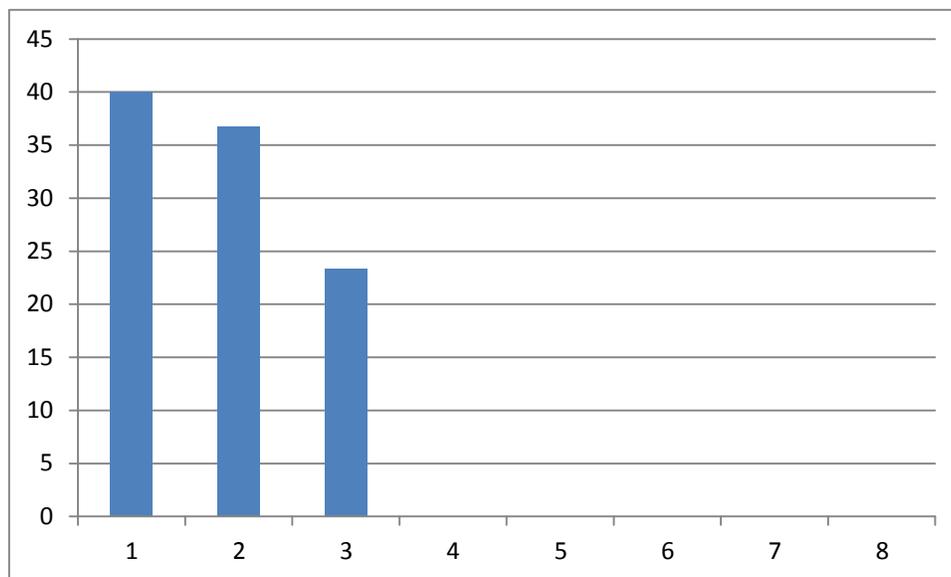


Descripción: El 50% contestó que son hormonales y un 50% que son genéticos.

Interpretación: podemos comprobar que la población entrevistada conoce los principales factores que condicionan para que exista un embarazo múltiple, existe nuevamente un equilibrio en las respuestas.

Gráfica12

¿Usted sabe cuáles son los cuidados que debe tener durante su embarazo múltiple?

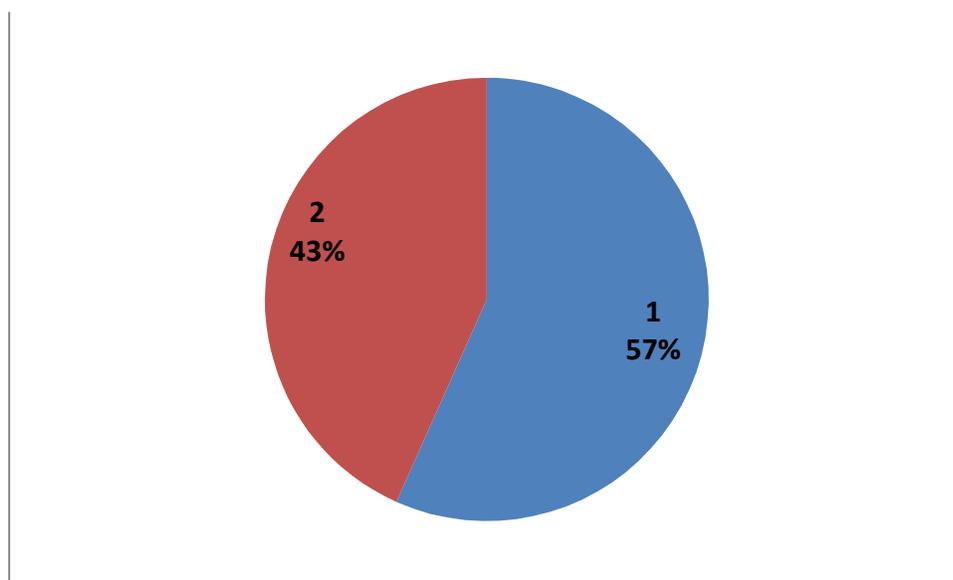


Descripción: El 40% contestó que una buena alimentación, un 36% dijo que tomar ácido fólico y el 24% restante que la aplicación de vacunas.

Interpretación: La mayoría reconoce que debe llevar una buena alimentación en el embarazo.

Gráfica13

¿Usted ha recibido información por parte de alguna institución sobre algún programa para recibir información de cómo debe de llevar los cuidados de un embarazo múltiple?

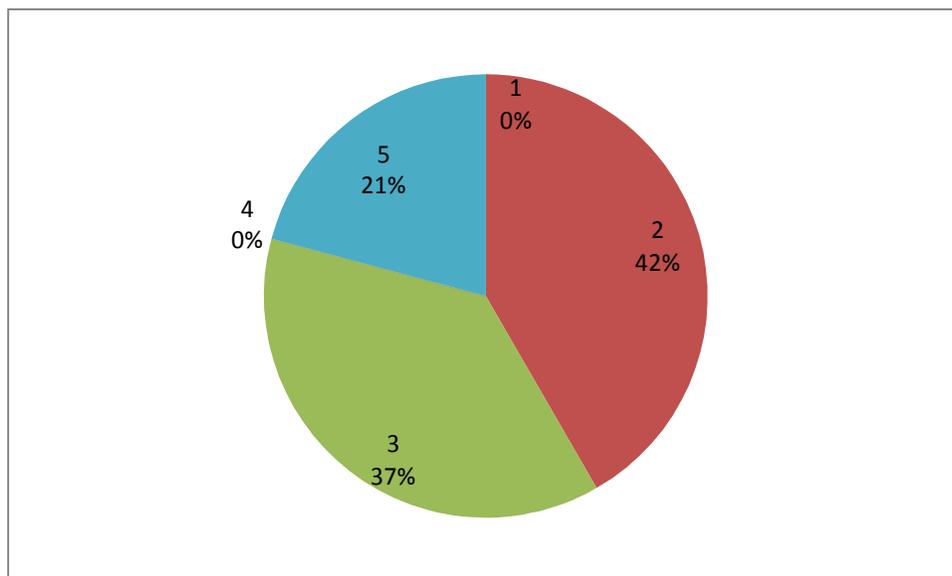


Descripción: Esta pregunta arrojó como resultado que le 57% de las mujeres sí ha recibido información sobre los cuidados que debe llevar, mientras que el 47% no ha recibido.

Interpretación: aunque la mayoría de las pacientes sabe sobre los cuidados que deberá llevar, aún existe un alto porcentaje sin saberlo, caemos de nueva cuenta en que no asisten a un control prenatal o que las instituciones no están poniendo empeño en educar a las personas.

Gráfica14

¿Ha llevado un control sobre su embarazo, a cuántas consultas asistió?

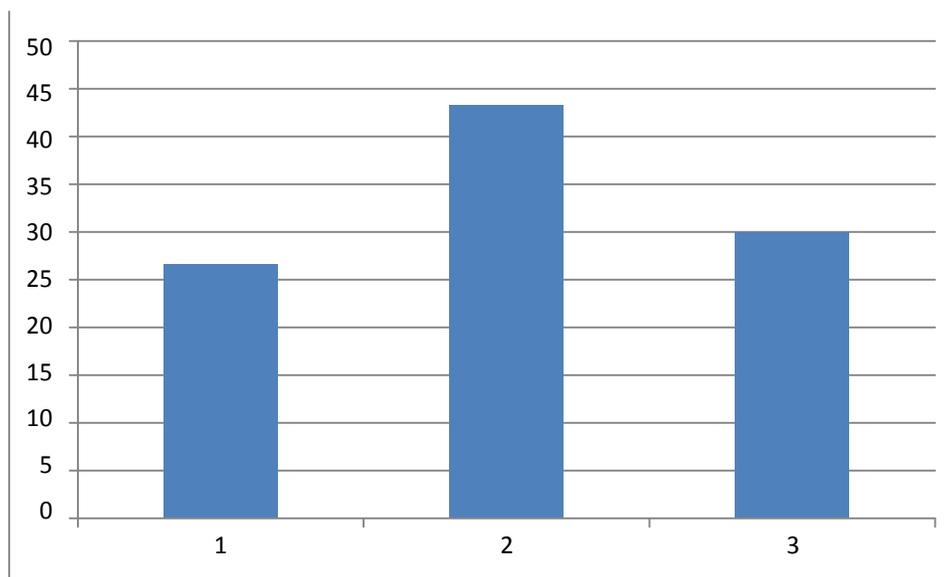


Descripción: 42% de las mujeres embarazadas tuvo de 3-2 consultas, el 37% de 5-7 consultas y un 21% de 7-9 consultas.

Interpretación: Un embarazo múltiple es considerado de alto riesgo, por lo tanto la paciente debe acudir con más frecuencia a consultas prenatales, desafortunadamente la desinformación no les permite llevar un control adecuado.

Gráfica 15

¿Y en qué le sirvió haber acudido a sus citas de control prenatal?

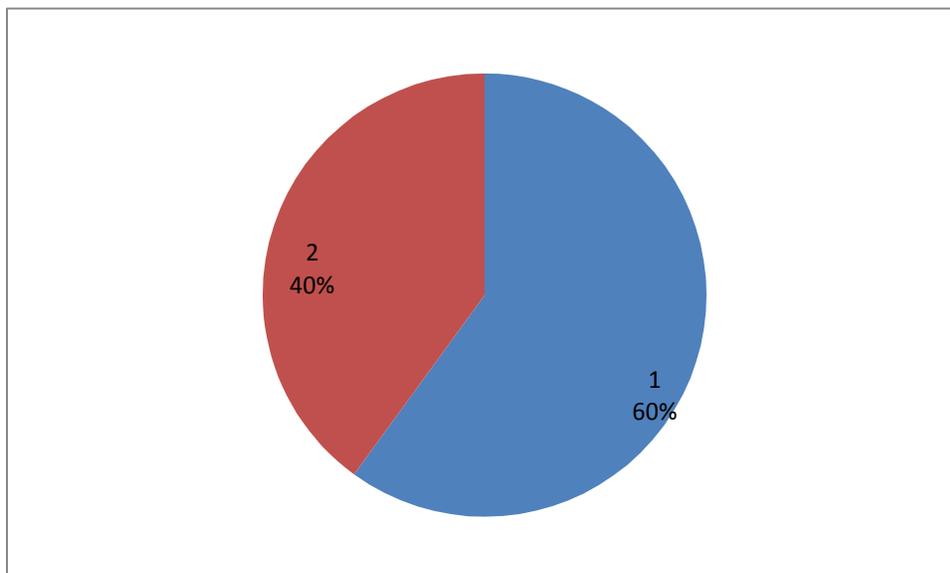


Descripción: El 27% respondió que para identificar su embarazo múltiple, el 43% dijo que para llevar un buen control prenatal y un 30% para que su embarazo llegara al mejor término posible.

Interpretación: la mayor parte de las pacientes entrevistadas sabe la importancia de llevar un buen control prenatal, y hacer un diagnóstico oportuno y por consecuencia aplicar el mejor tratamiento.

Gráfica 16

¿Le gustaría que hubiera más información sobre embarazos múltiples?

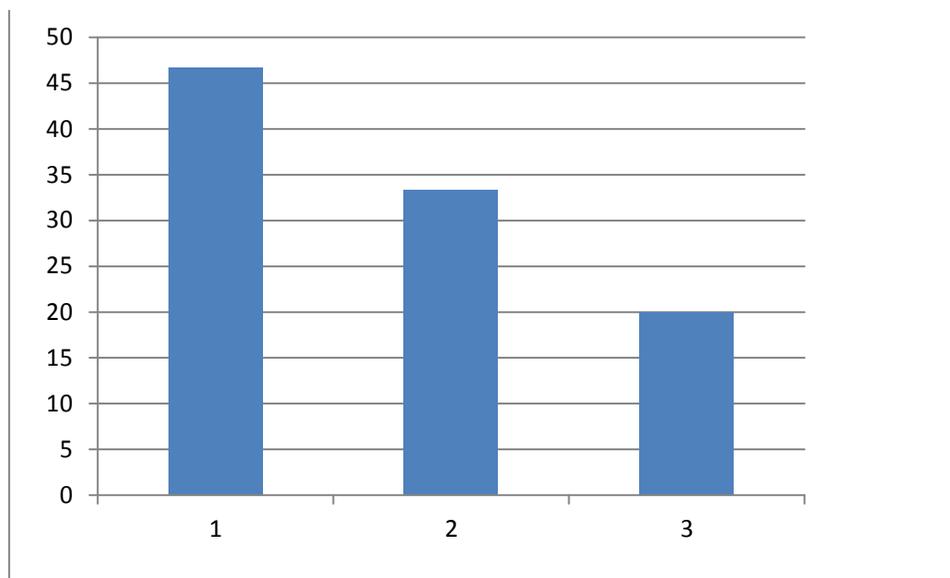


Descripción: El 60% de las encuestadas dijo que sí le gustaría que hubiera más información, mientras que un 40% no le gustaría.

Interpretación: Aunque a la mayoría le gustaría que hubiese más información, al parecer siguen existiendo personas indiferentes a los conocimientos.

Gráfica 17

¿Cuáles son sus sugerencias sobre este tema?

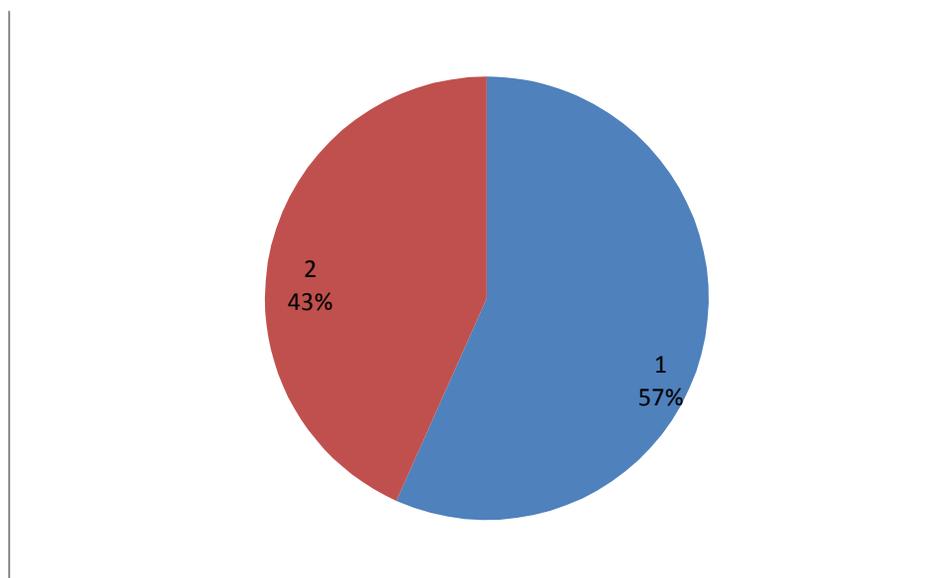


Descripción: El 47% sugirió que exista más información, un 33% sugirió que se proporcionaran platicas en el centro donde se atiende y el 20% restante que también se llevarán a cabo prácticas para a prender a tender a más de un bebé a la vez en casa.

Interpretación: Las pacientes sí están interesadas en conocer sobre embarazos múltiples y cómo poder sobre llevar esta situación.

Gráfica 18

¿Le gustaría tener un embarazo múltiple?

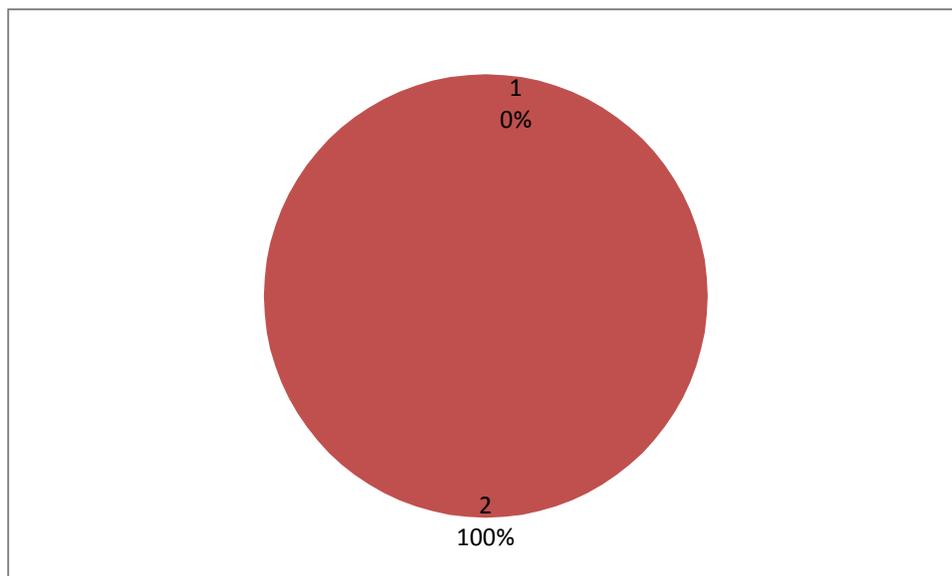


Descripción: El 57% de las mujeres respondió que sí le gustaría un embarazo múltiple y el 43% dijo que no.

Interpretación: Ya que a la mayor parte de las entrevistadas les gustaría tener más de un bebé a la vez, y que en preguntas anteriores demostraron tener un conocimiento sobre embarazos múltiples, nos damos cuenta de que no es suficiente ese conocimiento ya que deberían saber que es un riesgo para la salud materna y fetal y por, lo tanto es patológico.

Gráfica 19

¿Sabía Usted que los embarazos múltiples no llegan a término como lo sería un embarazo único?

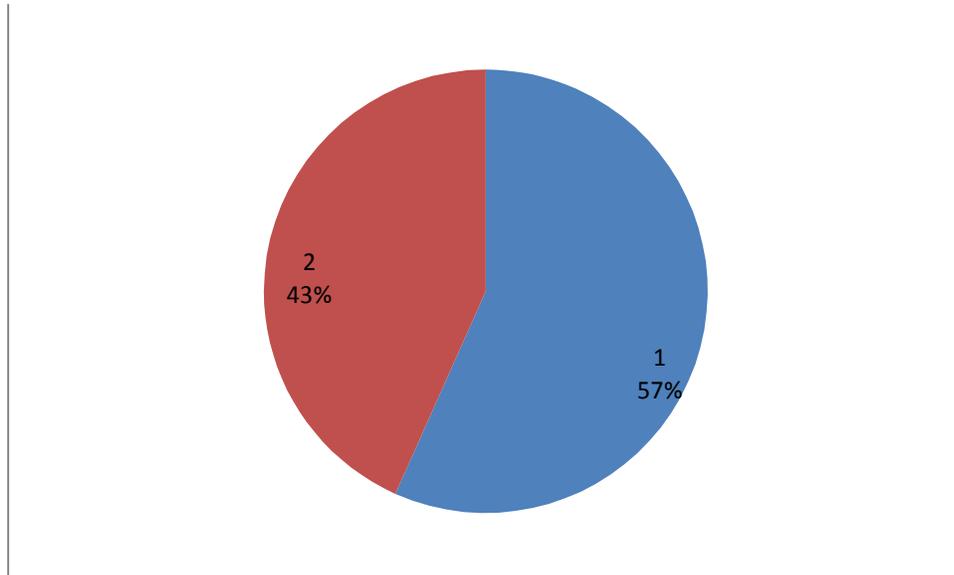


Descripción: El 100% acertó en su respuesta.

Interpretación: Todas las pacientes entrevistadas tienen el conocimiento y razón al decir que un embarazo con más de un producto no llega a término.

Gráfica 20

¿Sabe usted cuál es la diferencia entre gemelos y cuates?



Descripción: El 47% no sabe cuál es la diferencia mientras que el 57% si sabe cuál es la diferencia.

Interpretación: De nueva cuenta caemos a que la mayoría las pacientes tiene cierta información acerca de embarazos múltiples.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y

SUGERENCIAS

Conclusiones

Se logro comprobar la hipótesis mediante la encuesta realizada sobre los tratamientos de fertilidad son la causa principal de presentar un embarazo múltiple.

En mi objetivo general se logra distinguir que los tratamientos de fertilidad son la causa un embarazo múltiple en mujeres de 25 a 35 años de edad.

En los objetivos específicos se conoció que con los tratamientos de fertilidad es una causa específica de que se dé un embarazo múltiple.

Se puede observar en las graficas pasada que los tratamientos de fertilidad es la causa más común de presentar un embarazo múltiple y que el paciente está informado de su estado así como sus cuidados que debe seguir desde su dieta, vitaminas, acido fólico, hierro, calcio etc.

Sugerencias

Como profesional de enfermería se sugiere que cada una de las mujeres se les otorgue platicas de cómo debe llevar el cuidado de su embarazo.

Se sugiere que en todos los centros de salud donde se atienden embarazos múltiples se implementen programas para que lleguen a una culminación mejor de los mismos.

BIBLIOGRAFÌAS

Bibliografía

Ahued Ahued J Roberto Dr., Fernández del Castillo Carlos Dr. (2003) Ginecología y Obstetricia Aplicadas (2da Edición). Editorial el manual moderno, S. A. de C. V. Dr. México D.F.

Burroughs Arlene (1999). Enfermería Materno Infantil (7ma Edición). Editorial McGRAW-HIL INTERAMERICANA Editores S.A. de C.V. México D.F.

Fiorelli Rodríguez Sergio Dr. Alfaro Rodríguez Héctor Dr. (1996). Complicaciones Médicas en el Embarazo. (1ra Edición). Editorial, Mc GRAW-HILL INTERAMERICANA. México D.F.

Gally Esther (1977). Manual Práctico Para Parteras (1ra Edición), Editorial Pax-México. México D.F.

Mattson Susan, Smith Judy (2001) Enfermería Materno-infantil (2da Edición) Editorial McGRAW-HILL Interamericana. México D.F.

Neeson Jean D. (2002) Consultor de Enfermería Obstetrica, (Edición Española)
Grupo Editorial Oseano. España.

ANEXOS

19- ¿sabe usted que es un gemelo monocigoto y un dicigótico?

a) si

b) no

20- en caso afirmativo, sabe cuál es la diferencia entre uno y otro?

a) si

b) no