

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

CLAVE: 8722



TESIS

PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL EMBARAZO DE LA VIDA FÉRTIL EN
MUJERES PREMENOPAÚSICAS EN LA PERSPECTIVA DEL DR CARLOS
BARRERA

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

ALEJANDRA MEJÍA RUIZ

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF MARIA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN. 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

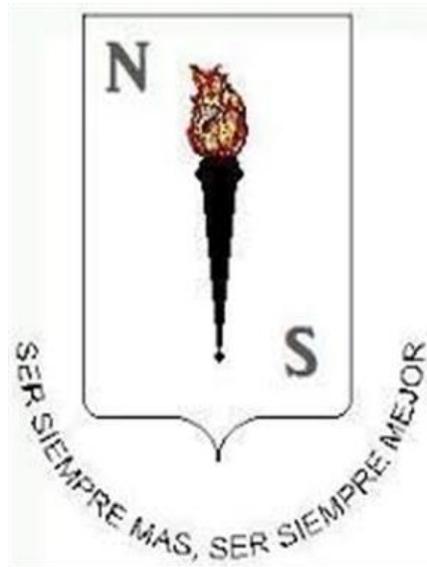
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

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

CLAVE: 8722



TESIS

PARTICIPACION DE ENFERMERÍA EN EL EMBARAZO DE LA VIDA FÉRTIL EN
MUJERES PREMENOPAÚSICAS EN LA PERSPECTIVA DEL DR CARLOS
BARRERA

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

ALEJANDRA MEJÍA RUIZ

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF MARIA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN. 2018

Agradecimientos:

A través de este trabajo quiero exteriorizar mi sincero agradecimiento a la Escuela de Enfermería de nuestra señora de la salud y en ella a los distinguidos docentes quienes con su profesionalismo y ética puesto en las aulas enrumban a cada uno de los que acudimos con sus conocimientos que nos servirán para ser útiles a la sociedad.

La Licenciada Martha Alcaraz Ortega quien con su experiencia como ha sido la guía idónea, durante el proceso que ha llevado en formar enfermeras con los valores y humanismo, me ha brindado el tiempo necesario, como la información para que este anhelo llegue a ser felizmente culminada.

A las sores que con esfuerzo, dedicación y tiempo nos brindan la disciplina y los valores necesarios para ejercer nuestra profesión, y tener un espíritu de servicio al prójimo.

A mis amigas que a lo largo de la carrera hicieron mis ratos más amenos y más ligeros, entre risas y juegos al igual que en los momentos difíciles estuvieron ahí para apoyarme.

Dedicatoria:.

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mi madre, por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional, por darme los valores que me formaron como mujer, con su ejemplo de servicio y trabajo así, como luchar por conseguir siempre lo que se quiere alcanzar, por el impulso a seguir siempre adelante a pesar de los problemas que se presenten, por hacerme una mujer independiente que luche por sus ideales.

A mi papa, que con sus consejos me ha ayudado a afrontar los retos que se me han presentado a lo largo de mi vida, por su amor incondicional, cariño y afecto.

Agradezco a mis hermanos que me apoyaron en todos los momentos, y en las dificultades que se presentaron a durante toda la carrera.

Gracias.

Contenido

1. INTRODUCCION:	1
2. MARCO TEORICO	2
2.1 Vida y obra:	2
2.2 Influencias	3
2.3 Hipótesis:	4
2.4 Justificación:	4
2.5 Planteamiento del problema	4
2.6 Objetivos	5
2.6.1 General:	5
2.6.2 Específicos:	5
2.7 Metodología:	5
2.8 Variables:	6
2.9 Encuesta y resultados:	6
2.10 Graficado	8
3. GENERALIDADES	9
3.1 Concepto de embarazo:	9
3.2 La menopausia:	10
3.3 Clasificación del embarazo:	10
3.4 características de una mujer premenopáusica:	10
3.5 Ventajas de un embarazo en mujer premenopáusica:	10
3.6 Desventajas:	10
3.7 Edad máxima para que la mujer se embarace:	11
3.8 Cuidados del personal de salud hacia la usuaria:	11
3.9 Comportamiento del embarazo en mujeres mayores de 40 años:	12
4. PREMENOPAUSIA Y EMBARAZO	12
4.1 Etiología:	12
4.2 Cambios fisiológicos y síntomas más frecuentes de un embarazo:	13
4.3 Cambios en Sistema musculo esquelético:	13
4.4 Cambios Genitales internos femeninos:	14
4.5 Cambios en Piel y anexos:	14

4.6 Cambio e Hiperpigmentación:.....	14
4.7 Sistema endocrino:	14
4.8 Sistema cardio circulatorio:.....	15
4.9 sistema respiratorio:.....	15
4.10 Sistema nefro urológico:.....	16
4.11 Sistema digestivo:.....	17
4.12 Sistema hematológico:	18
4.13 Glándulas mamarias:.....	18
4.14 Modificaciones vasculares:.....	18
4.15 Modificaciones metabólicas:.....	19
4.16 Estudios de laboratorio:	21
4.17 Fases del embarazo mes a mes:	22
4.18 Medición de la altura uterina:.....	25
4.19 Palpación abdominal:.....	26
4.20 Auscultación de la frecuencia cardiaca fetal:.....	31
4.21 Valoración del riesgo perinatal:	33
5. COMPLICACIONES MÉDICAS CONTAMINANTES CON EL EMBARAZO.....	34
5.1 Riesgos en el embarazo a edad avanzada:.....	34
5.2 Embarazo gemelar.....	37
5.3 Presentación anormal del feto	37
5.4 Periodo de la vida que se comprende el embarazo en edad avanzada	37
5.5 Valoración psicosocial.....	39
5.6 Aspectos psicosociales de la gestación	39
6.- EDUCACION MATERNA.....	42
6.1 Éxito de los embarazos después de los 35 años	44
6.2 La edad afecta la fertilidad	45
6.3 Pros y contra de un embarazo en los 30- 35 años de edad.....	45
6.4 Pros y contras de un embarazo en mujeres de los 35 a los 40s.....	46
6.5 Pros y contras de un embarazo de los 40 a los 44 años.....	47
6.6 ¿Es seguro el embarazo después de los 35 años?	47
6.7 ¿Cuáles son los problemas o complicaciones que se pueden presentar en un embarazo después de los 35 años?.....	47
6.8 ¿Es importante la salud de la madre que tiene de 30 a 45 años antes del embarazo?.....	48

6.9 ¿Cómo puede reducir sus riesgos una mujer embarazada?	49
6.10 Dieta y nutrición apropiada	50
6.11 Parto.....	50
6.11.1 Tipos de parto:.....	51
6.11.2 Etapas del parto:	51
6.12 El recién nacido	53
6.12.1 En el postparto inmediato.....	54
6.13 Profilaxis de enfermedades prevalentes.....	55
6.14 Diagnóstico precoz de enfermedades	56
6.14.1 Oto emisiones acústicas:.....	56
6.14.2 Hidratación y nutrición	57
6.14.3 Manipulación:.....	57
6.14.4 Examen físico.....	57
6.15 Fisiologías por aparatos del recién nacido:.....	62
6.15.1 Termorregulación.....	64
6.15.2 Fisiología Digestiva	65
6.15.3 Fisiología Renal.....	65
6.15.4 Fisiología Hepática	67
6.15.5 Fisiología inmunológica.....	67
7.- HIGIENE ESPECÍFICA DEL RECIEN NACIDO.	68
7.1 La adaptación:.....	68
7.2 El vínculo:.....	69
7.3 Establecimiento de la lactancia materna:	69
7.4 Cuidados generales del recién nacido:	70
7.5 Observaciones en el recién nacido a tener en cuenta:	71
7.6 Cuidados específicos:.....	71
7.6.1 Cómo esterilizar los productos infantiles.....	71
7.6.2 Sus primeros baños	72
7.6.3 No hay que dejar nunca solo al recién nacido para evitar el riesgo de caídas y ahogamiento.....	72
7.6.4 Exámenes, evaluaciones y puntos que no deben ignorarse en un recién nacido.....	74
7.7 Cuidados de la madre hacia el recién nacido:.....	81
7.7.1 Dele a la madre bastante de beber y de comer si tiene hambre.....	81

7.7.2 Las primeras semanas después del parto y sus cuidados:	81
7.7.3 Señas de peligro de un sangrado excesivo:	82
7.8 Cuidados generales de la madre después del parto:	84
8.- REHABILITACION Y CUIDADOS.....	86
8.1 Qué hacer para tener un embarazo saludable:.....	86
8.2 Cuidados durante el embarazo	86
8.3 Educación materna:.....	86
8.4 Diabetes	89
8.4.1 Hipertensión arterial:.....	90
8.4.2 Preeclampsia	90
8.4.3 Eclampsia	90
8.4.4 Hemorragias placenta previa:	92
8.4.5 Placenta previa:	93
8.4.6 Anemia	95
8.5 Termorregulación	100
8.6 El cuidado a la mujer que experimenta el embarazo de alto riesgo en la perspectiva de la sistematización de la asistencia de enfermería.....	101
10.BIBLIOGRAFÍA	107
10.1 Básica:.....	107
10.2 Complementaria :	109
11. GLOSARIO:	111

1. INTRODUCCION:

Una de las principales consecuencias de postergar el embarazo hasta una edad más avanzada es que, a partir de los 35 años y a medida que la mujer se hace más mayor, su fertilidad sufre un deterioro importante, de modo que se incrementan las dificultades para concebir. Una vez superada la barrera de los 40, algunos especialistas apuntan que la tasa de esterilidad femenina se eleva hasta el 65% - 70%.

Cuanta más edad tiene la madre, existe mayor riesgo de que el feto sufra enfermedades genéticas.

Este deterioro de la fertilidad no afecta tan solo al descenso de la posibilidad de quedarse embarazada, también implica un incremento de la tasa de abortos, debido al deterioro cualitativo de la función ovárica, que provoca fallos en la implantación del embrión en el útero materno. Tal como reseña el manual de "Obstetricia y medicina materno-fetal", de la Editorial Médica, entre los 40-44 años, la tasa de abortos por nacidos vivos es del 77,7%.¹

Sabemos, que la edad fértil de la mujer termina sobre los 47 años, aunque desde los 35 la tasa de fertilidad espontánea desciende de forma rápida hasta valores del 5% a los 40 años. El descenso de fertilidad espontánea provoca que a los 40 años la esterilidad en la mujer sea de alrededor del 65-70%, la principal causa de esta esterilidad es la edad de los propios ovocitos, la mujer nace con un número fijo de óvulos y a este hecho se suma, que con el tiempo se dan con más frecuencia embriones anormales que dan lugar a fallos en la implantación e incremento del número de abortos. Con el paso de los años, disminuye progresivamente el número de óvulos en el ovario y se producen más ciclos sin ovulación y el endometrio se hace menos receptivo.

Hoy en día, son más las mujeres que se quedan embarazadas a partir de los 35 años, a causa de su ingreso en la sociedad, ocasionado por un estímulo laboral, amoroso, económico o profesional); además esta situación hace que más mujeres quieran tener un segundo hijo a partir de los 40.

El presente trabajo tiene por objeto determinar los factores de riesgo materno fetales en mujeres con edad avanzada. Su realización se ejecutó a partir de la entrevista,

revisión de historias clínicas y más documentos existentes sobre los factores de riesgo materno fetales que se presentan en mujeres con edad avanzada.

Según el estudio de algunos documentos, la maternidad a edades avanzadas incrementa los riesgos de salud para la madre y el niño, la posibilidad de abortos y de enfermedades genéticas.

Una mujer en edad avanzada necesita un análisis personalizado tanto de su estado de salud físico como psicológico. Cada caso es diferente y se tiene que analizar como tal para asegurarse de que está preparada.

En este estudio nos centramos en los trastornos maternos fetales a los que se encuentra expuesta una mujer con edad avanzada. Estas mujeres aumentan el riesgo de padecer trastornos cardiovasculares, diabetes, hipertensión, etc. que pueden incrementarse con el embarazo, aunque haya un constante control médico, hay riesgos muy elevados de sufrir en el parto y posparto hemorragias severas. Además, existe un mayor riesgo de presentar problemas con la placenta y sangrado durante el embarazo. En todo caso el embarazo es de alto riesgo.

En resumen, se puede decir que no solo es complicado quedarse embarazada a partir de los 35 años de edad, sino que además es muy peligroso tanto para la madre como para el feto.

2. MARCO TEORICO

2.1 Vida y obra:

El ginecólogo de la Clínica Las Condes, Carlos Barrera, advierte a qué se exponen las mujeres que retrasan la maternidad hasta después de esa edad.

La postergación de la maternidad es una opción cada vez más común entre las mujeres hoy en día, ya sea porque privilegian su desarrollo profesional o simplemente para disfrutar de su tiempo. Sin embargo, si bien esto responde a un cambio social, el cuerpo de la mujer sufre cambios con la edad. El doctor Carlos Barrera, ginecólogo de la Clínica Las Condes, explica cuáles son los riesgos que existen en los embarazos a partir de los 40 años:

Desde el punto de vista fisiológico, dice el doctor Barrera, la fertilidad femenina disminuye desde los 34 o 35 años, luego se produce un quiebre importante alrededor

de los 40 años y uno mucho más dramático a los 45 años, lo que no significa que una mujer espontáneamente no se pueda embarazar: “La probabilidad disminuye dramáticamente, pero existe”, dice el especialista.

Según el doctor Barrera, las mujeres que a esa edad logran espontáneamente o por técnicas de fertilización asistida concretar un embarazo se verán expuestas a mayor cantidad de riesgos: la aparición de diabetes, hipertensión arterial crónica o preeclampsia, que es un desorden hipertensivo que aparece durante el embarazo. Aunque estas enfermedades no pueden ser transmitidas al feto, una madre diabética durante la gestación sí tiene mayor probabilidad de que su niño sea obeso durante su infancia y su adolescencia o tenga más enfermedades cardiovasculares en su vida adulta.

El gineco obstetra señala que una mujer mayor de 40 años aumenta el riesgo a un aborto espontáneo, que duplica o triplica su frecuencia respecto a mujeres que logran su embarazo espontáneo antes de esa edad, y también esas mujeres tienen una mayor tasa de prematuros, de inducción y de cesáreas también. “Eso hoy día es transversal en las publicaciones que uno encuentra en Estados Unidos y en Europa”.

Por esto, el doctor Barrera indica que esas mujeres van a requerir un control muy más personalizado del que comúnmente se realiza en una mujer que se embaraza entre los 30 y los 40 años.

2.2 Influencias

- Amplia experiencia en el manejo de la clínica de displasia cervical, así como múltiples casos resueltos de problemas de la estática pelvi genital como plastias vaginales, corrección del prolapso genital por colposacropexia, reparación para vaginal, cirugía anti-incontinencia además realización de histerectomía tanto con técnica abierta, total laparoscópica y vaginal.
- El ginecólogo trabaja en estrecha colaboración tanto con los otros miembros del equipo expatriado como con el equipo nacional (enfermeros, matrones, técnicos de laboratorio, etc.).
- Entre las responsabilidades de los ginecólogos, están atender los actos quirúrgicos obstétricos planificados y de emergencia y las complicaciones del

parto, hacer el seguimiento posoperatorio conjuntamente con los anestesiastas, etc.

- Las habilidades clínicas y la capacidad resolutoria serán claves para enfrentarse a la carencia de infraestructuras. Una parte muy importante del trabajo que los ginecólogos desarrollan en el terreno es la supervisión y formación del personal nacional.

2.3 Hipótesis:

Los embarazos en los extremos de la vida fértil traen complicaciones a las mujeres expuestas e involucradas tanto adolescentes como mujeres premenopáusicas.

Regularmente las mujeres no conocen de este tipo de complicaciones que un embarazo a cierta edad trae consigo.

2.4 Justificación:

En este problema se ven afectadas mujeres más vulnerables a padecer las complicaciones que implica tanto el embarazo, parto y puerperio.

Es muy importante porque ciertas complicaciones son muy serias y pueden llevar a la mujer a la muerte.

Se hace posible resolverlo con la modificación de la manera de pensar, tomándose en cuenta el rango de edad reproductiva y las condiciones más adecuadas del cuerpo para poder nutrir a un nuevo ser.

Es importante que el personal de salud brinde información y orientación a este grupo de madres gestantes para que tomen las medidas necesarias y puedan llegar a un parto y alumbramiento satisfactorio, con un bebé sano.

2.5 Planteamiento del problema

El embarazo en la edad de 35 años en adelante significa un problema de salud pública muy importante, debido a que se considera un embarazo de alto riesgo, tanto que la mayoría de las mujeres de estas edades ya tienen padecimientos de otras enfermedades, que ponen en riesgo la vida del feto y hasta la de ellas mismas, al igual que las complicaciones que un embarazo a estas edades conllevan son más severas.

Debido a que la edad premenopáusica es una etapa de cambios fisiológicos en la mujer y en su mayoría son hormonales, cuestión que complica un probable embarazo

a esta edad debido a que el funcionamiento del cuerpo ya está en decadencia y es más difícil concebir un feto sano del todo sin complicación alguna.

A pesar del gran avance en la educación sexual y reproductiva, aun son elevados el número de embarazos no planeados en mujeres añosas o premenopáusicas significando gran reto para la sociedad.

2.6 Objetivos

2.6.1 General:

Orientar a las mujeres en edad fértil el periodo adecuado para un embarazo idóneo y las condiciones de este y así evitar que sea de alto riesgo, así como identificar los factores de riesgo materno fetal de mujer en edad avanzada.

2.6.2 Específicos:

Conocer los riesgos que implica un embarazo a mayor edad, bien sea con orientación de enfermería o personal médico que este más cercano a su comunidad.

Informar a las mujeres premenopáusicas sobre los cuidados que deben tener para evitar un embarazo de alto riesgo en una edad inadecuada.

Dar a conocer las complicaciones que un embarazo traerá consigo, debido a que el cuerpo no está en las mejores condiciones para recibir un nuevo ser porque su tiempo reproductivo ya paso y no serán los mismos nutrientes aportados al feto.

Determinar la frecuencia de embarazo en mujeres de edad avanzada

Identificar factores de riesgo en mujeres gestantes con edad avanzada y recién nacido.

2.7 Metodología:

Método inductivo: de lo particular a lo general.

Se aplicará mediante la percepción de las edades que necesitan más información, y se llevara a la práctica educando de manera directa a las mujeres de edades más afectadas en este caso serán las mujeres mayores de 30 años con embarazo. En este método se utiliza la intuición y consiste en percibir con que material se va a trabajar para impartir la educación y se adquiera un mejor aprendizaje.

Método comparativo: comparación entre los diversos elementos sometidos al estudio para determinar sus diferencias y similitudes identificando la relación que existe entre ellas.

Se va a hacer una comparación entre las diferentes edades en que se presentan los embarazos, se pondrán en comparación también las complicaciones que se presentan en cada uno de estos, así como cuál es la frecuencia en la que se presentan el mayor número de embarazos. Se encuestará a una determinada comunidad o determinado lugar para hacer el conteo.

Método cuantitativo: recolección de datos que serán sometidos a una medición numérica con el fin de probar su hipótesis y solventar una pregunta de investigación. Aquí se va a profundizar y estudiar sobre el embarazo en mujeres de edad mayor a la edad adecuada para embarazo, esta información será utilizada para la toma de decisiones y así poder dar una solución o buscar una técnica para disminuir este tipo de embarazos utilizando también un método científico. La investigación requiere considerar no solo lo que se relaciona con el diagnóstico médico de los embarazos en mujeres añosas y en donde más se producen y de las acciones para la promoción, prevención y rehabilitación de la salud, sino de los factores de riesgo que se vinculan con ellos.

2.8 Variables:

Si las mujeres en edad fértil conocen los riesgos que hay al embarazarse a mayor edad, menores serán los embarazos con complicaciones en el feto y habrá una buena salud reproductiva y de menor riesgo para su vida.

Entre más información se le dé a la población femenina en edad reproductiva adecuada, reducirá el número de las mujeres añosas embarazadas, las muertes maternas serán menos al igual que las complicaciones durante y después del embarazo.

La mujer al conocer la edad adecuada para el embarazo será consiente para planificar un embarazo.

2.9 Encuesta y resultados:

Alejandra Mejia Ruiz

**ESCUELA DE ENFERMERIA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNAM**

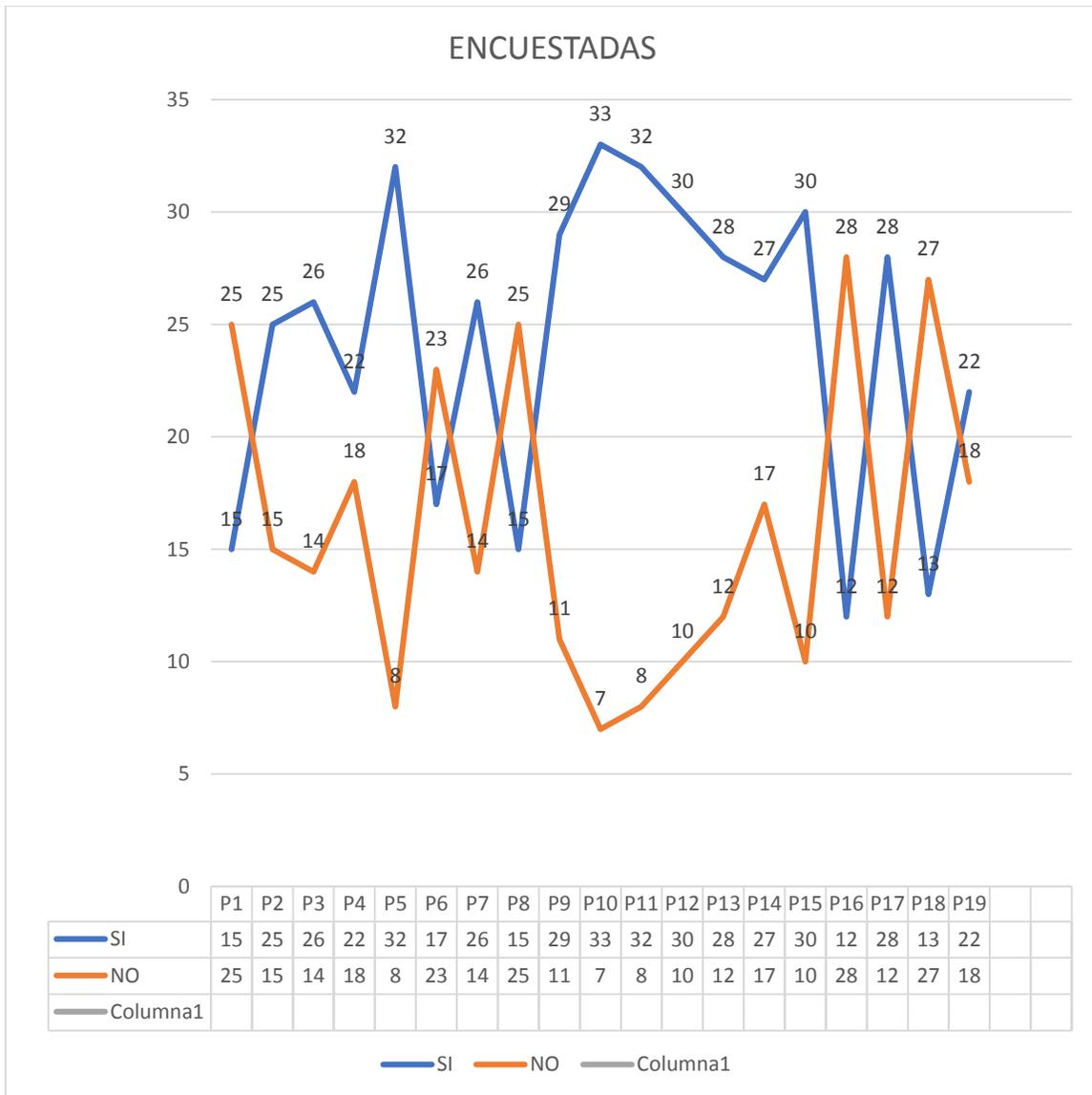
Embarazo en mujeres añosas

Sea tan amable de contestar las siguientes preguntas de acuerdo a sus conocimientos, marcando la respuesta que crea usted más conveniente:

Pregunta	Si	No
1.- ¿Recibió información sobre la edad reproductiva antes de su primera menstruación?		
2.- ¿Sabe usted que es el embarazo no deseado?		
3.- ¿Recibió información sobre salud sexual en edad juvenil?		
4.- ¿Sabe que complicaciones puede traer consigo un embarazo en una mujer premenopáusica?		
5.- ¿Cree usted que sea necesario informar a las mujeres en general de los riesgos que conlleva un embarazo en una edad avanzada?		
6.- ¿Ha utilizado algún método anticonceptivo?		
7.- ¿Sabe usted que alimentación debe llevar una mujer durante el embarazo?		
8.- ¿Tiene conocimiento sobre las vitaminas y minerales necesarias para nutrir al feto?		
9.- ¿Conoce los cambios fisiológicos que presenta una mujer embarazada?		
10.- ¿Cree usted que la enfermera tiene responsabilidad de promover información sobre estos embarazos en edad añosa?		
11.- ¿La información brindada por el personal de enfermería es útil?		
12.- ¿Cree usted que existen riesgos en un embarazo en edad de una mujer añosa?		
13.- ¿Conoce usted algunas de las complicaciones fetales que puede desarrollar el feto si se embaraza a una edad mayor a la adecuada?		
14.- ¿Conoce los tipos de métodos anticonceptivos?		

15.- ¿conoce usted el rango de edad más adecuada para tener un embarazo?		
16.- ¿Cree usted que es conveniente tener un hijo después de los 35 años?		
17.- ¿Cree que el personal de enfermería debe estar capacitado para dar este tipo de información?		
18.- ¿el personal de enfermería alcanza a resolver todas sus dudas?		
19.- ¿Le interesa saber más sobre embarazos en edad adulta?		

2.10 Graficado



3. GENERALIDADES.

3.1 Concepto de embarazo:

El embarazo es un proceso o estado fisiológico que comienza con la unión de un espermatozoide y un ovulo y termina con el nacimiento de un nuevo ser.

3.2 La menopausia:

se define como el cese permanente por más de doce meses de la menstruación, secundaria a la pérdida de la actividad hormonal en el ovario. Conforme avanza la menopausia se encuentra un aumento en gonadotropinas: hormona folículo estimulante (FSH), hormona luteinizante (LH), baja secreción ovárica de esteroides (estradiol y progesterona) y una disminución de por lo menos un 50% de la testosterona. Estos cambios dan lugar a un hipoestrogenismo, que finalmente culmina con el aumento de los niveles de andrógenos (Schmidt et al, 2010).

Los aspectos psicológicos en la menopausia pueden dividirse en tres grandes grupos: el primero relacionado con síntomas vasomotores (VMS), los propiamente derivados de la carencia de hormonas a nivel cerebral y los sociopsicológicos.

3.3 Clasificación del embarazo:

Embarazo intrauterino: Es el conocido embarazo normal, donde el embrión se implanta dentro del útero donde crece y se desarrolla sin ningún problema o alteración.

Embarazo ectópico: Ectópico significa “Fuera de lugar”, aquí el óvulo fertilizado se implanta fuera del útero o de la placenta y el feto comienza a desarrollarse allí, es muy probable que se sitúe en las trompas de Falopio, sin embargo, también se puede albergar en el ovario, en el abdomen y en la parte inferior del útero, el bebé en estos casos no podrá sobrevivir.

Embarazo molar: Este tipo de embarazo se produce porque el óvulo fue fertilizado anormalmente. La placenta es la protagonista, ésta comienza a crecer de manera desproporcionada, durante los primeros meses de gestación y se convierte en una masa de quistes, que se asemeja a un racimo de uvas blancas. El embrión no se forma en absoluto o se forma mal y no puede sobrevivir.

3.4 características de una mujer premenopáusica:

- Que la mujer tenga más de 35 años
- Que este en comienzos del climaterio.

3.5 Ventajas de un embarazo en mujer premenopáusica:

Que la madre tiene más experiencia para educar a su hijo, así como para brindar los cuidados necesarios o adecuados en el recién nacido.

3.6 Desventajas:

- Probable pérdida de la vida del feto y de la madre

- Complicaciones durante el embarazo como ruptura de membranas, embarazo previo.
- Enfermedades congénitas y malformaciones en el producto.

3.7 Edad máxima para que la mujer se embarace:

Según progresa la edad de la mujer, su fecundidad experimenta una progresiva disminución. Es así como la fecundidad femenina se altera con la edad, mostrando una lenta y constante declinación entre los 20 y 35 años de edad, con una aceleración progresiva en esta disminución en los siguientes diez años, de modo que la frecuencia de embarazos y nacimientos de niños es rara después que la mujer cumple 45 años de edad (1). Esta disminución de la fecundidad se atribuye a distintas causas, incluyendo cambios en los ovocitos, disminución de la frecuencia y eficiencia de la ovulación, disminución en la frecuencia coital, disminución de la receptividad uterina y complicaciones del embarazo (2-4). Hasta el desarrollo de la tecnología de donación de gametos, era impensado que una mujer pudiera concebir y parir un bebé después de la menopausia. Sin embargo, en la actualidad no es raro el reporte de casos de mujeres en su quinta, o incluso sexta década, que paren un bebé producto de la donación de ovocitos de mujeres jóvenes (5,6). Dado que ya no existe esta limitación para conseguir embarazos, esto plantea la disyuntiva de hasta qué edad realizar estos procedimientos. Si bien las mujeres que conciben naturalmente y tienen un parto después de los 45 años de edad representan un grupo selecto, excepcionalmente fértil, en el cual el envejecimiento ovárico está diferido significativamente (1), y podrían servir como referencia para los médicos y pacientes que están considerando realizar un ciclo con donación de gametos.

3.8 Cuidados del personal de salud hacia la usuaria:

- Invitar a las mujeres o parejas a realizar una planificación familiar, en donde se llegue a un acuerdo de cuantos hijos tener y a qué edad, así como el espaciamiento de los mismos.
- recomendar un método anticonceptivo seguro que pueda evitar un embarazo a edad avanzada.
- Realizar campañas para promover la vida saludable de la mujer premenopáusica.

3.9 Comportamiento del embarazo en mujeres mayores de 40 años:

el embarazo en edad materna avanzada ha sido considerado como de alto riesgo y más aún si es el primero. Obregón Yáñez² menciona que la nuliparidad a ≥ 36 años aumenta 3.3 veces el riesgo de complicaciones materno-fetales, tales como las anomalías congénitas, abortos, óbitos, diabetes, macrosomía, enfermedad hipertensiva del embarazo, menor calificación en la escala de Apgar y anomalías en la inserción placentaria. En este estudio la nuliparidad alcanzó un 42.47%.

En general el tema trata del embarazo de las mujeres en edad premenopáusica, siendo de mucho riesgo para la salud de la mujer y para el producto.

Muchas de las ocasiones son situaciones que no se pueden evitar siendo esto a la larga repercusión en problemas genéticos que en el futuro repercuten en el desarrollo social para la sociedad.

4. PREMENOPAUSIA Y EMBARAZO

4.1 Etiología:

Los elementos esenciales para el parto normal son multifactoriales requiriéndose una secuencia de cambios que empiezan por el feto: madurez cerebral, pulmonar y renal, funcionamiento adecuado de su sistema hormonal (hipófisis, hipotálamo, adrenales), funcionamiento placentario y continúan con la madre con la función de la decidua, el miometrio y los procesos para la madurez cervical.

Desde ese punto de vista, las principales causas del embarazo prolongado son:

- Demora en la maduración del cerebro fetal, la cual puede explicarse por una variación biológica o por un defecto intrínseco.
- Deficiencia o ausencia del sistema hipotálamo-hipófisis, como es el caso de la anencefalia.
- Deficiencia o ausencia del sistema adrenal, como es el caso de la hipoplasia congénita de las glándulas suprarrenales.
- Carencias en la función placentaria, como es el caso de la deficiencia de la sulfatas placentaria la cual conlleva un nivel bajo de estrógenos.
- Falla en la función de las membranas fetales: La decidua es rica en prostaglandinas PGs, principalmente la PGF_{2a}, El amnios también es rico en PGs principalmente PGE₂, por el contrario, el corion cataboliza las PGs por

medio de la 15 hidroxiprostaglandina deshidrogenasa. Lo anterior hace que un desbalance en este sistema expresado en una deficiencia en la producción de PGs lleve a una demora en la maduración cervical.

El miometrio cumple su papel al ser inhibido por la progesterona y el AMPc y estimulado por las PGs, el calcio y la oxitocina. La IgA A al ser un inhibidor de la fosfolipasa A2 también altera la producción de PGs y en consecuencia la maduración cervical. Un desbalance en estos elementos además de una deficiencia de receptores para las PGs y la oxitocina pueden explicar el embarazo prolongado. Los factores cervicales fueron explicados inicialmente por Danforth en 1947 al descubrir que el cérvix estaba constituido por fibras de colágeno y no por músculo liso como se consideraba en la antigüedad, dichas fibras de colágeno están formadas por cadenas de proteoglicanos que a su vez contienen glucosaminoglicanos, siendo el más abundante la condroitina y su éfimer el dormitan sulfato, éstas son las que le brindan la consistencia rígida al cérvix.

4.2 Cambios fisiológicos y síntomas más frecuentes de un embarazo:

La mantención del feto en el útero, proporcionándole un medio ambiente favorable, y el apropiado aporte de nutrientes y oxígeno para su desarrollo, requiere una serie de cambios adaptivos maternos. Estos cambios fisiológicos adaptivos son en su gran mayoría secundarios a eventos mecánicos y eventos hormonales (altos niveles de progesterona y estrógenos de origen placentario).

Los cambios fisiológicos adaptativos crean el medio favorable para el feto, pero a su vez, son responsables de síntomas frecuentes y propios del embarazo, en este capítulo precisaremos los principales cambios adaptativos y los síntomas que ellos ocasionan.

4.3 Cambios en Sistema musculoesquelético:

Aparición precoz de hiperlordosis lumbar, hiperextensión de la musculatura para vertebral, aducción de los pies y separación de las ramas pubianas en la sínfisis pubiana.

Estas modificaciones fisiológicas ocasionan dolor pubiano y dolor lumbar como síntomas característicos del embarazo. Para su alivio se puede utilizar paracetamol y calor local.

4.4 Cambios Genitales internos femeninos:

Para permitir el crecimiento y desarrollo del feto y los anexos ovulares, el útero aumenta su tamaño progresivamente. Este aumento del tamaño de útero y los ligamentos de soporte, da origen a variados síntomas de los que la embarazada suele quejarse: dolor similar a la menstruación, dolor tipo “puntada” o “tirón” inguinal, sensación de peso hipogástrico o dolor tipo puntada vaginal o rectal.

4.5 Cambios en Piel y anexos:

Eritema palmar y arañas vasculares (hiperestrogenizadas). Estrías de distensión primero color rosado violáceo, que se desarrollan en forma perpendicular a las líneas de tensión de la piel, y luego son blancas y atróficas. En general se desarrollan en el segundo trimestre del embarazo y se puede atribuir a la distensión cutánea del abdomen y a los mayores niveles de corticoesteroides del embarazo. Estos últimos tienen la capacidad de disminuir la síntesis de colágeno y el número de fibroblastos en la dermis. Las estrías son irreversibles y se correlacionan con las características de la piel de cada mujer. El no subir mucho de peso ayuda parcialmente a prevenirlas. Asociados a la aparición de estrías, las pacientes suelen quejarse de prurito leve.

4.6 Cambio e Hiperpigmentación:

Se da principalmente en mujeres de piel oscura y no siempre desaparecen. Ocurre hasta en el 90 % de las mujeres embarazadas. Es uno de los signos más precoces y evidentes del embarazo. Se ubica principalmente en regiones sensibles a la influencia hormonal: pezones, areola, vulva y región perianal. Otras zonas características son la línea parda umbilical y el melasma. Esto también puede ocurrir en mujeres que usan anticonceptivos hormonales. Es importante el uso de protector solar.

Los estrógenos y la progesterona son fuertes inductores melanogénicos, la hormona estimulante de melanocitos se ha encontrado consistentemente elevada desde el final del segundo mes gestación hasta el término del embarazo. Cuando la mujer está embarazada, se pierde la acción de la dopamina, y con esto se pierde su efecto inhibitorio sobre la propia melanocorticotrofica con lo que se produce una marcada hiperpigmentación de la piel.

4.7 Sistema endocrino:

- Hipófisis

Aumento de volumen y producción de lactó tropos, encargados de la producción de prolactina. Recordar síndrome de Sheehan: cuadro caracterizado por un hipopituitarismo posparto, producto de la necrosis hipoperfusión hipofisaria, secundaria a shock hipovolémico en el contexto de la hemorragia excesiva durante el parto. Síntomas: galactita, fatiga, amenorrea hipotensión.

- Tiroides

Los síntomas del embarazo pueden simular un hipo o hipertiroidismo. La paciente se mantiene eutiroides, sin embargo, existe aumento de TBG, T3 Y T4 libres se mantiene en rangos normales. El control debe hacerse siempre con TSH Y T4 libre.

- Suprarrenales

Existe producción de ACTH placentaria de islotes pancreáticos, que estimula la producción de cortisol. Por los estrógenos existentes aumento de CBG (proteína transportadora de esteroides). El cortisol libre se mantiene en rangos normales.

- Páncreas

En el primer trimestre existe hiperplasia de islotes pancreáticos, aumento de la secreción de insulina y aumento de la utilización periférica de glucosa. Esto ocasiona una reducción de glicemia de ayuno. En el segundo y tercer trimestre se produce aumento de la resistencia a la insulina mediante niveles mayores de esta hormona.

4.8 Sistema cardio circulatorio:

Aumenta el débito cardíaco por aumento de volumen circulante. Además, existe leve aumento de la frecuencia cardíaca y del volumen de eyección. A nivel vascular periférico, existe disminución de la presión arterial y de la resistencia vascular periférica. Los rangos de presión oscilan entre 80/50 y 100 / 60. Por estos cambios la embarazada suele manifestar: palpitaciones, cefalea y lipotimia.

4.9 sistema respiratorio:

Durante el embarazo el consumo de oxígeno aumenta en aproximadamente un 18%. Casi 1/3 del aumento de dicho consumo es necesario para el metabolismo fetal y placentario. El resto es utilizado para los procesos metabólicos aumentados de la madre, fundamentalmente para la filtración, excreción y reabsorción aumentadas del riñón.

Durante el embarazo se genera un aumento en la ventilación y una caída asociada de la pCO₂ que ocurre en el embarazo probablemente por la acción de la progesterona que actúa por varios mecanismos:

- Aumenta la sensibilidad del centro respiratorio al CO₂, por lo que un alza de 1mmHg aumenta la ventilación en un 5L/min en el embarazo, comparado con 1.5L/min fuera de él.
- Es posible que la progesterona también actúe como un estimulante primario del centro respiratorio, independiente de cualquier cambio en el umbral o la sensibilidad al CO₂.
- Disminuye la resistencia de la vía aérea y aumenta la frecuencia respiratoria.
- Aumenta el volumen corriente como sobre compensación al aumento del consumo de oxígeno generado por sus propios requerimientos.
- Aparece la respiración costal.
- Mediante la excreción de bicarbonato en la orina, el riñón compensa la alcalosis respiratoria que se genera al disminuir la pO₂.

Debido a esta adaptación respiratoria las embarazadas refieren: dificultad respiratoria, y cansancio.

4.10 Sistema nefro urológico:

Modificaciones anatómicas:

- Cada riñón aumenta 1- 1.5cm de longitud.
- La pelvis renal se dilata.
- Los uréteres se dilatan por el borde superior de la pelvis ósea. Además, se elongan, se ensanchan y se curvan.
- Aumenta el éxtasis urinario que puede hacer más difícil la interpretación de los análisis de la función renal y facilita la aparición de una infección urinaria.

Factores que contribuyen a la dilatación de la vía urinaria:

- Niveles elevados de progesterona contribuyen a la hipotonía del músculo liso del uréter.

- El complejo venoso ovárico del ligamento suspensorio aumenta lo suficiente de tamaño como para comprimir el uréter contra el borde de la pelvis ósea, causando así la dilatación que se observa por sobre ese nivel.
- El dextro rotación del útero durante el embarazo puede explicar por qué generalmente el uréter derecho está más dilatado que el izquierdo.
- La hiperplasia del músculo liso en el tercio distal del uréter puede causar reducción de su luz.

A nivel renal, aumenta el flujo plasmático y la filtración glomerular. Esto último explicaría por qué algunos pacientes presentan glucosuria o proteinuria con capacidad de reabsorción tubular disminuida.

En general las mujeres embarazadas pierden sodio, ya que la progesterona actúa como la hormona anti-mineralocorticoide sobre la aldosterona.

El volumen de orina no se modifica, sin embargo, con frecuencia la embarazada se queja de micción frecuente, probablemente por compresión vesical.

4.11 Sistema digestivo:

También en relación a los cambios en los niveles de progesterona, disminuye la motilidad del estómago, intestino delgado e intestino grueso. A su vez disminuye el tono del esfínter esofágico inferior, con lo que aumenta el riesgo de reflujo gastroesofágico.

Para el tratamiento de este, durante el embarazo se prefiere el uso de antiácidos y ranitidina por sobre el omeprazol, ya que tiene mayor nivel de seguridad.

En algunas mujeres existe distensión abdominal y disminución en la función de la vesícula biliar, aumentando el riesgo de cólicos biliares. Este último se debe a la hipotonía de las paredes del músculo liso de la vesícula. La colecistoquinina, regulador primario de la contractilidad vesículas, aparentemente estaría inhibida por la progesterona.

Esta alteración contráctil llevaría al éxtasis biliar, que, asociada con el aumento de la saturación de colesterol del embarazo, explicaría la asociación de cálculos vesiculares de colesterol a la paridad. El aumento de los niveles de colesterol es considerado normal en las mujeres embarazadas.

Producto de los altos niveles de estrógenos, aumenta la síntesis de proteínas hepáticas; sin embargo, esto no tiene repercusión clínica. Son síntomas digestivos frecuentes: distensión abdominal, reflujo gastroesofágico, pirosis y constipación.

4.12 Sistema hematológico:

El volumen sanguíneo aumenta en un 60% y la mayor parte ocurre antes de la 32 a 34 semanas. En el embarazo se considera indispensable esta hipervolemia para cubrir las necesidades de oxígeno y soportar el aumento de la demanda de sanguínea del útero con su sistema vascular hipertrofiado y de baja resistencia.

A nivel de las células sanguíneas se observa disminución de las plaquetas y aumento de la masa de eritrocitos y leucocitos en un 30%. Esto último sumado al aumento del volumen plasmático, hace que se genere un estado de “anemia fisiológica”. Los valores mínimos de hematocrito son: primer trimestre 33%, segundo trimestre 30% y tercer trimestre 33%.

También existe alteración en los factores de la coagulación. Aumentan los factores VII, VIII, IX, X y I, no se alteran los factores II, V y XII, bajan los factores XI y XIII.

Con lo anterior se explica que durante el embarazo existe un estado de hipercoagulación.

El riesgo de tromboembolismo en la población general es de 1/10.000 y en mujeres embarazadas 1/1000. El período de mayor riesgo es el puerperio.

4.13 Glándulas mamarias:

Desde el comienzo de la gestación la glándula mamaria se prepara para la lactancia y es posible observar el aumento de la irrigación mamaria, aumento del volumen mamario, secreción láctea y pigmentación de la areola. Con frecuencia las embarazadas se quejan de congestión mamaria, galactorrea y prurito en los pezones.

4.14 Modificaciones vasculares:

Edema: Principalmente de miembros inferiores.

Asociado a:

- Aumento de la retención hídrica.
- Aumento de la permeabilidad vascular.
- Aumento del flujo sanguíneo.
- Disminución de la presión osmótica del plasma.

Telangiectasia carcinoides: Se desarrollan entre el segundo y quinto mes de embarazo. Presente en el 57% de las mujeres embarazadas de piel blanca. Se presentan en áreas drenadas por la vena cava superior: parte superior del tórax y cara. Desaparecen en el post parto.

VARICES: Afectan al 40% de las embarazadas.

La etiología es múltiple:

- Aumento de la presión venosa en los vasos pélvicos y femorales por compresión del utero-gravido.
- Aumento de la volemia.
- Fragilidad aumentada del colágeno.
- Tendencia hereditaria.

4.15 Modificaciones metabólicas:

Metabolismo del agua: Aumenta la retención hídrica. El agua corporal total aumenta 7 a 9 litros hacia el final del embarazo. Esto se distribuye proporcionalmente entre el comportamiento materno y el feto placentario. En la madre el 75% del incremento hídrico se ubica en el espacio extracelular. El edema de extremidades inferiores se debe tanto a este mecanismo, como a la compresión de la vena cava inferior por el útero gravídico.

Metabolismo proteico: El 50% del anabolismo proteico corresponde al contenido placentario, y el 50% restante se distribuye entre la mama y la sangre materna. Para el anabolismo proteico es además indispensable una ingestión adecuada de lípidos e hidratos de carbono.

Metabolismo de hidratos de carbono: El embarazo es un estado potencial diabetogénico y su evolución normal se caracteriza por una moderada hipoglicemia de ayunas, hiperglicemia postprandial e hiperinsulinemia. La hipoglicemia podría explicarse por hipertrofia, hiperplasia e hipersecreción de las células B del páncreas observadas durante el embarazo. Es sabido que los estrógenos, la progesterona y el lactógeno placentario tienen participación en estos hechos.

Metabolismo lipídico: Existe un estado de hiperlipemia durante la gestación. Existe elevación de ácidos grasos, colesterol (HDL, LDL), fosfolípidos y triglicéridos. La fracción de LDL es la que más aumenta. La placenta ejerce una fuerte demanda de

colesterol. Los ácidos grasos se reservan en forma de triglicéridos. La madre utiliza grasa y la convierte en energía. Mientras que el feto reserva para sí los hidratos de carbono y aminoácidos.

Metabolismo del calcio: La homeostasis del calcio es regulada por un sistema de complejo que involucra al aparato hormona, a la calcitonina. La vitamina D es una hormona sintetizada por la piel o ingerida. La hormona D₃ es metabolizada por el hígado a 25 hidroxivitamina D₃, y los riñones. La decidua y la placenta la convierte en su forma biológicamente activa 1,25 (OH) 2D₃.

Las concentraciones maternas de hormona D₃ aumentan durante el embarazo, promoviendo la absorción de calcio y su transporte al feto. La acción de la calcitonina es la opuesta a la PTH, y el Calcitriol. Las disminuciones agudas o crónicas de los niveles plasmáticos de calcio o magnesio plasmático estimulan la liberación de la PTH, mientras que los incrementos de calcio o magnesio disminuyen su secreción.

Existen autores que proponen que durante el embarazo no se pierde mayor masa ósea ni mineral, y se apoyan en una menor incidencia de fracturas en la paciente multigestas con respecto a nulíparas en el periodo del climaterio.

Metabolismo del hierro: En el embarazo la demanda de hierro aumenta principalmente para satisfacer las demandas de la masa eritrocitaria en expansión, y secundariamente los requerimientos de la placenta y del feto. El feto tiene el hierro de la madre por transporte activo a través de la placenta, en su mayor parte, las últimas cuatro semanas del embarazo.

El requerimiento total de hierro en el embarazo es de 700-1400mg. Globalmente es de 4mg/día en el embarazo, pero aumenta a 6.6 mg/día en las últimas semanas de la gestación.

Una dieta adecuada provee aproximadamente 14mg de hierro al día, del que se absorbe solo 1 a 2 mg. La absorción de hierro aumenta al final de la gestación; sin embargo, esto no permite proveer hierro suficiente a la embarazada, por lo que la suplementación siempre es necesaria. Se recomienda aportar 100mg de hierro elemental al día. En el servicio público se administra sulfato ferroso en comprimidos de 200mg, pero que lo contiene 25mg de hierro elemental.

4.16 Estudios de laboratorio:

Aquí enunciamos los exámenes más utilizados para complementar la evaluación clínica de la gestante. Estos exámenes son:

- Cuadro hemático.
- Clasificación sanguínea: grupo y Rh de la gestante.
- Serología.
- Parcial de orina.

Otros exámenes se solicitan según hallazgos de la anamnesis y el examen físico; además, se recomienda hacer un control de hemoglobina y hematocrito, serología y parcial de orina en el último trimestre, para prevenir problemas maternos y perinatales en el parto.

Cuando es necesario en la consulta inicial se piden pruebas para diagnosticar la gestación. Si la gestante llega a la primera consulta con el resultado de sus exámenes de laboratorio, se interpretan y se verifica si están completos; en caso contrario se ordenan.

Valores normales de los exámenes de laboratorio en la gestante

Cuadro hemático:

- Hemoglobina: 11.5 a 12 g por litro
- Hematocrito: 37 a 39%
- Recuento leucocitario: 6.000 a 10.000

Parcial de orina:

- Densidad: 1.010 a 1.030
- pH: 5 a 6
- Leucocitos: hasta 3 por campo
- Bacterias: de ++ a +++
- Albúmina: trazas
- Glucosa: trazas
- Eritrocitos: (—)

Repetir el parcial de orina en las semanas 26 a 30, porque la infección urinaria está asociada frecuentemente a partos prematuros y la bacteriuria puede ser asintomática.

Serología: Se aconseja hacer una determinación en la primera consulta; idealmente antes de las 16 semanas de edad gestacional. Esto permite prevenir la sífilis congénita; más allá de este tiempo el tratamiento cura la infección, pero no previene las secuelas de la sífilis congénita en el niño.

Conviene repetir la serología en el último trimestre, cuando se ha hecho antes de las 20 semanas. Los test serológicos de sífilis se hacen reactivos de las cuatro a seis semanas de la infección. Si el resultado de VDRL es positivo, la gestante debe ser tratada y seguir las normas de vigilancia epidemiológica.

Clasificación sanguínea: En la primera consulta se solicita la clasificación de grupo y Rh a la gestante. Si ella es Rh (—) se debe clasificar el padre del niño y si él es Rh (+) se remite a la gestante al nivel correspondiente para su diagnóstico y manejo.

4.17 Fases del embarazo mes a mes:

Cada mes en el ovario de la mujer un folículo es estimulado y se desarrolla hasta que se libera un óvulo. Este óvulo llega hasta las trompolecistoquinina, reguladoras de Falopio a la espera de encontrarse con un espermatozoide.

El hombre expulsa millones de espermatozoides durante el eyaculado y los deposita en el interior de la vagina. A partir de este momento los espermatozoides inician una carrera cuya meta es encontrar al óvulo, atraviesan todo el útero y llegan a las trompas de Falopio donde se encuentran con el óvulo.

Tan sólo el espermatozoide más rápido y eficaz atravesará la gruesa membrana que envuelve el óvulo y se produce la fecundación. Los núcleos del óvulo y el espermatozoide se fusionan, a partir de este momento ya existe el cigoto que posteriormente se desarrollará en embrión, ha nacido una nueva vida.

Primer mes de embarazo

El óvulo fertilizado se transforma en un embrión con dos pequeñas células que se divide vertiginosamente. Tres días después de la fertilización el embrión posee entre 16 y 32 células. Se transforma en un blastocisto de 100 células a los cuatro días.

El embrión recorre la trompa de Falopio en busca de la seguridad del útero y seis días después se adhiere fuertemente al endometrio produciéndose la implantación. Es difícil conocer el día exacto de la implantación, por lo que se considera como primer día de embarazo el primer día de la última menstruación.

Nos encontramos por tanto en el primer mes. Al finalizar la cuarta semana el embrión es un pequeño disco circular de aproximadamente 2,5 mm de diámetro.

Segundo mes de embarazo

Durante el segundo mes de embarazo se forman las tres capas de células que darán lugar a todos los tejidos del futuro bebé. Se origina la médula espinal, el cerebro, el corazón, el intestino y la piel. Se forman los ojos, orejas, nariz y labio superior de la boca y los miembros se empiezan a desarrollar.

Tercer mes de embarazo

En el tercer mes de embarazo finaliza el periodo embrionario y se inicia el periodo fetal, por lo que el embrión pasa a denominarse feto. El futuro bebé ya posee todos sus órganos, aunque éstos todavía deben desarrollarse por completo. Crece hasta unos 8,5 cm de longitud, momento en que pesará entre 15 y 20 gramos. Durante este mes se van formando los genitales masculinos y femeninos, sin embargo, no es fácil definir el sexo mediante ecografía.

El nuevo ser se mueve con vigor, aunque tú no puedas sentirlo. Patalea, gira los tobillos y muñecas, cierra los puños, dobla los dedos de los pies hacia arriba y abajo, frunce la frente, aprieta los labios y realiza otros movimientos faciales. Etapas del embarazo

Cuarto mes de embarazo

Al cuarto mes de embarazo los ojos del nuevo ser son enormes, cerrados y muy separados entre sí. El feto está cubierto por un fino vello llamado lanugo. Se desarrolla hasta aproximadamente 15 cm., momento en que pesará 170 gramos de media. Durante estas semanas podrás notar por primera vez sus movimientos. Al principio se sienten como leves ondulaciones, pero pronto apreciarás los movimientos inconfundibles del ser vivo que se está desarrollando en tu interior. Se forman las cuerdas vocales que el niño no utilizará hasta su nacimiento.

Quinto mes de embarazo

Durante el quinto mes de embarazo se intensifica el desarrollo de los órganos internos. En el sistema circulatorio las cavidades cardíacas están delimitadas y el corazón late con fuerza. Los ojos cerrados son prominentes, ya que la cara todavía no se ha

redondeado. Probablemente hay veces en que parece dormido y otras en las que se mueve con gran actividad, frecuentemente cuando acabas de tumbarte para dormir. Esto se debe a que el feto puede moverse con más facilidad cuando te tumbas y cuando te levantas se encaja en la pelvis.

Sexto mes de embarazo

En el sexto mes de embarazo ya abre los ojos, aunque solo puede percibir la luz. Le ha salido el cabello, las cejas y las pestañas. Crece desde unos 27 cm. hasta aproximadamente 32 cm. La longitud del cordón umbilical permite su movimiento dentro del saco amniótico en el que se encuentra. Esta posibilidad se ve favorecida por la formación de los músculos.

Empieza a desarrollar un determinado patrón de actividad y sueño. Quizás percibas que responde a los ruidos fuertes. Si le pones música notarás que responde, especialmente a los instrumentos metálicos de la orquesta. El pequeño se mueve con energía.

Embarazo

Séptimo mes de embarazo

Durante el séptimo mes de embarazo se desarrollan por completo sus pulmones. Su esqueleto se vuelve más consistente al endurecerse los núcleos de osificación situados en los huesos. La piel se hace más gruesa y se pigmenta, por lo que pierde su coloración transparente y se vuelve opaca. El iris del ojo también se pigmenta.

Se empieza a acumular la grasa en su cuerpo, lo que le ayudará a regular la temperatura de su cuerpo de forma autónoma cuando nazca. Crece hasta los 38 cm. Y sus posibilidades de movimiento disminuyen de forma acusada debido al considerable aumento de su longitud y peso.

Octavo mes de embarazo

En el octavo mes de embarazo su peso aumenta de forma considerable ocasionando que casi todo el espacio del útero esté ocupado. Su cerebro sigue desarrollándose; se forman las neuronas olfativas, comienza a percibir los olores fuertes que te encuentras. El vello que cubría su cuerpo comienza a caer. Crece hasta aproximadamente 42 cm. Sus movimientos son vigorosos, las patadas resultan tan enérgicas que pueden cortarte la respiración. A veces sus movimientos tienen carácter espasmódico, suele

tratarse de episodios de hipo debidos quizás a la deglución habitual de líquido amniótico que hace que el canal alimentario practique sus funciones.

Noveno mes de embarazo

A los nueve meses de embarazo el estómago y el intestino ya funcionan. Su piel ya no está arrugada y es más suave, gracias a las células grasas de la piel. Se desarrolla hasta los 46 cm. Es probable que descienda en la pelvis, encajando su cabeza en ella; apreciarás que te ha bajado el vientre.

Cuando el niño se ha encajado tiende a disminuir sus movimientos; probablemente solo sentirás el pataleo y los movimientos más débiles de los brazos. Pero no debe pasar ningún día sin que notes la presencia de tu hijo.

Décimo mes de embarazo

Durante el décimo mes de embarazo sus órganos ya pueden funcionar autónomamente, incluso los pulmones se han desarrollado por completo. El vello que cubría su cuerpo ha desaparecido, excepto en los hombros y la parte superior de los brazos. Sus uñas se extienden más allá de las puntas de los dedos, por lo que se puede rascar e, incluso, arañar. Crece hasta unos 51 cm. Ahora se encuentra preparado para el viaje al mundo exterior.

4.18 Medición de la altura uterina:

La medición es un procedimiento que en el examen de otros sistemas se hace al final, en el caso del examen obstétrico se realiza antes de la palpación, debido a que ésta última puede estimular al feto o al útero, produciendo movimientos o contracciones que pueden alterar el resultado de la medición.

Ahora bien, si se le asignan 4 cm a la progresión del crecimiento uterino promedio por mes, se descartan los 4 cm del primer mes en que el útero todavía está en la cavidad pélvica, la altura uterina a término es de más o menos 32 a 35 cm.

La medición de la altura uterina no es un método exacto sino relativo, y su resultado puede variar de un examinador a otro. Además, la altura, el volumen y el contenido del útero están influidos por el biotipo, la repleción de los intestinos, la obesidad, el mismo contenido del útero (embarazo múltiple, polihidramnios, mola cistiforme y tamaño del feto).

Pese a lo anterior, la medición de la altura uterina es un método útil para valorar en forma indirecta el crecimiento fetal que se refleja en el crecimiento del útero. Servir como un elemento de diagnóstico, en estados o enfermedades de la gestación, en los cuales hay un aumento o disminución del crecimiento normal del útero o del feto, como ocurre en la gestación múltiple, la mola hidatiforme, la gestación ectópica, el polihidramnios, el retardo del crecimiento intrauterino y el feto macrosómico. La altura uterina se ha usado también para calcular la edad gestacional.

Procedimiento:

Para medir la altura uterina se utiliza la cinta métrica; se recomienda que sea flexible y esté en buen estado para disminuir el margen de error ocasionado por la extensibilidad de la misma cuando se ha deteriorado por el uso.

Para obtener la medición de la altura uterina se realizan los siguientes pasos:

- Colóquese al lado derecho de la examinada y localice el borde superior de la sínfisis pública.
- Coja la cinta métrica por el extremo correspondiente al número 1 y fíjelo con el dedo índice de la mano derecha sobre el borde mencionado sujete la cinta métrica entre los dedos índice y medio de la mano izquierda, dejándolo deslizar suavemente entre los dedos; dirija la mano por la línea media del abdomen hasta localizar el fondo del útero, haciendo presión suave sobre él con el borde lunar de la misma mano. Fije la mano en forma perpendicular al fondo uterino y solicítele a la gestante que inspire y espire profundamente.
- La medida de la altura uterina en el momento de la espiración. Registre el resultado de la medición.
- En lo posible, es recomendable que la altura uterina sea medida por la misma persona en todos los controles para evitar errores.

4.19 Palpación abdominal:

El tercer paso en el examen obstétrico es la palpación. Se realiza para establecer la colocación fetal, las características del fondo uterino, el tamaño fetal y el grado de penetración de la presentación fetal en la pelvis materna.

Para facilitar la palpación del abdomen de la gestante, se utilizan las maniobras de Leopold. Estas son cuatro y se realizan a partir de las 26 semanas de gestación.

Antes de esta edad gestacional se realiza la palpación corriente del abdomen para detectar consistencia, sensibilidad, movimientos y altura del fondo uterino.

Primera maniobra de Leopold

Con ésta se identifican algunas características del fondo uterino como la altura con relación al abdomen, forma, consistencia y además el polo fetal que lo ocupa.

Altura Antes de la semana 12 de gestación no se puede apreciar por palpación abdominal el fondo uterino, por encontrarse el útero en la cavidad pélvica. Después de esta edad gestacional la altura se aprecia por palpación; esto proporciona una guía aproximada de la edad gestacional en semanas. Nótese que ésta no es la forma más exacta para calcular la edad gestacional.

Forma La forma del útero es simétrica y globulosa hasta el tercer mes, y ovoide y asimétrica del cuarto mes en adelante.

Polo fetal que ocupa el fondo uterino El fondo uterino puede estar ocupado bien por el polo cefálico o por el polo podálico. Se distinguen partes fetales grandes y pequeñas. Las grandes son la cabeza, las nalgas y el tronco; las pequeñas, las piernas y los brazos.

Se pueden diferenciar los dos polos fetales, porque el polo cefálico es redondo, regular, duro, reductible pequeño, pelotea y está separado del dorso por un surco (el cuello) y el polo podálico es irregular blando, reductible, más pequeño, no pelotea y se continúa sin interrupción con el dorso fetal.

Procedimiento En esta primera maniobra de Leopold, como también en la segunda y tercera que estudiaremos posteriormente el examinador se coloca al lado derecho de la gestante, frente al rostro de ésta:

1. Coloque el borde lunar de ambas manos sobre el fondo uterino, previamente identificado durante la medición de la altura uterina.
2. Presione firmemente con ambas manos la pared abdominal, de modo que sus bordes cubitales abarquen por completo el fondo del útero, y evalúe las características ya descritas del fondo uterino y del polo fetal que lo ocupa.

Con la primera maniobra se puede precisar la altura del fondo uterino y el polo fetal que lo ocupa.

Segunda maniobra de Leopold

Con esta maniobra se identifican posición y situación fetal. Para definir la posición fetal se trata de identificar a qué lado del abdomen de la madre se encuentra el dorso y a qué lado las pequeñas partes fetales. El dorso fetal se palpa como una superficie plana o ligeramente convexa continua, lisa y dura. Las extremidades fetales se palpan como pequeñas prominencias agudas obtusas, movibles, discontinuas y que se desplazan fácilmente con la palpación.

En el caso de situaciones transversas, se encuentran grandes partes fetales a ambos lados del abdomen; es decir, en uno de ellos la cabeza y en el otro las nalgas.

Procedimiento

1. Deslice lateralmente la cara palmar de una mano desde el fondo uterino hasta llegar al flanco correspondiente; en este punto, fije la mano y haga ligera presión hacia el flanco opuesto, con el fin de desplazar el feto para hacer la palpación de sus segmentos.
2. Continúe la maniobra llevando la otra mano hacia abajo, palpando con la yema de los dedos los segmentos fetales en dirección de la línea medio claviclar, hasta llegar a la fosa ilíaca del mismo lado.
3. Efectúe el procedimiento en cada uno de los lados del abdomen.
4. Precise a qué lado del abdomen de la gestante se encuentran el dorso y las extremidades fetales, y con base en ello defina la posición fetal. De acuerdo a los hallazgos, se puede determinar la situación del feto.

Con la segunda maniobra de Leopold se identifican la posición y la situación fetales.

Cuando con esta maniobra no es fácil identificar el dorso fetal, se realiza la maniobra de Budín, que consiste en hacer presión hacia abajo, con la mano izquierda, colocada en el fondo uterino, y palpar con la yema de los dedos de la mano derecha en forma simétrica y comparativa a ambos lados del abdomen. La presión ejercida en el fondo uterino exagera la flexión fetal, poniendo más en evidencia el dorso fetal y facilitando la palpación.

Tercera maniobra de Leopold

Con esta maniobra se diagnóstica la presentación fetal, al identificar el polo que se encuentra en contacto con el estrecho superior de la pelvis materna y que se palpa en el hipogastrio.

En la pelvis materna se puede encontrar el polo cefálico o podálico. Durante esta maniobra se identifican las características del polo que se presenta.

La cabeza es un polo grande, duro, redondo y que pelotea fácilmente, si todavía es movible por encima del estrecho superior de la pelvis. El polo podálico es blando, irregular y no pelotea.

Cuando no se palpa ningún polo fetal por encima del estrecho superior, hay dos posibilidades:

1. La cabeza ya está tan profundamente encajada en la pelvis, que no se puede palpar por el abdomen.
2. Existe una situación transversa; en este caso el estrecho superior está ocupado por el hombro fetal.

Procedimiento

Para realizarla, es indispensable que la parte que se presenta esté total o parcialmente por encima del estrecho superior de la pelvis, de modo que pueda palparse todavía si es más o menos movible:

1. Coloque la mano derecha sobre el hipogastrio de la paciente, tratando de abarcar el polo fetal que se presenta, entre el dedo pulgar por un lado y los dedos índices y medio por el otro. Esta exploración se hace suavemente para evitar que la gestante contraiga el abdomen.
2. Efectúe la palpación; para alcanzar la presentación, los dedos deben penetrar lo más profundamente posible por encima de la sínfisis.
3. Intente pelotear el polo fetal abriendo la tenaza digital, imprimiéndole rápidos movimientos laterales. Con los hallazgos de esta maniobra se precisa el polo fetal que ocupa la parte inferior del útero y se confirman los hallazgos de la primera maniobra. Se puede además definir a qué altura se encuentra la cabeza fetal, con relación a la pelvis materna. Cuando la cabeza ya ha penetrado en la pelvis, se utiliza la cuarta maniobra de Leopold.

Con la tercera maniobra de Leopold se definen: presentación fetal y altura de la misma con relación a la pelvis materna.

Cuarta maniobra de Leopold

Esta maniobra se realiza para corroborar los hallazgos de la tercera maniobra y apreciar la penetración de la presentación fetal en la pelvis materna.

La penetración de la presentación fetal se valora en las primigestantes en el último mes de la gestación y en las multíparas durante el trabajo de parto.

Para valorar el descenso de la presentación fetal, se tienen en cuenta los grados de penetración, que son:

- Presentación móvil o flotante. - Cuando la cabeza fetal no ha entrado en la pelvis materna; por esto se palpa fácilmente el polo fetal por el abdomen materno y se puede pelotear ampliamente.
- Presentación insinuada. - Cuando la cabeza fetal inicia su descenso en la pelvis materna; por esto aún se palpa con facilidad el polo fetal por el abdomen materno, pero los movimientos de peloteo son limitados.
- Presentación fija. - Cuando la cabeza fetal ha descendido más en la pelvis materna; por esto el polo fetal se palpa difícilmente por el abdomen materno y no hay movimientos de peloteo.
- Presentación encajada. - Cuando la cabeza fetal ha llegado a nivel de las espinas ciáticas, el polo fetal no se palpa por el abdomen materno, sólo se puede identificar por tacto vaginal.

Procedimiento

Para realizar la cuarta maniobra es indispensable que la cabeza fetal haya penetrado en la pelvis materna.

Al hacerlo se tienen en cuenta los siguientes pasos:

1. El examinador sigue colocado al lado derecho de la examinada, pero de espalda a la cara de la misma.
2. Coloque las manos sobre el hipogastrio de la gestante, con los dedos dirigidos hacia la sínfisis púbica, deslizándolos hacia la profundidad de la pelvis, trate de abarcar el polo del feto entre los dedos de ambas manos, que tratan de

aproximarse. La penetración de ambas manos en el estrecho superior se lleva a cabo en dos tiempos:

- Primer tiempo: Deslice ambas manos hacia la profundidad de la pelvis, lenta y suavemente y con ligera presión.
- Segundo tiempo: Tan pronto como se vence la resistencia muscular, deslice las manos varias veces hacia la pelvis mediante cortas sacudidas; de modo que se dirijan una al encuentro de la otra; de este modo se ponen en contacto con la parte superior de la presentación y se evalúa qué tanto ha penetrado en la pelvis materna.

Con los hallazgos de la cuarta maniobra de Leopold se corrobora la tercera maniobra y se aprecia el grado de penetración de la presentación fetal en la pelvis materna.

4.20 Auscultación de la frecuencia cardíaca fetal:

La frecuencia cardíaca fetal constituye uno de los signos fundamentales de la vitalidad fetal; y la auscultación de ésta se hace a partir de las 24 semanas de embarazo, con estetoscopio. Actualmente existen otros métodos, como el ultrasonido y el efecto Doppler, que permiten una identificación más temprana de la FCF, desde las ocho semanas.

La auscultación de la FCF durante la gestación se realiza para: verificar vitalidad fetal, efectuar el diagnóstico de certeza del embarazo, corroborar el diagnóstico de presentación y posición fetal, detectar cualquier evidencia de sufrimiento fetal, servir como elemento de diagnóstico en el embarazo múltiple.

Se debe tener en cuenta que al auscultar el abdomen de una gestante se pueden percibir seis tonos diferentes; tres de ellos proceden del feto y los otros tres de la madre.

Frecuencia cardíaca fetal

Esta oscila entre 120 y 160 latidos por minuto; el ritmo normal es regular, su intensidad varía según el espesor de la pared abdominal. La FCF se escucha mejor en el sitio en donde el dorso fetal se encuentra adosado a la pared abdominal materna. Cuando el dorso del feto se localiza en la parte anterior del abdomen materno, la FCF se escucha cerca de la línea media abdominal. Se ausculta

alejada de ésta cuando el dorso del feto se localiza en la parte posterior del abdomen materno.

En presentaciones cefálicas la FCF se localiza por debajo del ombligo, a medida que progresa la presentación, la FCF se corre hacia la sínfisis en forma de arco, y en el período expulsivo se ausculta justamente encima de la sínfisis del pubis. En presentaciones podálicas, el foco de auscultación de la FCF se localiza por encima del ombligo.

Procedimiento

Para auscultar la FCF se utiliza el estetoscopio de Pinar. Actualmente existen instrumentos basados en ultrasonido de gran sensibilidad, que permiten valorar en mejor forma y más tempranamente la FCF. Sin embargo, en la práctica, el estetoscopio sigue siendo el instrumento más fácilmente disponible.

El procedimiento para auscultar la FCF con estetoscopio es el siguiente:

- Colóquese hacia el lado de la gestante donde se localiza el dorso fetal.
- Coloque el estetoscopio de Pinar por su base sobre el abdomen de la gestante, en el sitio en donde por palpación previa se presume está localizado el foco de máxima auscultación.
- Apoye el pabellón auricular sobre el disco del estetoscopio y deje libre o suelto el instrumento, con el fin de evitar ruidos que se producen por el rozamiento de los dedos.
- Una vez que localice la FCF, identifique el pulso radial de la madre con el fin de diferenciarlos.
- Escuche la FCF y evalúe las características ya descritas. Cuéntela durante 15 segundos, si no la escucha claramente o tiene dudas, cuéntela durante un minuto.

El registro del examen obstétrico debe ser veraz y preciso. Es necesario analizar los datos, antes de registrarlos; veamos un ejemplo: abdomen aumentado de tamaño, ovoide, asimétrico, piel íntegra con estrías y línea alba ligeramente pigmentada; altura uterina de 24 cm, 7 se palpa fondo uterino por encima del ombligo, ocupado por polo fetal grande, blando y reductible, que no pelotea; en el cuadrante izquierdo se palpa superficie fetal dura, continua y lisa; en el derecho se

palpan pequeñas partes fetales y a nivel de hipogastrio se palpa polo fetal duro que pelotea fácilmente. FCF: 145 latidos por minuto.

Evaluación del crecimiento fetal

Una técnica sencilla para evaluar el crecimiento fetal es la curva patrón de altura uterina en función de la edad gestacional, elaborada por Fescina et al, en el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP). La medición de la altura uterina, cuando se tienen datos confiables de amenorrea, permite predecir el crecimiento fetal y sus posibles alteraciones, que pueden ocurrir por defecto (retardo del crecimiento intrauterino: RCIU), o por exceso (macrosomía fetal).

El patrón de la altura uterina en función de la edad gestacional muestra un crecimiento lineal hasta la semana 37, con un discreto aplanamiento posterior.

El valor de la edad gestacional calculada se traslada a la curva y se cruza con el dato de altura uterina obtenido en la medición. Esto quiere decir que lo ideal para utilizar esta curva es disponer de la fecha de amenorrea confiable y segura para el cálculo de edad gestacional.

Interpretación Valores normales son los que se encuentran entre los perceptibles 10 y de la curva (P 10 a P 90). Valores anormales son los que están por encima del percentil 90 o por debajo del percentil 10. Esto indica que el feto está creciendo por encima de 1 normal o por debajo y debe investigarse la causa. Ejemplo:

En una gestante que llega a su primer control con una edad gestacional: de 23 semanas, calculada a partir de una fecha de última menstruación confiable y segura, al medir la altura uterina en el examen obstétrico se obtiene un dato de 20 cm, al colocar el punto en la curva cruzando los dos datos vemos que cae entre los percentiles 10 y 90; esto quiere decir que el feto está creciendo bien, o sea que la altura uterina corresponde a la edad gestacional.

4.21 Valoración del riesgo perinatal:

A pesar de que la gestación ha sido considerada como un evento fisiológico, algunas veces puede convertirse en un proceso de alto riesgo y causar la muerte de la madre o el feto o aumentar la incidencia de daños en ambos.

Por esto es muy importante identificar desde la primera consulta prenatal factores de riesgo, valorarlos clínicamente para definir el nivel de riesgo y con base en ello realizar intervenciones oportunas para conservar el bienestar materno y fetal.

5. COMPLICACIONES MÉDICAS CONTAMINANTES CON EL EMBARAZO.

- Diabetes.
- Hipertensión crónica.
- Anemia

5.1 Riesgos en el embarazo a edad avanzada:

Algunas condiciones médicas comunes en mujeres mayores de 40 años incluyen la diabetes y la presión arterial alta, etc. Si la madre gestante presenta alguna de estas condiciones, es más susceptible a enfrentar problemas durante el embarazo. Y aunque no tenga ninguna de estas enfermedades, las mujeres mayores son más propensas a desarrollar diabetes gestacional y presión arterial alta inducida por el embarazo. Además, existe un mayor riesgo de presentar problemas con la placenta y sangrado durante el embarazo.

En las patologías encontradas en mujeres de edad materna avanzada describiremos el diagnóstico de enfermería, la razón científica, objetivo y cuidados de enfermería.

Diabetes:

Esta forma de diabetes se desarrolla por primera vez durante el embarazo. Los estudios sugieren que las mujeres de más de 35 años tienen aproximadamente el doble de probabilidades que las mujeres más jóvenes de desarrollar diabetes gestacional. Las mujeres con diabetes gestacional tienen más probabilidades de tener bebés de gran tamaño que corren el riesgo de sufrir lesiones durante el parto y de tener problemas durante las primeras semanas de vida (como problemas respiratorios)¹⁵.

Hipertensión arterial crónica:

Se considera que todo embarazo con una tensión sistólica de 140 o más y una diastólica de 90 mayores, antes de iniciar su gestación presenta una hipertensión crónica, por ello es preciso tener en cuenta el cambio fisiológico que ocurre en el segundo trimestre y de esta manera, una diastólica mayor de 80mmHg puede considerarse como una alteración.

A la hipertensión que tiene el paciente se agregan: proteinuria nueva o con un aumento brusco, aumento súbito en la presión arterial trombocitopenia o encimas hepáticas elevadas, después de veinte semanas de gestación.¹⁶

La hipertensión gestacional diagnosticada después de veinte semanas de gestación sin proteinurias puede ser:

- Hipertensión transitoria: si la hipertensión desaparece antes de las 12 semanas del puerperio.
- Hipertensión crónica: cuando persiste después de las 12 semanas. La Hipertensión arterial durante el embarazo es la complicación más frecuente, muchas de las mujeres ya son hipertensas antes de la gestación y ésta se agrava, pudiendo desarrollar una preeclampsia, entidad grave que puede poner en peligro la vida de la madre y el feto. El manejo de la HTA es diferente al que se tiene fuera del embarazo, ya que los hipotensores habituales en la enfermedad renal (IECAS y ARA II, considerados protectores renales al disminuir la proteinuria) están contraindicados en el embarazo.

Preeclampsia:

Es un desorden de etiología desconocida que se caracteriza por: hipertensión, edema y proteinuria. Casi siempre se encuentran los tres síntomas, pero el primero de ellos es el más importante para el diagnóstico. Se presenta después de la vigésima semana de gestación y en la forma grave puede culminar con convulsiones o coma.

Eclampsia:

Es la presencia de convulsiones tónico-clónicas en una gestante con el diagnóstico de preeclampsia que no sean el efecto de alguna alteración neurológica como epilepsia, hemorragia cerebral u otros trastornos convulsivos.

Puede presentarse en el embarazo, el parto y hasta siete días después de él. Los síntomas a presentarse suelen ser: cefalea: intensa, global y persistente; visión borrosa, escotomas, epigastralgia, náuseas y vómitos, irritabilidad, cianosis, y edema pulmonar, esto sucede con más frecuencia en pacientes que no han tenido vigilancia prenatal.

- Llevar un control de ingesta y eliminación estricto de líquidos para saber su balance correspondiente a un balance positivo o negativo para podernos darnos cuenta si continúa reteniendo líquidos.
- Observar las características de la orina para determinar cualquier complicación.
- Educar a la madre sobre el cambio de ropa interior y el aseo diario para evitar mal olor y posible infección.
- Enseñar a la madre que no contenga el deseo de orinar ya que esto coacciona que la mucosa vesical se inflame.

Hemorragias: placenta previa:

En la placenta previa, se observa una localización baja en el segmento uterino inferior y siempre situado por delante. La edad juega un papel muy importante, porque la placenta previa es más frecuente en las mayores de 35 años cuando se compara con las de 25 años sin tener en cuenta el número de partos.

La reducción de la vascularizada en el fondo y en el segmento, trae como consecuencia la alteración del endometrio donde se encuentra zonas atróficas y en ella se puede implantar la placenta, otro factor se relaciona con las inflamaciones del cuerpo y del segmento, los tumores en el fondo uterino y las cicatrices del segmento. El embarazo gemelar se acompaña frecuentemente de placenta previa porque esta requiere una superficie mayor de implantación.

Placenta previa:

Es la separación parcial o total de una placenta que se encuentra implantada normalmente. Se inicia con la hemorragia de los vasos maternos y en ocasiones, también están comprometidos los fetales; esto trae como consecuencia la formación de un hematoma de localización retro placentaria.

El fenómeno puede ocurrir con mayor frecuencia durante el tercer trimestre o vigésima semana del embarazo. Cuando hay hipertensión crónica o preeclampsia grave, puede tener una instalación brusca durante el trabajo de parto. Casi siempre el feto muere en los casos graves y presenta sufrimiento fetal en los moderados.

Si el tratamiento se demora y el feto no muere, puede presentar posteriormente daño cerebral. El parto prematuro está íntimamente relacionado con el abrupto.

5.2 Embarazo gemelar

Una de las causas de alto riesgo obstétrico es el embarazo con más de un feto, situación que está asociada con complicaciones maternas importantes y con una alta morbilidad perinatal. La mayoría de las gestaciones múltiples son embarazos gemelares o bifetales.

5.3 Presentación anormal del feto

Malformación:

El riesgo de que el feto nazca con algún defecto congénito va aumentando a medida que la edad de la madre aumenta, por poner un ejemplo de un déficit congénito por todos conocidos es el caso del Síndrome de Down, donde la relación es la siguiente:

- A los 25 años de la madre, 1 caso de cada 1.250.
- A los 30 años de la madre, 1 caso de cada 1.000.
- A los 35 años de la madre, 1 caso de cada 400.
- A los 40 años de la madre, 1 caso de cada 100.
- A los 45 años de la madre, 1 caso de cada 30.
- A los 49 años de la madre, 1 caso de cada 10.

Por desgracia el síndrome de Down no es el único, puede haber otros como el retraso mental o los defectos físicos, que se producen en una mayor probabilidad, en los embarazos a los 40.

Hay estudios prenatales que ayudan a saber de antemano la existencia de estos defectos congénitos, como es la ecografía, el análisis de sangre (triple screening en el que se realiza la medición de tres proteínas, alfa proteína, estriol no conjugado y la gonadotropina coriónica, en caso de resultados dudosos se recomienda la amniocentesis) o la amniocentesis (extracción de líquido amniótico para realizar estudio genético, prueba no dolorosa y que se realiza en minutos)¹⁸.

5.4 Periodo de la vida que se comprende el embarazo en edad avanzada

El embarazo posterior a los 35 años se considera de edad avanzada. No obstante, a la luz de los conocimientos actuales en la Obstetricia y por el desarrollo tecnológico alcanzado este hito podría variar quizás hasta los 38 años de edad.

Infertilidad:

La probabilidad de quedar embarazada en determinado mes decrece conforme la mujer envejece y su riesgo de un aborto espontáneo aumenta después de que cumple 35 años. Si es mayor de 35 años y ha estado tratando de quedar embarazada por más de seis meses, debería hablar con el médico acerca de los tratamientos para la fertilidad. Las condiciones que pueden contribuir a la infertilidad son: endometriosis, fibrosis uterinas (tumores benignos en el útero) y el bloqueo de las trompas de Falopio.

Mayores riesgos de anomalías genéticas:

A medida que las mujeres envejecen, sus óvulos no se dividen bien y pueden ocurrir problemas genéticos. El desorden genético más común es el síndrome de Down. Éste es causado por la presencia de un cromosoma adicional que provoca retardo mental y efectos en el corazón y otros órganos. Aunque todavía el riesgo es relativamente bajo, éste se incrementa de forma significativa si la madre tiene 35 años o más. Si se hacen pruebas a 1.000 mujeres de 33 años, cinco de ellas tendrán un bebé con cromosomas anormales. Si se hacen pruebas a 1.000 mujeres de 40 años, 25 de ellas tendrán un bebé con un problema de cromosomas. El riesgo continúa aumentando a medida que las mujeres envejecen. 20

En la actualidad, se dispone de dos pruebas para detectar con relativa anticipación las anomalías cromosómicas en el embarazo: amniocentesis y muestreo de vellosidades coriónicas (CVS por sus siglas en inglés). Estas pruebas pueden representar un pequeño riesgo de aborto. Si usted decide realizarse estas pruebas y éstas demuestran que existe una anomalía, usted tendrá que decidir si desea continuar o interrumpir el embarazo.

Pérdida del embarazo:

Las mujeres mayores de 35 años tienen un mayor riesgo de aborto que las mujeres más jóvenes. Para una mujer mayor de 40 años, el riesgo se duplica en comparación con una mujer de 20 años o iniciando los 30. La mayoría de

las veces, estos abortos son producto de anomalías genéticas, las cuales son más comunes en mujeres mayores de 35 años.²¹

Problemas en la labor de parto:

El riesgo de tener problemas en la labor de parto aumenta para las mujeres mayores de 35 años y aún más para las mujeres mayores de 40 años que están dando a luz a su primer bebé. Los estudios han demostrado que las mujeres mayores tienen más probabilidades de prolongar la segunda etapa de la labor de parto y de sufrimiento fetal. Esto incrementa las probabilidades de tener un parto asistido con fórceps o ventosa obstétrica o de que se les practique una cesárea. Las mujeres mayores también tienen un mayor riesgo de un nacimiento sin vida.

Partos múltiples:

Con un embarazo tardío, aumenta la incidencia de dar a luz gemelos o trillizos, incluso sin utilizar medicamentos para la fertilidad. Los embarazos múltiples son considerados como de alto riesgo.

- Factores de riesgo para el bebé
- Aumenta el riesgo de muerte fetal.
- Incrementa la prematuridad.
- Bajo peso al nacer.
- Son más frecuentes las alteraciones genéticas.
- Incrementa la hipoxia fetal (déficit de oxígeno).
- Trastornos neurológicos secundarios al parto instrumentado.

5.5 Valoración psicosocial

En la evaluación que se hace de la gestante durante la atención prenatal, es importante, además de los elementos biológicos, incluir la realidad social y psicológica de cada una de ellas y así identificar factores de riesgo psicosocial

5.6 Aspectos psicosociales de la gestación

Los estudios han demostrado que los factores psicosociales son importantes en el resultado de la gestación.

La Familia:

La gestación tiene grandes repercusiones en la familia, ya sea ésta numerosa o pequeña, de escasos o suficientes recursos económicos. Los profesionales de salud perinatal no pueden atender a las gestantes como individuos aislados; la gestación afecta a todos los miembros de la familia y cada uno de ellos perciben este hecho de manera distinta.

El esposo:

Si la gestación es planeada, el esposo recibirá la noticia con entusiasmo y júbilo; lo percibe como un cumplimiento de su deseo de un hijo o hija y se sentirá orgulloso. Si la gestación no ha sido planeada, puede encubrir sus sentimientos de disgusto y procurar estar alegre con el objeto de brindar el apoyo que sabe que su esposa necesita, o puede abiertamente manifestar su disgusto.

Los hijos:

La respuesta ante una nueva gestación dependerá de las edades de cada uno de ellos, de las reacciones de sus padres y de cómo creen que serán afectados por el nuevo hermanito. Los niños muy pequeños probablemente no experimenten ningún sentimiento porque no comprenden su significado. Sin embargo, pueden imitar el sentimiento de la persona que se los comunica. Su primera reacción se presenta cuando el nuevo hermano es traído a casa y puede sentirse celoso o amenazado debido a la poca atención que puede recibir de sus padres. El efecto que la gestación produce en los hijos mayores depende de cómo fueron afectados por las anteriores gestaciones. Los padres que están verdaderamente complacidos por el embarazo y que explican a los niños desde un principio cómo el futuro hijo influirá en la familia, fomentan una actitud positiva en los hijos mayores.

La gestante:

La mujer reacciona ante el embarazo y es afectada por él en toda su integridad (biopsicosocial), dieta y vestido, trabajo, actividades sociales y recreativas, vida diaria, planes a largo plazo, relaciones con su familia y sus amistades, etc. Sus órganos internos modifican su tamaño y posición para adaptarse al feto en desarrollo y aumentan su actividad hormonal y glandular.

La gestante también experimenta modificaciones emocionales, cambios en su estado de ánimo. Puede sentirse deprimida sin ninguna razón evidente o irrumpir en llanto por incidentes insignificantes o experimentar una sensación de júbilo y bienestar desconocido hasta entonces.

La mujer por su gestación puede sentirse insegura del amor de su esposo y llevarla a buscar inconscientemente afirmación solicitándole atenciones adicionales. Cambia su actitud y sus sentimientos respecto a sus relaciones sexuales; si sentía temor a ellas por la gestación puede ahora disfrutarlas sin temor.

Es probable que se preocupe por la pérdida de la imagen corporal a medida que avanza la gestación a causa de los cambios físicos que se producen.

Los recursos económicos pueden preocupar a la gestante, particularmente si el embarazo es imprevisto y ocurre en una época en que requiere de los ingresos de ambos. La gestación también crea cargas económicas cuando el esposo aún estudia o está desempleado y la familia depende de los ingresos de la esposa.

También puede ser motivo de preocupación si la vivienda es pequeña para la nueva familia.

Sin duda, durante la gestación le asaltará la duda de si su hijo será normal o no, si el parto será difícil; también si ella será capaz de cuidar a su hijo adecuadamente.

A través de la gestación la mujer realiza una serie de ajustes. Estos ajustes son:

- De adaptación cuando confirma su embarazo
- De aceptación del feto; este ajuste se completa durante el segundo trimestre del embarazo. En este momento, la mujer se da cuenta de que va a tener un hijo y su atención se dirige a él. El enlace de la madre con el bebé se inicia cuando la madre escucha los latidos del corazón.
- De preparación como mujer para recibir el hijo que va a nacer. Este tercer ajuste se completa durante el último trimestre de gestación; la gestante se prepara para el nacimiento de su hijo y toma conciencia de que va a convertirse en madre. A menudo en esta etapa se siente la sobrecarga de su cuerpo y la incomodidad física del embarazo; aquí se desarrollan grandes deseos de que la gestación llegue a su fin.

En el parto, la madre necesita estar segura de sí misma; el ambiente debe ser el más parecido al del hogar. Midiendo actitudes hacia el embarazo, encontraron como riesgos biológicos: muerte perinatal, anomalías congénitas, infecciones, hemorragias posparto y necesidad de mayor analgesia, durante el trabajo de parto relacionado con actitudes negativas hacia la gestación.

6.- EDUCACION MATERNA

Este objetivo es fundamental para el éxito del control prenatal y de las futuras gestaciones. De igual modo, la embarazada bien instruida sirve como docente de otras embarazadas que están sin control prenatal o en control prenatal deficiente. El primer control prenatal es fundamental para instruir a la embarazada acerca de la importancia del control prenatal precoz y seriado. Se debe explicar de manera simple y adecuada al nivel de instrucción materno el futuro programa de control prenatal.

Constituyen puntos ineludibles los siguientes contenidos educacionales:

- Signos y síntomas de alarma.
- Nutrición materna.
- Lactancia y cuidados del recién nacido.
- Derechos legales.
- Orientación sexual.
- Planificación familiar.
- Preparación para el parto.

Signos y síntomas de alarma La embarazada debe estar capacitada para reconocer y diferenciar las molestias que son propias de la gestación de aquellas que constituyen una emergencia obstétrica y, por lo tanto, concurrir oportunamente al Servicio Obstétrico donde atenderá su parto. De ahí que la embarazada debe conocer la ubicación geográfica exacta del centro asistencial, idealmente debe conocerlo antes de que se presente una emergencia o ingrese en trabajo de parto. Es probable que este punto sea uno de los más estresantes para el grupo familiar y que tiene una simple solución.

La embarazada debe estar capacitada para reconocer flujo genital hemático tanto en primera mitad (ectópico, enfermedad trofoblasto, aborto), como en segunda mitad del

embarazo (placenta previa, desprendimiento placenta normo inserta), y reconocer flujo genital blanco (rotura prematura de membrana, leucorrea, escape urinario).

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

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

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

Nutrición materna.

- **Lactancia y cuidados neonatales.** Simultáneamente, y muy especialmente a las primigestas, se enseñarán aspectos básicos de cuidado neonatal (lactancia, higiene, control niño sano, vacunas, etc.).
- **Derechos legales.** El profesional encargado del control prenatal debe velar por los derechos legales de su paciente. Esto significa que el profesional debe otorgar los certificados respectivos aun cuando la paciente, ya sea por olvido o desconocimiento, no los solicite.
- **Certificado de asignación familiar.** Toda embarazada con contrato laboral, o carga de cónyuge con contrato laboral, debe recibir al cumplir el quinto mes su certificado de asignación familiar.
- **Licencia de descanso prenatal.** Toda embarazada con contrato laboral debe recibir la licencia de descanso prenatal, sea su gestación
- **fisiológica o patológica.** Este certificado es el mismo de licencia médica por enfermedad; debe ser otorgado seis semanas antes de la fecha probable de parto (34 semanas) y puede ser otorgado por profesional médico o matrona.
- **Orientación sexual.** Los contenidos de este objetivo deben ser dados a la pareja. En un embarazo fisiológico la actividad sexual no está contraindicada.

Está especialmente contraindicada en metrorragias, o en riesgo potencial de metrorragia, como la placenta previa, y en amenaza de parto prematuro o presencia de factores de riesgo para parto prematuro.

- **Planificación familiar.** Se deben introducir conceptos generales de planificación familiar, los cuales deben ser profundizados y consolidados en el primer control puerperal. El método utilizado en el Servicio de Obstetricia de la Pontificia Universidad Católica es el método de la lactancia (LAM), el cual otorga una infertilidad tan eficiente como los métodos tradicionales.
- **Preparación para el parto.** La atención integral del control prenatal debe incluir un programa de preparación para el parto donde se informa a la paciente cuáles deben ser los motivos de ingreso a la maternidad, los períodos del parto, anestesia, ejercicios de relajación y pujo, y tipos de parto.

6.1 Éxito de los embarazos después de los 35 años

Una vez que se ha informado sobre los riesgos potenciales, se puede dar seguimiento a todos los aspectos que tienen que considerarse para lograr un embarazo saludable a cualquier edad.

En los 20s, por ejemplo, tendrás más energía para correr atrás del bebé y cuidar de él, pero quizás también menos recursos financieros y menos experiencia personal de vida; en los 30s y 40s, probablemente estés mejor establecida financieramente, pero será más difícil el quedar -y permanecer- embarazada y posteriormente, mantenerte al día con un bebé activo.

En la actualidad, el número de mujeres que buscan embarazarse a partir de los 35 años y hasta el principio de los 40s, es mayor que hace algunos años, pero ¿qué riesgos existen en este tipo de embarazos?, ¿qué controles debemos llevar? Seguro que si tienes esa edad y quieres tener un hijo te habrás planteado todas esas preguntas.

Los grandes avances llevados a cabo por el mundo de la medicina han ayudado a las mujeres mayores de 35 años a tener embarazos más saludables. Sin embargo, estudios recientes también han puesto de manifiesto una clara relación entre la edad y determinadas complicaciones

6.2 La edad afecta la fertilidad

Al llegar a los 30 años, las mujeres experimentarán una declinación en su fertilidad y esta puede ser, por alguna de las siguientes causas:

- Disminuye el número de óvulos sanos que sean expulsados por el ovario.
- Disminución de espermatozoides en la eyaculación de la pareja.
- Presencia de problemas médicos o ginecológicos; vgr. la endometriosis, esta ocasiona que tejidos similares a los que recubren el útero se adhieran a los ovarios o a las trompas de Falopio e interfieran con la concepción.

Si una mujer de más de 35 años no ha quedado embarazada después de intentar concebir durante seis meses, debe consultar a su médico. Muchos casos de infertilidad pueden ser tratados con éxito. Si bien este tipo de mujeres pueden tener dificultades en ser embarazadas, e incluso tienen mayor probabilidad de tener mellizos. La probabilidad de concebir mellizos en forma natural (sin tratamiento para la fertilidad) alcanza su máximo nivel entre los 35 y los 39 años de edad, y posteriormente, disminuye dicha probabilidad.

6.3 Pros y contra de un embarazo en los 30- 35 años de edad

Los pros y los contras de embarazos en mujeres en los 30 y 35 años de edad son de mucho riesgo debido a para esto es necesario considerar:

- El cuerpo: Es cierto, tu fertilidad empieza a declinar, pero esto sucede gradualmente. Si necesitaras tratamiento de infertilidad, tus posibilidades de tener éxito y embarazarte son más altas al principio de la década que al final. Para las mujeres menores de 35, el porcentaje de logros en la fertilización in vitro, por ejemplo, es de un 25 a 30 %; para las que tienen más de 40, el porcentaje disminuye a 6 a 8%. Y un estudio demostró que el porcentaje de partos por cesáreas era casi el doble en las mujeres de más de 30 años comparados con las que tienen 20s sin que los médicos sepan exactamente cuál es la causa.
- Lo emocional: Las mujeres que se han involucrado en un desarrollo profesional durante la década de los 20s, se sienten emocionalmente listas para empezar una familia al llegar a la siguiente década. Y en realidad tienen la energía y los recursos para ello, pero es probable que

también te sientas emocionalmente perturbada porque por un lado no sabes si vas a ser capaz de regresar a tu trabajo y, por otro, no sabes si realmente quieres hacerlo.

- Cultural y costumbres:

6.4 Pros y contras de un embarazo en mujeres de los 35 a los 40s

Al analizar los pros y contras

- El cuerpo: La fertilidad continúa declinando gradualmente después de los 35 y es una franca caída después de los 38 y esto es debido a que los óvulos de las mujeres se envejecen y es más difícil que maduren.

Hasta los 35, los médicos sugieren que las parejas tengan relaciones sexuales sin protección durante un año antes de buscar un tratamiento de infertilidad, pero ese periodo de tiempo se reduce a seis meses para las que tienen más de 35 años. El principal problema es que el retraso en el tratamiento disminuye las posibilidades de éxito. En muchas clínicas de fertilidad incluso no aceptan a mujeres de 39 a 40 años.

El riesgo de presentar complicaciones en el embarazo se duplica y los estudios más recientes muestran que el riesgo es mayor cuando la mujer ha engordado a través de los años. La posibilidad de terminar en un parto por cesárea es mayor y esto quizás se deba a que la labor de parto tiende a ser más larga.

- Lo emocional: esta es la edad en la que es probable que el médico te recomiende que te hagas una amniocentesis o algún otro estudio de detección que, para muchas, es motivo de ansiedad mientras que esperas los resultados.

Riesgo para tu bebé: la eventualidad de que sea un embarazo múltiple se incrementa significativamente después de los 30s y esto probablemente se deba al hecho de que la estimulación hormonal de los ovarios cambia con la edad aumentando la posibilidad de que se madure más de un óvulo por vez. “Podría ser la forma que tiene la madre naturaleza de compensar el hecho de que una mayor cantidad de estos óvulos son defectuosos”, dice el Dr. Benjamín Young, director de la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva.

6.5 Pros y contras de un embarazo de los 40 a los 44 años

Aunque muchas mujeres después de los 40s se embarazan, algunas tienen que tomar tratamientos de fertilidad. Y no se puede negar que después de los 45, los expertos dicen que el embarazo es casi imposible usando tus propios óvulos.

Qué tan bien te vaya en el embarazo y el parto, depende de varios factores en los que se incluye tu nivel de salud, tus hábitos y si es el primer bebé. La queja mayor es el nivel de cansancio durante el embarazo. Si ya has tenido otro bebé, de todas maneras, tendrás tendencia a las hemorroides, presión en la vejiga y laxitud de los tejidos en general incluyendo el pecho. Puedes minimizar esto vigilando la ganancia de peso, manteniéndote moderadamente activa y haciendo ejercicios de Kegel para mantener tus músculos vaginales fuertes.

Los contras son la dificultad para embarazarte, tus óvulos han disminuido drásticamente y los que quedan tienen más posibilidades de tener problemas cromosómicos que elevan el riesgo de aborto o de tener un bebé con algún defecto al nacimiento.

6.6 ¿Es seguro el embarazo después de los 35 años?

Las estadísticas muestran que, una vez que te lograste embarazarte, si te cuidas y si las pruebas de detección salen negativas, existen muchas posibilidades de que tengas un bebé sano- sin importar tu edad. El porcentaje de muertes fetales ha disminuido en casi un 70% desde 1960. Y eso es una gran noticia para todas las mujeres embarazadas.

6.7 ¿Cuáles son los problemas o complicaciones que se pueden presentar en un embarazo después de los 35 años?

Un embarazo después de los 35 puede ser de mayor riesgo que uno que ocurra entre los 20 y los 34 años. Por lo que deben tomarse precauciones para prevenir complicaciones y evitar algunos riesgos como:

- Las mujeres mayores de 35 años tienen menor probabilidad de sufrir un aborto, parto prematuro y muerte del feto que las adolescentes embarazadas, pero tienen mayor riesgo en comparación con las mujeres entre los 20 y 34 años.

Las mujeres embarazadas en esta edad son dos veces más propensas que las de entre 20 y 34 años a desarrollar tensión arterial alta o diabetes por primera vez durante

el embarazo. Enfrentan, además, un mayor riesgo de sufrir problemas cardiovasculares y sangrados.

- Existe un riesgo mayor de que se produzcan problemas en la placenta. El problema más frecuente es la placenta previa (la placenta cubre parte o la totalidad de la abertura del cuello del útero). La placenta previa puede causar graves hemorragias durante el parto que pueden poner en peligro a la madre y al bebé, pero a menudo es posible evitar estas complicaciones mediante una intervención por cesárea.
- Los resultados de algunos estudios sugieren que las madres primerizas de 35 años o más tienen más probabilidades de tener un bebé de bajo peso al nacer (menos de 5,5 libras [2,5 kg]) o prematuro (nacido a una edad gestacional de menos de 37 semanas).
- Las mujeres primerizas mayores de 30 años, generalmente enfrentan un parto más complicado, lento y doloroso. En estos casos, el 80 por ciento es sometida a una cesárea. También son más propensas a tener gemelos o trillizos.
- Se ha visto también que las mujeres de más de 35 años tienen un riesgo mayor de embarazo ectópico (en el que el óvulo fertilizado se implanta fuera del útero, por lo general en la trompa de Falopio).
- Una de las grandes preocupaciones del embarazo en esta etapa, es la alta probabilidad de tener niños con desórdenes genéticos. El riesgo aumenta en proporción directa. La edad tradicional para que se considere que la madre está en riesgo de que su bebé tenga anomalías cromosómicas es 35 años. Aproximadamente 1 de cada 1,400 bebés nacidos de mujeres que tienen de 20 a 30 años, tiene Síndrome de Down; esta proporción se incrementa a 1 de cada 400 bebés nacidos con Síndrome de Down de mujeres con más de 35 años.
- Los neonatos de madres de más de 40 años de edad pueden sufrir más complicaciones como: asfixia y hemorragias cerebrales, que los de madres jóvenes, según un estudio de la Universidad de California.

6.8 ¿Es importante la salud de la madre que tiene de 30 a 45 años antes del embarazo?

Es imposible cambiar la edad, y disminuirla, pero siempre debes cuidar tu salud. Los problemas crónicos son más comunes en las mujeres que están en los 30 o 40 años. Si tú ya tienes un problema crónico como puede ser diabetes o presión arterial elevada,

tienes que asegurarte de que está totalmente bajo control antes de que te embaraces y cuidar que se mantenga así –controlada- durante los 9 meses del embarazo ya que esto puede significar una gran diferencia para el desarrollo de tu bebé.

6.9 ¿Cómo puede reducir sus riesgos una mujer embarazada?

En la actualidad, para las mujeres de entre 35 y 50 años que desean quedar embarazadas es particularmente importante seguir las reglas básicas para un embarazo saludable:

- Planifica y prepárate para el embarazo visitando a un médico antes de quedar embarazada. Esto es especialmente importante si tu:
 - Tienes una enfermedad crónica como diabetes, hipertensión o epilepsia
 - Tienes que tomar algún medicamento por tiempo prolongado
 - Sigue un programa de vacunación (si no has sido vacunada) al menos 6 meses antes de quedar embarazada y que incluya rubéola y varicela.
 - Realízate todos los exámenes previos al embarazo. Así evitarás muchas complicaciones. Los exámenes son:
 - Ecografía Pélvica. - indispensable para conocer oportunamente las enfermedades ginecológicas que puedan poner en peligro tu embarazo, o a ti misma, y así tratarlas antes de que quedes embarazada.
 - Prueba de TORCH que indica si tienes defensas contra la toxoplasmosis, herpes, rubéola y citomegalovirus. Si no las tienes, debes mantenerse alejada de mascotas, ponerte algunas vacunas, etc.
 - Estudio de laboratorio de frotis vaginal para detectar cáncer cervical e inflamaciones. Algunas infecciones pueden originar lesiones oculares en tu bebé, lo cual es grave en caso de Herpes, clamidia y gonorrea (blenorragia)
 - Consume a diario un complejo multivitamínico que contenga 400 miligramos de ácido fólico antes de quedar embarazada y durante el primer mes del embarazo para prevenir los defectos del tubo neural.
 - Dieta sana. Come una amplia variedad de alimentos nutritivos, incluidos alimentos que contengan ácido fólico, como jugo de naranja, legumbres o frijoles, lentejas, cacahuates, cereales fortificados y verduras de hoja verde.

- Peso corporal. Comienza el embarazo con un peso saludable (sin estar ni demasiado gorda ni demasiado delgada).
- Abstente de las bebidas alcohólicas durante el embarazo.
- No fumes durante el embarazo y evita la exposición al humo de los cigarrillos de los demás.
- No utilices drogas, incluso medicamentos de venta libre o sin receta y preparados a base de hierbas, a menos que así lo recomiende un médico que sepa que estás embarazada.
- Ejercítate regularmente. A cualquier edad el ejercicio es la clave de un buen estado de salud. Si ya estás embarazada, revisa tu programa con tu médico, es muy probable que puedas continuar con tu rutina de ejercicios durante los nueve meses, adaptándola o modificándola con el avance del embarazo según te vaya recomendando tu obstetra.

6.10 Dieta y nutrición apropiada

- Consumo de multivitamínico con 5 miligramos del ácido fólico del complejo de vitaminas B diariamente antes y durante la primera etapa del embarazo para ayudar a prevenir ciertos defectos de nacimiento del cerebro y médula espinal.
- Adquirir una dieta saludable, incluidos alimentos ricos en ácido fólico como cereales fortificados para el desayuno, jugo de naranja y verduras de hoja verde, y lograr el peso adecuado para la altura antes de la concepción.
- Someterse a un chequeo médico antes del embarazo y recibir cuidados prenatales durante el embarazo desde temprano y de manera regular.
- No consumir bebidas alcohólicas como licores, cerveza, vino o mezclas de vino con frutas durante el embarazo.
- No fumar durante el embarazo.
- No utilizar drogas, incluso medicamentos que se venden libremente, a menos que así lo recomiende un médico que sepa que está embarazada.²³

Consejos La pareja debe estar consciente de la responsabilidad que asume y buscar asesoramiento en profesionales calificados.

6.11 Parto

El parto se define como la expulsión de un (o más) fetos maduros y la(s) placenta desde el interior de la cavidad uterina al exterior.

El parto es el proceso mediante el cual se produce el nacimiento del bebé, de forma que se termina con el embarazo. El inicio del parto se caracteriza por fuertes contracciones regulares y dilatación en el cuello del útero. Muchas embarazadas temen este momento, sobre todo las madres primerizas, ya que no conocen exactamente cómo es esta experiencia.

Se considera un parto a término, es decir a tiempo normal, el que ocurre entre las 37 y 42 semanas desde la fecha de última regla. Los partos ocurridos antes de las 37 semanas se consideran partos prematuros y los que ocurren después de las 42 semanas se consideran partos post-término.

6.11.1 Tipos de parto:

Tradicionalmente solo se hablaba del parto vaginal o natural, pero también existen otros tipos de parto:

- Parto vaginal o natural: el bebé nace a través de la vagina gracias a los empujones que realiza la madre. La posición en este parto se denomina litotomía (recostada sobre la espalda y con los pies en alto a la altura del glúteo) aunque existe cierta polémica con la postura, ya que en el parto natural la mujer debe estar vertical, así es ayudada por la gravedad a expulsar al niño.
- Parto con fórceps: en los partos vaginales difíciles cuando la madre no puede empujar más y el bebé no sale se utiliza estas pinzas que se colocan en la cabeza y ayudan a sacar al niño, su uso no es habitual.
- Cesárea: también denominada parto abdominal, mediante una intervención quirúrgica en el abdomen extraen al bebé. Es más habitual en partos de riesgo o embarazos múltiples.
- Parto prematuro: también denominado pretérmino, el bebé puede llegar con cualquiera de las tres formas anteriores, pero antes de la semana 37 de gestación. Estos bebés pueden tener problemas de salud al nacer antes de tiempo, dependiendo de cuánto tiempo se hayan adelantado.

9.11.2 Etapas del parto:

Se desconocen cuáles son las causas que precipitan el parto, pero se cree que determinadas sustancias producidas por la placenta, la madre o el feto, y de factores mecánicos como el tamaño del bebé y su efecto sobre el músculo uterino

contribuyen al parto. Por lo tanto, los efectos coordinados de todos estos factores son probablemente la causa de la aparición del trabajo del parto.

Se habla de inicio del parto cuando se conjugan varias situaciones como son las contracciones uterinas, el borramiento (o acortamiento de la longitud del cérvix) y la dilatación del cuello uterino. La fase activa del parto suele iniciarse a partir de los 4 cm de dilatación del cuello uterino.

- **Prodrómico o preparto**

Es un periodo excluido del trabajo del parto el cual no tiene un inicio definido, comienza con la aparición progresiva de un conjunto de síntomas y signos que le servirán a la madre para darse cuenta de que se aproxima el momento del parto, aunque no siempre en forma inmediata. Este periodo puede durar hasta dos semanas y finaliza con la dilatación del útero. No todas las embarazadas perciben que están pasando por la etapa del preparto, por tanto, comienzan directamente con las contracciones rítmicas características del trabajo de parto. Durante este periodo se produce un incremento progresivo de la frecuencia e intensidad de las contracciones, se expulsa a veces el tapón mucoso y se incrementan las molestias a nivel de la pelvis.

- **Dilatación**

El primer período del trabajo de parto tiene como finalidad dilatar el cuello uterino. Se produce cuando las contracciones uterinas empiezan a aparecer con mayor frecuencia, aproximadamente cada 3 – 15 minutos, con una duración de 30 segundos o más cada una y de una intensidad creciente.

Las contracciones son cada vez más frecuentes y más intensas, hasta un cada dos minutos y producen el borramiento o adelgazamiento y la dilatación del cuello del útero, lo que permite denominar a este período como período de dilatación.

La duración de este periodo es variable según si la mujer ha tenido trabajos de parto anteriores (en el caso de las primerizas hasta 18 horas) La etapa termina con la dilatación completa (10 centímetros) y borramiento del cuello uterino.

- **Expulsión**

También llamada período expulsivo o período de pujar y termina con el nacimiento del bebé. Es el paso del recién nacido a través del canal del parto, desde el útero hasta el exterior, gracias a las contracciones involuntarias uterinas y a poderosas contracciones abdominales o pujos maternos. En el período expulsivo o segundo período distinguimos dos fases: la fase temprana no expulsiva, en la que la dilatación es completa, y no existe deseo de pujar ya que la presentación fetal no ha descendido y la fase avanzada expulsiva, en la que, al llegar la parte fetal al suelo de la pelvis, se produce deseo de pujo materno. Es deseable no forzar los pujos hasta que la madre sienta esta sensación, para no interferir con el normal desarrollo del parto.

6.12 El recién nacido

Inmediatamente después del nacimiento, la supervivencia neonatal depende de la conversión rápida y ordenada a la ventilación. Los alvéolos llenos de líquido se expanden con aire y deben establecerse la perfusión y el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono.

Tras el nacimiento se llevan a cabo una serie de pruebas cuya función es determinar el estado de salud del recién nacido; diferenciando variantes de normalidad y fenómenos temporales de signos clínicos de enfermedad; y realizar un cribado para detectar, tratar y seguir neonatos de riesgo.

Clasificación del Recién Nacido Los factores más determinantes en la vida del recién nacido son su madurez expresada en la edad gestacional y el peso de nacimiento. Considerando estos dos parámetros, los recién nacidos se han clasificado de la siguiente manera:

- **RNT (Recién nacido de término):** Aquellos nacidos con mayor de 38 semanas de gestación y menor de 42 semanas de gestación.
- **RNPR (Recién nacido pretérmino):** Aquellos nacidos con mayor de 38 semanas de gestación. En esto seguimos el criterio de la Academia Americana de pediatría, ya que la OMS considera pretérmino a los recién nacidos con menor de 37 semanas.²⁷

6.12.1 En el postparto inmediato

La atención inmediata es el cuidado que recibe el recién nacido al nacer. El objetivo más importante de ésta es detectar y evaluar oportunamente situaciones de emergencia vital para el recién nacido.

La más frecuente es la depresión cardiorrespiratoria que requiere que siempre se cuente con los medios y personal entrenado para efectuar una buena y oportuna reanimación.

Para la atención inmediata y una eventual reanimación se debe contar con un lugar adecuado adyacente o en la misma sala de partos. Este debe tener condiciones de temperatura, iluminación y equipamiento necesarios para realizar la evaluación del recién nacido y los procedimientos que se realizan en el nacimiento de todo recién nacido.

Recién nacido a término, nótese la coloración azulada de las manos y pies, reduciendo su puntuación de Apgar por un punto.

Se pretende valorar la correcta adaptación del recién nacido a su nuevo entorno.

Para ello se realizan las siguientes acciones:

- Es el momento adecuado para observar malformaciones mayores.
- Test de Apgar: mediante sencillos parámetros cardiovasculares y neurológicos puntúa de 0 a 10 el estado del neonato. Se considera un neonato sano al que puntúa por encima de 8, aunque una puntuación de 10 no es muy frecuente. Es habitual realizar esta prueba al minuto, luego a los tres minutos y a los cinco minutos.
- La puntuación de Apgar es aplicable a neonatos nacidos por cesárea, parto vaginal con y sin anestesia epidural.

SIGNO PUNTAJE	0	1	2
Frecuencia cardiaca	ausente	<100	>100
Esfuerzo respiratorio	ausente	Débil, irregular	Llanto vigoroso

Tono muscular	Flacidez total	Cierta flexión de extremidades	Movimientos activos
Irritabilidad refleja	No hay respuesta	Reacción discreta (muecas)	Llanto
Coloración de tegumentos	Cianosis total	Cuerpo rosado, cianosis distal.	Rosado

- De 7 – 10 normal
- De 3 a 6 moderadamente deprimido
- De 0 – 2 deprimida reanimación.³¹
- Valoración de la edad gestacional: trata de comprobar si se ajusta a la proporcionada por el obstetra basándose en la fecha de última regla y las ecografías gestacionales. Para ello, se utilizan habitualmente dos herramientas:
- Test de Usher: Es un examen que valora los pliegues plantares, el pabellón auricular, el pelo, el nódulo mamario y los genitales. Mediante el uso de puntuaciones, establece tres grupos de neonatos: aquellos nacidos con menos de 36 semanas de gestación; de 36 a 38 semanas; y más de 38 semanas de gestación.³³ –
- New Ballard Score: Es un examen completo que evalúa numerosos parámetros de la madurez física y neuromuscular. La puntuación aumenta de 5 en 5 decenas desde 10 hasta 50, con equivalencias de edad gestacional de 20 a 44 semanas en grupos de dos.

6.13 Profilaxis de enfermedades prevalentes

- Oftalmia neonatal: Las infecciones oculares del neonato pueden ocurrir a diferentes niveles (conjuntivitis, iritis, iridociclitis, uveítis, etc.). La principal etiología es el contagio durante el parto por gérmenes como *Neisseria gonorrhoeae* o *Chlamydia trachomatis*, desde el aparato reproductor de la madre. El tratamiento precoz consiste en administrar antibioterapia en la primera hora postparto, en concreto eritromicina al 0,5%. Otras opciones son el nitrato de plata al 1% (más eficaz, pero con mayor riesgo de producir conjuntivitis química), tetraciclina al 1% o povidona yodada ocular.

- Enfermedad hemorrágica del recién nacido: Ocurre por déficit de factores de coagulación vitamina K dependientes. El tratamiento consiste en la administración de vitamina K intramuscular (dado que vía oral no previene la enfermedad tardía).
- Pio dermatitis: La infección bacteriana generalizada de la piel se previene con clorhexidina tópica.
- Síndrome de muerte súbita del lactante: Dado que aún no se conoce bien la patogenia de la enfermedad, las medidas para evitarla se extraen de los estudios epidemiológicos realizados. El más importante es hacer que el bebé duerma siempre en decúbito supino (boca arriba). Otros factores son evitar el tabaquismo materno, las almohadas y cojines y ropa de lana, y el sobrecalentamiento del bebé.
- Inmunizaciones: Un 25% de más de 12 millones de muertes infantiles ocurren en la primera semana de vida, la mayoría de las enfermedades causantes de esas muertes son prevenibles con vacunas, en especial las sugeridas por el Programa Ampliado de Inmunizaciones.³⁵ La BCG y la vacuna contra la hepatitis B, son dos vacunas disponibles mundialmente para bebés en las primeras 24 horas del nacimiento.

6.14 Diagnóstico precoz de enfermedades

Prueba del Talón La prueba del talón o tamiz consiste en pinchar un talón del neonato para extraer unas gotas de sangre para su posterior análisis. Esta prueba se realiza entre los 5 y 7 días. Sirve para la detección precoz de varias enfermedades:

- El hipotiroidismo (que es detectable a partir de las 48 horas).
- La fenilcetonuria, que se puede detectar entre 3 a 7 días tras el inicio de la alimentación.
- La fibrosis quística, mediante tripsina inmunorreactiva.
- La hiperplasia adrenal congénita.

6.14.1 Oto emisiones acústicas:

El estudio de la audición del neonato permite diagnosticar la hipoacusia neonatal y tratar sorderas precoces. Se realiza pasadas 24 ó 48 horas tras el parto, cuando se ha

eliminado el líquido del conducto auditivo externo. Conviene repetirlo al mes.
Hipotiroidismo a las 24 horas de nacer fenilcetonuria: del 4 al 6 día.

6.14.2 Hidratación y nutrición

Recién nacido pretérmino moderado, de 3 días de nacido, lactando. Las necesidades energéticas del neonato son de unas 60 kilo calorías por kg y día para mantener el peso, y de 100 a 200 para una ganancia ponderal. El inicio de la lactancia materna ha de ser lo más precoz posible, preferiblemente en las primeras 12 horas de vida. No obstante, además de las precauciones debidas si existen antecedentes de asfixia, conviene esperar un tiempo siempre que se cumplan los siguientes criterios:

- Exploración abdominal normal.
- Expulsión del meconio en las primeras 24 horas.
- Estabilidad hemodinámica.
- Ausencia de signos del síndrome de distrés respiratorio.
- Ausencia de catéteres umbilicales.

Además, se recomienda la leche materna como primera opción, en el inicio de la alimentación del neonato.

6.14.3 Manipulación:

El recién nacido es un individuo extremadamente dependiente, que debe ser manipulado con atención y cuidado. Los profesionales de salud calificados, como los especialistas de enfermería, pueden ayudar a instruir con detalle a los padres y familiares, en especial aquellos que son padres adoptivos, primeros padres, etc.

El neonato no debe ser sacudido, ni en juego, en forma cariñosa o por furia. El bebé debe ser cargado con ambas manos asegurando que su cabeza y cuello estén sujetos.

6.14.4 Examen físico

Antropometría El nacer es el momento adecuado para pesar, tallar y medir al bebé (incluyendo el perímetro cefálico), y estudiar los datos ajustados en percentiles y por edad gestacional.

Parámetros físicos Valores promedio. Peso 2.600 - 4.000 gr. Talla 48 - 52 cm.
Perímetro craneal 32 - 36 cm. Perímetro torácico 30 - 34 cm. Frecuencia cardiaca 120 - 160 l / m. Frecuencia respiratoria 40 - 60 r / m. Tensión arterial 65 / 40 mph.
Diuresis Primeras horas Catarsis 24 a 48 hrs

La piel y anexos del recién nacido La piel del recién nacido es un común factor de predicción de la probable edad gestacional y se caracteriza por:

- Vermis caseoso o unto sebáceo: Es la grasa que recubre la piel del recién nacido, tiene una función protectora y es signo de madurez.
- Lanugo: Vello en el cuerpo de especial frecuencia en bebés pretérminos. El pelo, por el contrario, es fuerte y oscuro. Tienen una piel muy enrojecida, sonrosada, porque en los últimos meses de gestación la placenta envejece y el oxígeno se transporta de forma menos eficiente, por lo que aumenta el número de hematíes y la hemoglobina fetal en gran cantidad. La causa de la ictericia fisiológica es que muchos hematíes se destruyen.
- Eritema Tóxico: Es un color sonrosado más fuerte en algunas zonas. No tiene significación patológica (no es tóxico ni infeccioso).
- Cutis amorata: Color mármol rosa. Sin importancia.
- Acrocianosis: Tampoco es un trastorno, es fisiológica. Se da en la parte distal de los dedos y las uñas, porque el recién nacido estaba en un medio de 37 °C y tiene que adaptarse.
- Mancha Mongólica: A menudo, los niños de razas asiáticas o morenas tienen una mancha color azul pizarra en las nalgas y espalda que no hace relieve. Desaparece en el curso de los meses.
- Bola de Bichat: Acumulo de grasa en las mejillas. Es un signo de que está bien nutrido. Su función es que no se metan las mejillas en la boca al mamar.
- Almohadillas de succión: Relieves de labio para hacer vacío alrededor de la areola.
- Antojo o mancha fresa: Es un hemangioma capilar. No nace con él, aparece en la 1ª semana y va desapareciendo con el tiempo. Es un poco elevado (pápula).
- Descamación fisiológica: La piel se va secando en los días siguientes al nacimiento, a pesar del unto, por las heces y la orina.
- Milián o milicia: Pequeños granos formados por las glándulas sebáceas. Las glándulas sudoríparas están poco desarrolladas (suda poco). □

- Leche de bruja: Por el resto de las hormonas de la madre en su sangre, pueden activar las glándulas mamarias del neonato.

Cabeza

- Forma y tamaño: Es grande en relación al resto del cuerpo, habitualmente presenta una deformación plástica con grados variables de cabalgamiento óseo debido a su adaptación al canal de parto, excepto en aquellos nacidos por cesárea.
- Fontanelas: La fontanela anterior varía en tamaño entre 1 y 4 cm. de diámetro mayor; es blanda, pulsátil y levemente depresible cuando el niño está tranquilo. La posterior es pequeña de forma triangular, habitualmente menos de 1 cm. Un tamaño mayor puede asociarse a un retraso en la osificación, hipotiroidismo o hipertensión intracraneana.
- Suturas: Deben estar afrontadas, puede existir cierto grado de cabalgamiento. Debe probarse su movilidad para descartar craneosinostosis. Ocasionalmente la sutura longitudinal puede tener algunos mm de separación. La sutura escamosa nunca debe presentar separación. Si la hay, debe descartarse hidrocefalia congénita.
- Caput succedáneo o bolsa serosanguínea: Corresponde a edema del cuero cabelludo por la presión del trabajo de parto. Se extiende sobre las líneas de sutura y puede ser extenso. Debe diferenciarse de los cefalohematomas.
- Cefalohematomas: Estos son de dos tipos: el subperióstico que consiste en acumulación de sangre bajo el periostio. Se caracteriza por estar a tensión y no sobrepasar las suturas. Es un fenómeno que puede ocurrir en un parto normal. No requiere tratamiento ni tiene consecuencias para el recién nacido. El cefalohematoma subaponeurótico es generalmente resultado de un parto difícil con instrumentación. Es de consistencia más blanda y sobrepasa ampliamente los límites de las suturas. Puede contener gran cantidad de sangre, lo que resulta en anemia y potencial hiperbilirrubinemia. En ocasiones se acompaña de fracturas del cráneo.

Ojos

- Edema palpebral, Esclerótica blanca, Sin producción efectiva de lágrimas, Hemorragias conjuntivales.

Orejas

- Pabellón auricular en línea recta con el ojo, Respuesta auditiva.

Nariz

- Permeabilidad nasal, Estornudos, Mucosidad blanca y acuosa.

Boca

- Salivación mínima, Paladar arqueado, úvula en línea media y frenillo.

Cuello

- Corto y grueso.

Tórax

- Xifoides evidente
- Glándulas mamarias: simétricas, pezones más visibles que la areola, tejido mamario prominente por acción de hormonas.

Abdomen

- Macro esplácnico: Abdomen grande y distendido, debido al tamaño aumentado de las vísceras.
- Cordón umbilical.

Genitales Femeninos

- Labios y clítoris prominentes, edematosos.
- Himen
- Vermis Caseosa.
- Seudomenstruación: Sangrado sin cambios en el endometrio que ocasionalmente se presenta en los primeros días de vida, es un fenómeno normal que se soluciona por sí solo.

Genitales Masculinos

- Pene de 3 a 4 cm.
- Escroto pigmentado y rugoso.
- Adherencias balano prepuciales.

- Hidrocele: Colección líquida que causa aumento del volumen escrotal, desaparece en varias semanas.

Extremidades

- Braquitipo: Extremidades pequeñas en comparación con el resto del organismo.
- Cianosis ungueal en manos y pies.
- Clinodactilia: Incurvación de los dedos.

Reflejos del Recién nacido

- Reflejo oral o de búsqueda: se manifiesta cuando se acerca la mano o un objeto a la mejilla del niño, quien busca con la mirada a los lados del referido elemento.
- Reflejo de moro o de sobresalto: se activa con un sonido fuerte. Al escucharlo, el recién nacido abre los brazos, estira las manos y tensa el cuerpo. Luego, se encoge de nuevo.
- Reflejo de succión: si se coloca un dedo en la boca del niño, lo succionará como si fuera el pezón.
- Reflejo de presión o de agarre: cuando se le toca la palma de la mano al niño con un dedo, se prende tan fuertemente a él que podría soportar su propio peso.
- Reflejo de la marcha: si se le sostiene con los pies apoyados sobre una superficie plana, el bebé mueve los pies e intenta dar pasos hacia adelante, como si estuviera caminando.
- Reflejo plantar o de Babinski: cuando al niño se le toca el borde externo de la planta del pie no encoge los dedos, sino que los estiran en forma de abanico.

Los cambios fisiológicos que implica el paso de la vida intrauterina a la extrauterina son los que determinan las características del cuidado del recién nacido normal y de la patología de este período. Esto requiere una adaptación de todos los órganos y sistemas que incluye la maduración de diversos sistemas enzimáticos, la puesta en marcha del mecanismo de homeostasis que en el útero eran asumidos por la madre y la readecuación respiratoria y circulatoria indispensable desde el nacimiento para sobrevivir en el ambiente extrauterino. Todos los problemas del

recién nacido de alguna manera comprenden la alteración de un mecanismo de adaptación.

6.15 Fisiologías por aparatos del recién nacido: Fisiología respiratoria y cardíaca

El recién nacido de pretérmino tiene riesgo de sufrir problemas respiratorios debido a que los pulmones no se encuentran lo suficientemente maduros como para iniciar el intercambio gaseoso. El tiempo necesario para alcanzar esta madurez pulmonar es variable; hay recién nacidos a las 37 o incluso 38 semanas de gestación que desarrollan una insuficiencia respiratoria.

Esta sustancia tensoactiva, también llamada surfactante pulmonar, es sintetizada y almacenada por las células epiteliales alveolares tipo II, y se compone de un grupo de fosfolípidos de superficie activa, de los que la lecitina constituye el componente más importante para la estabilidad alveolar. El pico de máxima producción está en la semana 35 de gestación. Este hecho, junto con el factor de que la esfingomielina tiene una producción constante durante toda la gestación, nos permite establecer que aquellos neonatos con una relación lecitina / esfingomielina en líquido amniótico de 2:1 o mayor indicará madurez pulmonar.

Además de una producción adecuada de sustancia tensoactiva, debe haber el número suficiente de sacos alveolares para proporcionar el área necesaria para el intercambio gaseoso. El neonato a término tiene aproximadamente 24 millones de alvéolos, mientras que el adulto tiene entre 200 y 600 millones.

El desarrollo pulmonar se inicia alrededor de los 24 días de vida fetal, cuando aparece el botón pulmonar primitivo. Este botón se ramifica entre los 26 y 28 días, formando el bronquio principal derecho e izquierdo. Durante la gestación, el crecimiento y la ramificación continúan, formando desde bronquiolos terminales hasta bronquiolos respiratorios, a partir de los cuales se originan los conductos alveolares. Estos últimos se diferencian aproximadamente a las 24 semanas de gestación y originan sacos aéreos terminales de paredes delgadas. Desde las 24 semanas hasta el nacimiento el crecimiento y desarrollo de estos sacos aéreos terminales o alvéolos prematuros son continuos. Entre las 24 y 26 semanas de gestación, la superficie para el intercambio de gases es muy limitada y se produce

una cantidad insuficiente de sustancia tensoactiva, imposibilitando la supervivencia a esa edad gestacional.

Entre las 27 y 28 semanas de gestación ya se han producido más sacos alveolares y existen más capilares en contacto con la membrana alveolar. Esto permite que se efectúe cierto intercambio de oxígeno y dióxido de carbono desde los alvéolos hasta los capilares y viceversa. En este momento, la producción de sustancia tensoactiva es inestable e inadecuada, pero el feto puede vivir fuera del útero si cuenta con asistencia respiratoria. Sin embargo, el recién nacido tiene riesgo de sufrir varias complicaciones como insuficiencia respiratoria, hipoxemia, acidosis, hemorragia intraventricular, tensión por frío y desequilibrio metabólico, cualquiera de las cuales puede alterar el resultado final.

Entre las 29 y 30 semanas, los sacos alveolares se diferencian todavía más y se libera más sustancia tensoactiva. Después de las 30 semanas de gestación, el crecimiento de los alvéolos primitivos es rápido, y entre las 34 y 36 semanas ya existen alvéolos maduros. Si el feto carece de tensiones y no cursa con complicaciones y iatrogénicas, la cantidad de sustancia tensoactiva producida debe ser suficiente para la expansión pulmonar y el intercambio gaseoso.

En el neonato pretérmino la capa muscular de las arteriolas pulmonares no se encuentra bien desarrollada, ya que esto no sucede completamente hasta las últimas etapas de la gestación así que cuanto más prematuro es el neonato, menos musculares serán las arteriolas pulmonares.

Esta reducción en la musculatura es la causa de que la vasoconstricción no sea efectiva en respuesta a la disminución en la oxemia. Por lo tanto, el neonato sano pretérmino tiene una resistencia vascular pulmonar menor que el neonato a término. Esta anomalía provoca una mayor desviación de izquierda a derecha a través del conducto arterioso, que lleva la sangre nuevamente hacia los pulmones. El recién nacido pretérmino que desarrolla insuficiencia respiratoria con sus complicaciones (acidosis e hipoxemia) tiene un riesgo mayor de sufrir elevación de la resistencia vascular pulmonar debido a que la PO₂ reducida dispara la vasoconstricción. La mayor resistencia reduce el flujo pulmonar, produciendo mayor hipoxemia y acidosis. El conducto arterioso responde al aumento en la

oxemia mediante vasoconstricción. En el prematuro, que es más susceptible de sufrir hipoxia, el conducto puede permanecer abierto, y éste aumenta el volumen pulmonar con la consecuente congestión pulmonar, mayor esfuerzo respiratorio y mayor consumo de oxígeno.

6.15.1 Termorregulación

Uno de los mayores retos que enfrenta el tratamiento de enfermería en los recién nacidos pretérmino es mantener la temperatura corporal normal, ya que la “pérdida de calor” constituye uno de los principales riesgos.

Las características especiales del prematuro con respecto a la termo regulación son las siguientes:

- El recién nacido pretérmino tiene un índice mayor entre superficie corporal y peso corporal. Esto significa que la capacidad del neonato para producir calor es mucho menor que su potencial para perder calor. La pérdida de calor en un recién nacido pretérmino que pesa 1500 gr. es cinco veces mayor por unidad de peso corporal que en el adulto. Si no cuenta con un ambiente térmico adecuado, el neonato pretérmino tiene riesgo de sufrir una pérdida excesiva de calor.
- El prematuro tiene escaso tejido subcutáneo, que constituye el aislante del cuerpo humano. Sin un aislante adecuado, el calor se conduce fácilmente desde el centro más caliente del organismo hasta la superficie más fría del mismo. Se pierde calor del cuerpo cuando los vasos transportan sangre desde el interior hasta el tejido subcutáneo.
- La posición del recién nacido pretérmino es otro factor importante que influye sobre la pérdida de calor. La flexión de las extremidades reduce la cantidad de superficie expuesta al ambiente; la extensión aumenta dicha superficie y, por lo tanto, aumenta la pérdida de calor. La edad gestacional de recién nacido pretérmino influye sobre la flexión, desde totalmente hipotónica y extendida hacia las 28 semanas hasta la flexión vigorosa que adquiere a las 36 semanas.

Resumiendo, al igual que ocurre con la fisiología respiratoria, cuanto más prematuro es un neonato, más complicaciones van a surgir, ya que menor será su

capacidad para mantener su equilibrio del calor, debido a que existe desproporción de la superficie, menor cantidad de grasa subcutánea y mayor pérdida de calor por la posición del cuerpo.

6.15.2 Fisiología Digestiva

La estructura básica del aparato digestivo se forma al principio de la gestación, así que incluso el recién nacido muy prematuro es capaz de ingerir alimentos. Sin embargo, la maduración del proceso digestivo y de la absorción se produce en etapas posteriores de la gestación.

Como resultado de la inmadurez digestiva, el prematuro presenta los problemas siguientes de digestión y absorción:

- Hay limitación para convertir ciertos aminoácidos esenciales en aminoácidos no esenciales. Algunos aminoácidos, como histidina, taurina y cisteína, son esenciales en el prematuro, aunque no lo son en el neonato a término.
- **La inmadurez renal provoca incapacidad para manejar la mayor Osmolaridad de la fórmula proteínica.** El neonato pretérmino necesita una concentración mayor de proteína sérica que de caseína.
- Existe dificultad para absorber las grasas saturadas por la reducción de sales biliares y lipasa pancreática. Cuando el recién nacido se encuentra grave, en ocasiones no es posible que ingiera los nutrientes necesarios.
- Durante los primeros días de vida del prematuro, la digestión de lactosa no es completamente funcional. Este paciente sólo puede digerir y absorber los azúcares más simples.
- Puede haber deficiencia de calcio y fósforo ya que 66 % de estos minerales se deposita en el tercer trimestre. Por lo tanto, el prematuro es susceptible de sufrir raquitismo y desmineralización ósea acentuada.

6.15.3 Fisiología Renal:

En el recién nacido pretérmino los riñones son inmaduros si se comparan con los recién nacido a término, lo que supone problemas clínicos en el manejo de líquidos y electrolitos.

Las características específicas del neonato pretérmino incluyen las siguientes:

- La Tasa de Filtración Glomerular (TFG) es menor por la reducción del flujo renal. Esta tasa es directamente proporcional a la edad gestacional, así que, una vez más, cuanto más prematuro sea el recién nacido, menor será la TFG. Además, la filtración glomerular disminuye en presencia de alteraciones que reducen el flujo renal o el contenido de oxígeno, como insuficiencia respiratoria acentuada y asfixia perinatal. En el prematuro, después de asfixia con hipotensión concomitante, puede aparecer oliguria.
- Los riñones del prematuro no concentran adecuadamente la orina ni excretan en forma idónea las cantidades excesivas de líquido. Esto significa que, si se administra líquido en exceso, el prematuro tiene acentuado el riesgo de sufrir hipervolemia. Si se restringe el aporte líquido, el neonato se deshidratará debido a la incapacidad para retener la cantidad adecuada de líquidos.
- Los riñones del prematuro comienzan a excretar glucosa a cifras inferiores de glucosa que el riñón del adulto. Por lo tanto, a menudo se observa glucosuria con hiperglucemia.
- La capacidad amortiguadora de los riñones se reduce, predisponiendo al neonato a sufrir acidosis metabólica. Se excreta bicarbonato a cifras séricas inferiores y la excreción de ácidos es más lenta. Por esta razón, después de un periodo de hipoxia, los riñones de este paciente requieren de un tiempo más prolongado para excretar el ácido láctico que se acumula. A menudo es necesario administrar bicarbonato de sodio para contrarrestar la acidosis metabólica.
- La inmadurez del sistema renal afecta la capacidad del neonato pretérmino para excretar fármacos. Debido a que el tiempo de excreción es más prolongado, los medicamentos se administran a intervalos más largos. Cuando el recién nacido recibe fármacos nefrotóxicos tales como gentamicina, marfilina y otros, es necesario vigilar continuamente el gasto urinario. En caso de que éste sea insuficiente, los fármacos pueden ser tóxicos en el recién nacido con mucha mayor rapidez que en el adulto.

6.15.4 Fisiología Hepática

La inmadurez hepática del recién nacido pretérmino le predispone a varios problemas. En primer lugar, se almacena glucógeno en el hígado durante la gestación, alcanzando aproximadamente el 5% del peso hepático en el momento del nacimiento. A partir de ahí, los almacenes de glucógeno se utilizan rápidamente para obtener energía. Estos depósitos se alteran cuando existe C.I.R., y, fuera del útero, por problemas respiratorios y por tensión por frío. El recién nacido pretérmino cursa con reducción de los almacenes de glucógeno al nacimiento debido a su menor edad gestacional y a que muchas veces experimenta tensiones que utilizan rápidamente esta sustancia. Por lo tanto, el prematuro tiene riesgo de sufrir hipoglucemia y sus complicaciones.

El hierro también se almacena en el hígado y su cantidad aumenta considerablemente durante el tercer trimestre del embarazo. Por este motivo, el neonato pretérmino nace con deficiencia de hierro almacenado. Si sufre hemorragia, crecimiento rápido u obtención excesiva de muestras sanguíneas, puede cursar con depleción de hierro con mayor rapidez que el recién nacido a término. Muchos prematuros requieren transfusiones de concentrados de hematíes para sustituir la sangre extraída por la extracción de muestras.

En el recién nacido pretérmino también existe deterioro en la conjugación hepática de bilirrubina. Por lo tanto, la cifra de bilirrubina aumenta con mayor rapidez y hasta cifras mayores que en el neonato a término. En estos pacientes es más difícil valorar clínicamente la ictericia cuando la cifra de bilirrubina todavía no es tóxica debido a que carecen de grasa subcutánea.

6.15.5 Fisiología inmunológica

El recién nacido pretérmino tiene mayor riesgo de sufrir infecciones que el recién nacido a término. Este fenómeno se debe, en parte, a la menor edad gestacional, pero también puede ser el resultado de una infección adquirida dentro del útero que precipitaría el trabajo de parto y parto.

Dentro del útero el feto recibe inmunidad pasiva contra varias infecciones a partir de IgG maternas que atraviesan la placenta. La mayor parte de esta inmunidad se adquiere durante el último trimestre del embarazo, así que el neonato pretérmino cuenta con escasos anticuerpos al nacimiento que le proporcionan menos protección y disminuyen más rápidamente que en lactante a término. Este factor puede contribuir

a la mayor frecuencia de infecciones recurrentes durante el primer año de vida, así como durante el periodo neonatal.

La otra inmunoglobulina que es importante para el recién nacido pretérmino es la IgA secretora, que no atraviesa la barrera placentaria, pero que existe en abundancia en la leche materna. Esta inmunoglobulina proporciona inmunidad a las mucosas del aparato digestivo, protegiéndolo de infecciones producidas por *Escherichia coli* y *Shigella*. Los neonatos pretérmino que se encuentran graves, en muchas ocasiones no pueden alimentarse con leche materna y, por lo tanto, tienen riesgo de sufrir infecciones enterales.

En estos pacientes, otra defensa contra la infección que se altera es la superficie cutánea. En los lactantes muy pequeños, la piel sufre excoriaciones con facilidad, y este factor, aunado a las técnicas penetrantes a que son sometidos estos neonatos, aumenta el riesgo de sufrir infecciones hospitalarias. Es indispensable utilizar técnicas de higiene adecuadas al atender a estos pacientes para prevenir cualquier infección innecesaria.

7.- HIGIENE ESPECÍFICA DEL RECIEN NACIDO.

Cada parte del cuerpo necesita unos cuidados e higiene específica que debe tenerse en cuenta, y más aún, en el caso de un recién nacido.

Tras el alta hospitalaria los padres deben atender al recién nacido con una serie de cuidados, destinados a favorecer su desarrollo óptimo y a evitar posibles riesgos para su salud.

7.1 La adaptación:

Desde que empiezan a desencadenarse los mecanismos del parto, el feto empieza a adaptarse para el nacimiento. Durante la gestación ha madurado y ha crecido, pero ahora se prepara para un cambio brusco del que depende su supervivencia. Sus pulmones empiezan a eliminar líquido y sus hormonas de estrés le preparan. Al poco de nacer se le liga el cordón umbilical y entonces todo cambia en sus pulmones y en su circulación. Nota la entrada de aire en sus pulmones, siente el frío ambiente. Además, ya no flota, siente el peso de la gravedad y oye muchos ruidos nuevos. La primera adaptación ocurre muy rápido y la favorece el sentir el calor y el olor de su madre, que se parece tanto al del líquido amniótico. Si algo va mal, si se interrumpen

estos complejos mecanismos de adaptación, puede que el recién nacido tenga dificultad para respirar, no consiga oxigenar su sangre o tenga hipoglucemia. Puede ser el comienzo de un problema grave. Los mecanismos de la adaptación se mantienen durante las primeras horas de vida. La hipotermia o el dolor intenso pueden alterarlos.

El llanto intenso también es indeseable y en esta fase precoz puede ser una respuesta de protesta y desesperación si el recién nacido está separado de su madre. Por eso hay que procurar que permanezca con su madre, si es posible piel con piel, caliente y seco, confortable, con acceso al pecho por si quiere mamar. En esta situación los recién nacidos no lloran, no gastan excesiva energía en la termorregulación, no producen hormonas de estrés y tienen menos dificultades para mamar.

7.2 El vínculo:

El vínculo es una experiencia humana compleja y profunda que requiere del contacto físico y de la interacción en etapas tempranas de la vida. Los primeros minutos, horas y días constituyen un período sensible para el recién nacido y los padres. En este período la madre y probablemente el padre están especialmente receptivos a los cambios que supone para su futura conducta el hecho de tener un hijo.

El establecimiento del apego, del vínculo o en términos más humanos, del amor al hijo, puede estar condicionado por las interferencias en este período sensible. Se ha investigado mucho sobre cómo la separación de la madre y el hijo condiciona los cuidados posteriores. Se sabe que muchas mujeres sienten un afecto inmediato, pero entre un 25% y un 40% necesitan un tiempo.

7.3 Establecimiento de la lactancia materna:

En las primeras dos horas de vida el recién nacido tiene una capacidad innata de buscar el pecho materno y empezar a mamar. Es el niño el que sabe, no la madre. Colocado sobre el abdomen materno, piel con piel, reptando guiado por el olor del pecho materno, cuyo calostro tiene sustancias volátiles similares a las que dan olor al líquido amniótico. Cuando alcanza el pecho suele empezar a mamar. Esta conducta puede desaparecer si se produce la separación de la madre o no se pone al niño cerca del pecho en la primera hora o dos horas de vida.

Las prácticas que interfieren con estos procesos naturales pueden alterar de manera importante el establecimiento de la lactancia en los primeros días. Estos primeros

momentos son también esenciales para corregir algunos problemas de posición y encaje que pueden provocar que el niño mame poco y la madre tenga grietas. Las interferencias por tetinas de biberón y por el uso muy precoz del chupete, deben ser evitadas.

7.4 Cuidados generales del recién nacido:

Al ingreso en piso, cuando la madre esté ya en su habitación, se procederá a informar brevemente del funcionamiento general y de los cuidados iniciales del recién nacido. Esta información no debe ser excesiva ni mecánica. El tono debe ser amable procurando empatizar, huyendo del tono impositivo y las prohibiciones. Se atenderán también las demandas de información de los padres.

Objetivos: 1. Informar a los padres de los primeros cuidados al recién nacido y sobre el funcionamiento de las plantas de Maternidad.

2. Atender las demandas de información de los padres en este primer contacto.

Procedimiento: Entrevista del profesional de enfermería responsable en la habitación con la madre o, preferentemente, con ambos padres.

Descripción del procedimiento:

Tras presentarse y preguntar a la madre cómo se encuentra:

a) Explicará la ubicación del baño y del lugar donde se encuentran las compresas y la cuña. También se indicará la localización del timbre para llamar en caso de necesidad, la luz del cabecero y la de la habitación. Se le mostrará que en el cuarto pequeño entre habitaciones tiene una mesa y una bañera donde limpiar y cambiar al bebé si lo necesita, así como dos contenedores, uno para echar la ropa sucia y otro para los pañales usados.

b) Explicará dónde puede encontrar la ropa para el recién nacido, los pañales, las esponjas, las toallas y los empapadores.

c) Explicará que un celador les dará el certificado de nacimiento, que deben comprobar que los datos son correctos y que, si algún dato no lo es, se deben dirigir con el personal correspondiente para que se corrija.

d) Preguntará a la madre cómo desea alimentar al recién nacido. Posteriormente informará sobre los cuidados generales, el cuidado piel con piel, los cuidados ambientales y el funcionamiento de la planta en cuanto a horarios de visita,

exploraciones de los médicos y otros aspectos. Se informará y solicitará consentimiento verbal para la profilaxis con vitamina K y la profilaxis oftálmica y para la vacunación de hepatitis B. Se emplazará a la madre para que avise al profesional de enfermería para que observe una toma, tanto si da el pecho como si opta por la alimentación artificial. Se le explicará que la higiene y el cuidado del ombligo se harán con los padres. En caso de que el recién nacido precise cuidados especiales, tal y como se expone en el capítulo 9, se explicarán igualmente.

e) Se entregará el Documento de Salud Infantil, los cartones de las pruebas endocrino-metabólicas y la información escrita sobre la planta.

7.5 Observaciones en el recién nacido a tener en cuenta:

- El llanto es la forma de comunicación del recién nacido, las posibles causas son: hambre, sueño, gases, ruido, etc.
- Al coger al recién nacido sujetar siempre la cabeza.
- Cambiar el pañal frecuentemente para evitar que aparezcan rojeces (dermatitis).
- Durante las primeras semanas dormirá entre 14 y 20 horas diarias (entre las tomas).
- Vestir al bebé con ropa de algodón para evitar alergias.
- La primera visita al pediatra se recomienda a los 10 días.
- En caso de tener animales, han de estar siempre limpios y vacunados. Evitar el contacto directo con el recién nacido.

7.6 Cuidados específicos:

7.6.1 Cómo esterilizar los productos infantiles

La esterilización consiste en la destrucción o eliminación completa de todos los microorganismos vivos presentes en un medio o material. Durante los primeros meses de vida del lactante es fundamental esterilizar todos los productos infantiles, ya que su sistema inmunitario aún es deficiente. Hay dos procedimientos para esterilizar:

- Físicos (en calor): la esterilización con calor elimina los microorganismos con el vapor de agua. Es un método rápido (dura de diez a veinte minutos) y puede realizarse con aparatos eléctricos dedicados a tal fin, en microondas o en ollas. La desventaja de este método es el riesgo de quemaduras.

- Químicos (en frío): los materiales que no toleran el calor deben esterilizarse por medios químicos. Consiste en introducir el chupete, biberón, juguete... en agua con alguna sustancia química, que se presenta en forma de comprimidos o soluciones líquidas. El tiempo varía dependiendo del producto químico (entre media hora y una hora). Las ventajas de este método son que no se necesita electricidad y que la esterilización dura 24 horas. El problema es que es un método lento y que deja olor a cloro.

7.6.2 Sus primeros baños

Las últimas tendencias en pediatría sobre el cuidado del recién nacido defienden que no es necesario lavar diariamente al bebé, ya que su piel es muy sensible y las bacterias que la protegen pueden verse afectadas por el uso excesivo de jabones. No obstante, si se baña al bebé a diario, se recomienda que se utilice agua sola normalmente y que el jabón se añada cada varios días. Los jabones y el champú deben ser neutros y poco perfumados.

El baño debe ser corto y con agua a temperatura agradable para el recién nacido (34-37° C), frotar suavemente con una esponja suave, y limpiar bien la zona de los pliegues y los genitales. Es preferible bañar al bebé a la misma hora. Si se hace antes de ir a dormir lo relajará y seguramente dormirá mejor.

Si el bebé presenta descamaciones en la piel, se pueden añadir varias gotas de aceite de almendras o de vaselina líquida al baño, aunque también se puede aplicar posteriormente una mezcla de vaselina líquida y agua o cremas-lociones hidratantes destinadas a ese fin. Es preferible evitar durante los primeros meses el uso de colonias que resequen la piel.

7.6.3 No hay que dejar nunca solo al recién nacido para evitar el riesgo de caídas y ahogamiento.

1. El cordón umbilical: El resto de cordón umbilical, que permanece en el bebé tras el nacimiento, cae durante las 2 – 4 primeras semanas de vida. Ser escrupuloso y metódico con la cura del cordón nos puede ahorrar muchos problemas, así como asegurar una correcta cicatrización. El cordón se cura un par de veces al día con una gasita y alcohol de 70°. No hay que tener miedo a hacer daño al niño ya que el cordón no tiene sensibilidad. En cada cambio de pañal se debe prestar especial atención al cordón, evitando que se depositen secreciones (heces o pipí) en esa zona. No se debe

acelerar la caída del cordón, debe caer solo y no se debe hacer caso a todo lo que el “saber popular” aconseja para mejorar la estética del ombligo del bebé, ya que puede provocar infecciones que dejan cicatrices peores y complican la salud del bebé.

2. El cabello: La higiene del cabello forma parte de la hora del baño. Se deben utilizar champús poco agresivos específicos para bebés. Después, se debe peinar el cabello con cepillos adecuados de cerdas blandas. No se recomienda poner colonia en el cabello al recién nacido ya que puede molestarle o irritarle el olor tan fuerte, sobre todo si lleva alcohol. La colonia puede ponerse en la ropita y conseguirá el mismo efecto. En caso de que el bebé tenga costra láctea (pequeñas descamaciones grasas en el cuero cabelludo), aplícale aceite de almendras u otro producto específico para costra láctea en el cuero cabelludo durante 10 minutos y retíralo con el champú; después peina el cabello intentando retirar la descamación sin irritar el cuero cabelludo.

3. La piel: Tras el baño, lo mejor es hidratar la piel. Muchos recién nacidos descaman la piel, sobre todo, en tobillos y muñecas. La piel de los recién nacidos tiende a escamarse y es muy fina y delicada, porque aún no posee la estructura protectora típica de las pieles de los adultos. Se deben usar aceites vegetales (aceite de almendras o caléndula) o bien cremas hidratantes específicas para el bebé, hipoalergénicas y, preferiblemente, sin parabenos ni perfumes. Puede aprovecharse el momento de la hidratación para realizar un buen masaje al bebé. El masaje infantil estrecha los vínculos entre padres e hijos, aumenta la inmunidad y relaja al recién nacido. Las caricias tranquilizan al bebé al tiempo que nuestra cercanía estimula sus sentidos, no sólo el del tacto. El bebé duerme más tranquilo y come mejor después del masaje. Los masajes alivian los gases que causan molestias al bebé. Se refuerzan vínculos y se comparte un tiempo fabuloso. Además, tocar al bebé favorece su desarrollo. Por otro lado, si tiene la cara irritada por la baba hay cremas específicas en el mercado.

4. Región ano perineal: El recién nacido necesita mantener bien limpia y seca la piel del culito para evitar irritaciones. Se debe minimizar el uso de toallitas y priorizar, en cambio, el uso de la esponjita con agua tibia o una leche limpiadora específica. Las toallitas húmedas pueden irritar, pero son un buen recurso cuando se está fuera de casa.

- En los niños: se deben limpiar todos los pliegues y secarlo bien sin frotar.
- En las niñas: es importante limpiar siempre de delante hacia atrás, con el fin de no transportar los residuos de las heces hacia la vagina y, sin presionar, lavar bien la zona entre los labios mayores y menores. Por último, secar sin frotar.

5. La nariz: Si el bebé tiene mucosidad o secreciones se debe realizar un lavado nasal con suero fisiológico. Recuesta al niño boca arriba y gírale la cabeza hacia un lado. Aplícale el suero en el orificio nasal superior y repite la operación en el otro orificio, girándole la cabeza hacia el otro lado. Incorpora al niño para que termine de expulsar las mucosidades. Nunca utilices bastoncillos de algodón para limpiar la nariz.

6. Las orejas: Existe la tradición de utilizar bastoncillos de algodón para limpiar los conductos auditivos externos de los bebés. Muchos otorrinos alertan del peligro de su uso ya que, introducir el bastoncillo, no limpia, sino que introduce todavía más el cerumen y puede causar alguna pequeña herida o infección. Por lo tanto, las orejas se deben mantener limpias y secas por fuera, no por dentro, ya que la cera que produce ya es una protección natural.

7. Las uñas: Las uñas del recién nacido se deben cortar cuando estén largas, con una tijera especial de punta redondeada o bien limarlas con una lima suave. Tener especial cuidado en cortar las uñas rectas y no lesionar la piel del dedo.

8. Alimentación: Es muy importante que se alimente con leche materna, debes cambiar de pecho cada 15 o 20 minutos; recuerda limpiarlos antes y después de amamantar para evitar fisuras o infecciones. Si utilizas fórmula, se recomienda una inclinación de biberón de 45° aprox. con mamila tipo curtí y tomas en promedio de cada tres horas.

9. Evacuaciones: Un recién nacido, generalmente, evacúa cada vez que come sin tener ningún problema y, por el contrario, si deja de evacuar un día, no necesariamente es indicio de algo malo.

7.6.4 Exámenes, evaluaciones y puntos que no deben ignorarse en un recién nacido.

En el recién nacido ya en casa hay que tener en cuenta cambios que sufre, porque como sabemos él bebe está en desarrollo y crecimiento, estos cambios serán continuos y algunas veces implican algo nuevo o raro para la madre, provocando angustia en la misma.

- Exámenes:

Los primeros exámenes y evaluaciones del bebé se llevarán apenas nace:

El test de Apgar consiste en valorar el estado del bebé al nacer. Para ello se tienen en cuenta determinados signos vitales: ritmo cardíaco, patrón de respiración y llanto, color de la piel, tonicidad muscular y reacciones reflejas. Estas mediciones y observaciones se toman en tres momentos distintos dentro de los primeros cinco minutos de vida. De acuerdo con los resultados obtenidos el médico evaluará si el bebé requiere atención especial de inmediato.

Por otro lado, entre los 2 y 5 días de vida se le realizará un análisis de sangre (conocido como análisis del talón o pesquisa neonatal) para detectar la presencia de la fenilcetonuria, el hipotiroidismo congénito y la fibrosis quística. En la Argentina, existe una ley que establece la obligatoriedad de este estudio.

- Mucosa

En los primeros dos o tres días de vida es común en algunos bebés la secreción de gran cantidad de mucosa incolora que hasta puede causarle vómitos y/o regurgitaciones. Esto se debe a que ocasionalmente su estómago se llena de esta sustancia y el bebé la eliminará a través de su garganta.

- Piernas y brazos

Normalmente, al nacer y por un período breve de tiempo después, los bebés mantienen sus brazos y piernas dobladas. Esto se debe a la posición en la que estuvieron durante los meses de gestación en el útero materno. Ante cualquier duda consulta a tu médico.

- Pechos

En muchos casos, tanto los varones como las mujeres nacen con sus pechos inflamados. Las hormonas maternas que han pasado al cuerpo del bebé antes de nacer son las causantes. Generalmente los pechos tardarán en deshincharse entre una semana y hasta dos meses.

Si tu bebé tiene los pechos hinchados no intentes apretarlos, puesto que puedes causar una infección.

Consulta a tu médico si notas que cambian de coloración.

- Flujos vaginales

Con frecuencia, las niñas recién nacidas pueden sangrar muy levemente a través de la vagina durante el primer y segundo día de vida y hasta doce días después. Esto se debe a que las hormonas maternas han pasado al cuerpo del bebé antes del nacimiento.

Otra posible secreción vaginal es la de una mucosa blanca inmediatamente después del parto. Este tipo de secreción es mucho más común.

Será importante determinar si el sangrado proviene de la zona vaginal o rectal, puesto que las causas de uno y otro no son las mismas.

De todos modos, en el caso que tu bebé esté entre estos casos, consulta a tu médico.

- Piel

Al nacer, la piel de tu bebé puede aún conservar una velloidad llamada lanugo en su espalda, hombros y brazos. Esto es totalmente normal y la irá perdiendo con el roce de la ropa y el baño.

Además, es probable que notes pequeñas marcas blancas ("manchas de leche") en la cara. Estas desaparecerán en uno o dos meses sin aplicar ningún tratamiento.

Asimismo, en algunos casos notarás eritema, unas manchitas color púrpura entre los ojos, por sobre la nariz y/o arriba del área de la nuca. Generalmente desaparecerán en uno o dos años.

Por otro lado, con frecuencia, luego del primer o segundo día de vida, los recién nacidos desarrollan una erupción colorada que se asemeja a la picadura de mosquito. Esta clase de urticaria es inofensiva y desaparecerá eventualmente.

También puede desarrollar dermatitis del pañal. Esto ocurre ocasionalmente uno o dos días después del parto. Simplemente incrementa el tiempo de exposición de su piel al aire cuando le cambias el pañal o cuando lo bañas. En estos casos puedes pedirle a tu médico que te recomiende alguna crema para aplicarle en la zona afectada.

- Fontanela

En la parte centro superior de la cabeza de tu bebé donde no hay hueso del cráneo, se encuentran espacios blandos. Estas aberturas entre los huesos craneales se denominan fontanelas y permiten achicar el diámetro de la cabeza y de esa manera permitir su pasaje por el canal de parto.

Por lo general, las fontanelas se cierran entre los seis y dieciocho meses de vida.

- Deposiciones

En el primer y segundo día de vida tu bebé ensuciará el pañal con una sustancia llamada meconio de color oscuro, casi negro.

Después de dos o tres días de alimentarse del pecho sus deposiciones serán color amarillo-mostaza y su consistencia floja.

En caso de que el bebé se alimente con fórmula sus deposiciones iniciales (meconio) cambiarán de tono primero hacia el verde y luego hacia el amarillo a medida que pasan los primeros días.

A medida que tu bebé comienza a alimentarse, notarás que tendrá una deposición después de cada comida. De todos modos, la cantidad de deposiciones diarias disminuirán luego de algunas semanas. Los bebés que toman fórmula pueden ver reducidas sus deposiciones a una diaria.

Muchos bebés lloran y se molestan con las primeras deposiciones. Todo esto es normal, siempre y cuando el bebé no esté constipado, fenómeno que se torna poco probable si le das pecho.

- Ictericia

Durante la primera semana de vida la piel y la esclerótica (parte blanca del ojo) de tu bebé pueden tornarse amarillos, a esto se le llama ictericia del recién nacido.

En los comienzos, el hígado de tu bebé no está listo para soportar el aumento de la bilirrubina, sustancia que se genera al producirse la ruptura de los glóbulos rojos. En la mayoría de estos casos esta condición desaparecerá gradualmente luego del cuarto o quinto día de vida. Sin embargo, en casos más severos se lo deberá tratar. A medida que se normaliza el funcionamiento del hígado se desvanecerá esa tonalidad de su piel y de sus ojos.

- Cordón umbilical

Veinticuatro horas después del nacimiento se le quitará el broche que se le colocó en el cordón umbilical al nacer.

Algunos expertos recomiendan no bañar al bebé en la bañera para no mojar el cordón mientras no se le haya caído. Sin embargo, hay quienes no están de acuerdo. Usualmente, el cordón se caerá de una a dos y hasta tres semanas después del parto.

Lo importante es mantener el pañal por debajo del cordón para permitir que se seque con el contacto con el aire y aplicar alcohol en la parte más cercana a la piel utilizando una gasa cada vez que le cambies el pañal.

Si la zona se torna colorada o dura o si tiene alguna secreción o mal olor puede tratarse de una infección, consulta a tu médico; él te indicará el tratamiento a seguir.

- Aumento de peso y crecimiento

Todos los bebés pierden peso en los primeros tres o cuatro días y luego comienzan a aumentar de peso. Como regla general, los bebés duplican su peso a los cinco meses y lo triplican al año.

Su crecimiento aproximado es de 25 cm en el primer año.

- Pene y vagina

Al higienizar su pene no intentes tirar del prepucio (la piel que cubre el glande), puesto que generalmente está adherido (si tu bebé no está circuncidado) y se puede desgarrar. En muchos casos estará adherido durante los primeros años de vida. Por lo tanto, al higienizarlo, sólo hacerlo en forma exterior.

En el caso de las niñas, usa una tela limpia suave, agua tibia y jabón neutro para remover cuidadosamente los restos de las deposiciones que pudieran quedar entre los labios de la vagina. Siempre higieniza esta zona de adelante hacia atrás para evitar que los gérmenes del recto lleguen a la vagina.

- Ojos

Notarás que al nacer se le colocará un antibiótico en forma de pomada en sus ojos para prevenir posibles infecciones.

No es necesario seguir ningún procedimiento especial para la higiene de sus ojos siempre que la esclerótica (parte blanca del ojo) esté blanca.

Para higienizar la zona usa sólo agua tibia y una tela limpia o un poco de algodón, desplazándolo desde la parte más cercana a la nariz hacia afuera.

Si la parte blanca se torna colorada o amarillenta contacta a tu médico.

La primera visita al oftalmólogo se recomienda dentro de los tres meses de vida del bebé.

- Estornudos

Los bebés recién nacidos suelen estornudar sin razón aparente. Con frecuencia estornudan al exponerlos de repente a la luz. Al estornudar despejan los orificios nasales de sustancias no deseadas.

Si tu bebé está congestionado y tiene tos o está inapetente, consulta a tu médico.

- Llanto

Los bebés lloran más a partir del segundo o tercer día de vida, puesto que en los comienzos está más somnoliento y menos hambriento.

Pero tu bebé no siempre llorará por hambre. Durante nueve meses tu bebé estuvo contenido dentro tuyo. La temperatura a la que estaba expuesto era la correcta, la cantidad de alimento era el correcto, la luz o mejor dicho la falta de luz junto con los sonidos y el movimiento que disfrutaba le proporcionaban el medio ideal.

Ahora tu bebé está en el mundo exterior y es probable que por momentos se sienta solo y desprotegido. Es por eso por lo que a veces llorará para llamarte y tenerte cerca. Simplemente necesita sentir tu calor y tu olor.

No temas malcriar a tu bebé al responder de inmediato a su llanto; de esta manera crearás un vínculo basado en la comprensión y ayudarás a que se sienta seguro de sí mismo brindándole seguridad. No te desanimes si los comienzos son difíciles; de a poco aprenderás a reconocer los distintos llantos de tu bebé.

- Sueño

Los incidentes de síndrome de muerte súbita pueden reducirse colocando al bebé sobre su espalda y no sobre su estómago al dormir. Por eso es importante acostarlo boca arriba siempre.

Asimismo, asegúrate que la ropita no le ajuste alrededor del cuello y que al acostarlo sus bracitos queden por fuera de las sábanas o frazadas de manera que no pueda taparse la cara. No debe tener nada que le impida mover su cabecita hacia los lados. Además, su colchón debe ser firme y durante los primeros seis meses de vida es preferible que duerma en una cuna sin almohadas o muñecos de peluche con los que se pueda sofocar.

- Hipo

En muchos casos los bebés tienen hipo después de comer. Esto se debe a que han tragado mucho aire. No es para alarmarse, sólo les durará de cinco a diez minutos. Puedes intentar que eructe, ofrécele un poco más de leche o el chupete para apresurar su conclusión.

- Eructo

Al eructar, el bebé libera el aire que haya tragado al llorar o comer.

Si el bebé traga mucho aire al comer, se sentirá satisfecho y perderá interés en la leche. Al eructar eliminará el aire y de este modo seguirá comiendo un poco más. Para hacerlo coloca a tu bebé contra tu pecho en posición vertical o sentado sobre tu falda sosteniéndole el mentón con tu mano. En ambos casos palméale suavemente la espalda por debajo de las costillas durante dos o tres minutos.

Si no eructa intenta acostarlo sobre su pancita por unos minutos y vuelve a levantarlo. Por lo general esto hace que las burbujas de aire cambien de posición y salgan.

En ciertas ocasiones los bebés no necesitan eructar (muchos bebés que toman pecho no tragan aire al comer). Así que no te desesperes si no eructa luego de intentarlo por varios minutos.

En ciertos casos algunos bebés necesitan eructar antes de comer, especialmente si lloraron por un rato.

- Temperatura ambiente

Es difícil generalizar acerca de qué temperatura ambiente debe estar el bebé. Para la mayoría de los bebés recién nacidos la habitación debe estar en 20 grados centígrados aproximadamente. Si tu bebé está muy abrigado sentirá calor y notarás que suda y puede desarrollar urticaria.

Si tu bebé tiene frío, tendrá sus manos y pies fríos, su espalda estará fría y se acurrucará en su cuna para conservar el calor (mientras que tiene calor se estira para perder temperatura corporal).

La temperatura ambiente será la correcta si sus manos y pies están frescos y el resto del cuerpo tibio.

Para ayudarlo a retener la temperatura corporal colócale un gorro de algodón especialmente por la noche.

- Ropa

No debería ser difícil determinar cuán abrigado debe estar el bebé. Si las temperaturas son bajas simplemente agrégale ropita hasta que su cuerpo esté y se mantenga tibio. Si la temperatura es elevada, usa ropita liviana. Por lo general, si hace más de 25 grados sólo necesitará el pañal.

7.7 Cuidados de la madre hacia el recién nacido:

Luego del parto, la mujer tarda entre 6 a 8 semanas en recuperarse y alcanzar el estado físico que tenía antes del embarazo. A este periodo se le denomina puerperio. Durante este lapso de tiempo, la mujer tiene diversos cambios físicos y emocionales que implican tener un nuevo bebé, además del cuidado del mismo.

Anime a la madre a dar pecho al bebé, lo cual le ayudará a dejar de sangrar más pronto. También:

Toque la parte de arriba de la matriz de la madre. Debe estar dura y redonda, como a la altura del ombligo. Si la matriz se siente suave, pídale a la madre que orine y después sóbele la matriz hasta que se ponga dura. Siga revisando la matriz por si se vuelve a poner blanda. También esté pendiente del sangrado. Enséñele a la madre a tocarse la matriz y a sobarla si se pone blanda.

Revise la vagina de la madre. Si tiene un desgarro profundo y largo o que no deja de sangrar, será necesario que se lo cosa alguien que sepa hacerlo.

7.7.1 Dele a la madre bastante de beber y de comer si tiene hambre.

Deje al bebé con la madre para que él esté calientito y pueda mamar. Anime a la madre a mantener al bebé limpio y calientito, y a dejarlo mamar tan seguido como él quiera.

Muchas veces, a los bebés les sale un poquito de moco amarillo de los ojos en las primeras semanas de nacidos. Lave los ojos con leche materna o con agua hervida y enfriada y un trapo muy limpio. Si los ojos del bebé se ponen rojos, se hinchan y tienen mucho pus, un trabajador de salud debe examinar al bebé. Si la madre tiene VIH, se puede proteger al bebé de la infección dándole medicinas para el VIH.

7.7.2 Las primeras semanas después del parto y sus cuidados:

Las madres, al igual que los bebés, necesitan cuidados después del parto. Muchas veces las personas están tan ocupadas cuidando al bebé que olvidan las necesidades de la madre.

Para evitar una infección, la madre no debe tener relaciones sexuales ni ponerse nada adentro de la vagina hasta que el sangrado pare totalmente.

Ella debe descansar mucho por lo menos durante 6 semanas. Debe tratar de estar muy limpia. Es bueno que ella se bañe y que mantenga sus genitales muy limpios. Cuando se bañe, no debe sentarse en agua sino hasta una semana después del parto. Una mujer que dio a luz hace poco debe comer más de lo que acostumbra. Ella puede comer cualquier tipo de alimentos, incluyendo pescado, carne, frijoles, granos, verduras y frutas. Estos alimentos le ayudarán a recuperarse y le darán energía para cuidar a su bebé.

Ella debe tomar bastantes líquidos.

Si ella da alimentación materna a su bebé y no le da ningún otro tipo de alimentación, el dar pecho puede evitar que ella se vuelva a embarazar demasiado pronto. Pero para lograr una protección completa, debe usar otros métodos de la planificación familiar.

Si ella tiene un desgarro en la abertura de la vagina, debe mantenerlo limpio. Ella puede ponerse un trapo húmedo y caliente y también miel en el desgarro, para que se sienta mejor y sane más pronto. Si el desgarro le arde, puede echarse agua en los genitales cuando orine.

Cualquier planta medicinal que use para ayudar a sus genitales a sanar debe estar muy limpia (hervida es aún mejor). No hay que poner plantas medicinales dentro de la vagina.

La mujer debe empezar a usar algún método de planificación familiar pronto, sobre todo si no está alimentando al bebé sólo con leche de pecho. Algunos métodos necesitan empezar a usarse antes de volver a tener relaciones sexuales para evitar el embarazo con mayor eficacia.

Si la madre se queja de que no se siente bien, esté muy pendiente de las señas de infección.

Señas de peligro en los días posteriores al parto:

Sangrado

El sangrado que empieza más de un día después del parto muchas veces se debe a pedazos de placenta que quedaron en la matriz.

7.7.3 Señas de peligro de un sangrado excesivo:

La madre empapa más de dos toallas higiénicas o trapos gruesos por hora, en el primer día después del parto.

Empapa más de una toalla higiénica o un trapo grueso por hora, después del primer día.

Tiene un flujo ligero pero continuo de sangre.

Qué hacer:

Sobe la parte de arriba de la matriz hasta que se ponga dura y el sangrado se detenga.

Ponga al bebé a mamar o pídale a alguien que sobe los pezones de la madre.

Dé medicinas para detener el sangrado.

Si el sangrado no se detiene, consiga ayuda médica. Siga sobando la matriz mientras lleva a la madre al hospital.

Si ella tiene señas de infección, siga las instrucciones a continuación.

Infección de la matriz

Una infección de la matriz es algo muy peligroso. Si no se atiende, la mujer puede quedar estéril o morir.

Infección del útero:

- fiebre y escalofríos
- sensibilidad y dolor en el vientre
- flujo vaginal que huele mal

Tratamiento:

1. Dar una de estas combinaciones de medicinas:

ampicilina 2 g (2.000 mg) suero intravenoso o inyección intramuscular para la primera dosis,

después 1 g (1.000 mg) por la vena o en el músculo 4 veces al día

y gentamicina 80 mg por la vena o en el músculo

3 veces al día

y metronidazol 500 mg por la boca o por la vena 3 veces al día

O

ceftriaxona 250 mg en el músculo 1 sola vez

y doxiciclina

(evite utilizar la doxiciclina si está dando pecho) 100 mg por la boca 2 veces al día

y metronidazol 500 mg por la boca o por la vena 3 veces al día

Dé las 3 medicinas hasta 2 días después de que desaparezcan todas las señas de infección. Si la mujer es alérgica a las penicilinas, dele 500 mg de eritromicina, por la boca, 4 veces al día, en lugar de ampicilina.

2. Si ella no se siente mejor dentro de 24 horas, llévela al hospital más cercano. Anímela a tomar muchos líquidos si está tomando muchas medicinas por la boca.

7.8 Cuidados generales de la madre después del parto:

Después del parto la madre también deberá recibir cuidados especiales para mantener la salud y brindarle un mejor cuidado y nutrición a su bebe y son los siguientes:

- Guardar reposo moderado durante 10 días y no realizar actividades domésticas pesadas, sobre todo si el parto ha sido mediante cesárea.
- Vigilar la temperatura de vez en cuando (es preferible por la tarde), debiendo ser siempre inferior a 37'5° C.
- La alimentación debe ser sana, variada y rica en proteínas (carne, pescados, leche...), frutas y verduras, prescindiendo de comidas picantes, especias y vinagres, y de grasas animales (tocino, embutidos...).
- A veces es necesario complementar la dieta con algún complejo vitamínico, hierro o ácido fólico, lo cual es especialmente importante cuando se da el pecho.
- Se puede utilizar una faja abdominal de compresión moderada y paulatinamente, en la medida de lo posible, realizar ejercicios suaves para que los tejidos vuelvan a la normalidad.

Cuidados del periné

• En caso de parto vaginal. Si el parto ha sido vaginal y se ha realizado una episiotomía, en los primeros días se notan molestias en la zona perineal que irán desapareciendo paulatinamente. Puede utilizarse una bolsa agua fría o de hielo. En ocasiones será preciso algún analgésico. Los puntos se caen solos. No obstante, hay que tener presente:

- Deben lavarse dos veces al día con agua templada y algún jabón específico.
- No hay problema para ducharse todos los días.
- Después del lavado han de secarse cuidadosamente con gasas.

- Aplicar un poco de antiséptico (Marcomana o Cristalina) y después una compresa normal (evidentemente en estas circunstancias nunca deben usarse tampones vaginales).
- Se pueden utilizar óvulos vaginales cicatrizantes, para acelerar la curación de la herida.
- A veces alivia utilizar el secador con aire frío o bien aplicar hielo, de forma intermitente (poner una botella pequeña de plástico en el congelador y envolver en un paño o toalla).
- Hay que procurar mantener la menor humedad posible.
- En caso de parto mediante cesárea. No existe problema para ducharse todos los días, pero inmediatamente hay que retirar el apósito de la herida, limpiarla suavemente con Marcomana o Cristalina y colocar un nuevo apósito de modo que siempre esté seca.

Cuidados del pecho

- Lavar los pezones al menos dos veces al día con agua y un jabón suave.
- Limpiarlos antes y después de cada toma con un algodón o gasa empapados en manzanilla.
- Después de la toma y de su limpieza cuidadosa, hay que mantenerlos bien secos y cubrirlos con algo apropiado. Se recomienda utilizar sujetador de algodón. Por la noche, se puede dar un pequeño masaje al pezón y areola con aceite de oliva rebajado con agua y usar alguna crema para prevenir las grietas.
- En caso de muchas molestias con la subida de la leche consultar con el ginecólogo la posibilidad de tomar paracetamol 500 mg tres veces al día. Antes de cada toma, se pone calor sobre la mama y después frío (paños fríos o hielo), vaciándolas bien (a veces puede precisar sacaleches).

Motivos por los que acudir al ginecólogo

- Si la temperatura es superior a 37,5 ° C al menos dos días consecutivos.
- Si se sangra más de lo normal (más que una regla abundante) o la secreción tiene mal olor.
- Si existe dolor intenso en algún punto localizado de las extremidades inferiores.
- Si existe dolor intenso e inflamación en las mamas y se acompaña de fiebre.

- -Si se sufre decaimiento excesivo, tristeza, rechazo hacia el bebé; (es normal en los primeros días tras el parto un cierto grado de depresión o ansiedad, sobre todo si no se cuenta con ayuda).
- Ante cualquier duda razonable.

8.- REHABILITACION Y CUIDADOS.

8.1 Qué hacer para tener un embarazo saludable:

Aunque tener un bebé después de los 40 puede presentar un alto riesgo de complicaciones, la mayoría de las mujeres mayores tienen bebés saludables. En este sentido, es fundamental llevar una dieta y nutrición apropiadas, buenos cuidados prenatales y prepararse tanto emocional como económicamente para su bebé y los cuidados que serán necesarios. Por otro lado, también es importante evaluar las ventajas de esperar un hijo hasta después de los 40. Son muchas las mujeres y los hombres mayores que consideran que son más pacientes y realistas para enfrentar el desafío de un bebé de lo que hubieran sido antes en su vida.

8.2 Cuidados durante el embarazo

Cuando el diagnóstico se realiza en etapas tempranas pueden programarse las actividades durante el control prenatal para encaminarlas hacia el cumplimiento de los siguientes objetivos:

- Informar a los padres sobre el manejo del embarazo y la salud fetal para que ellos colaboren y faciliten que la gestación no tenga complicaciones.
- Preparar un programa nutricional precoz y con los requerimientos calóricos recomendados en estos casos.
- Recomendar un reposo adecuado desde el mismo momento en que se realiza el diagnóstico.
- Prevenir y tratar en forma oportuna y rápida la amenaza de parto prematuro.
- Planificar la atención del parto con el personal más calificado y con los recursos adecuados.

8.3 Educación materna:

Este objetivo es fundamental para el éxito del control prenatal y de las futuras gestaciones. De igual modo, la embarazada bien instruida sirve como docente

de otras embarazadas que están sin control prenatal o en control prenatal deficiente. El primer control prenatal es fundamental para instruir a la embarazada acerca de la importancia del control prenatal precoz y seriado. Se debe explicar de manera simple y adecuada al nivel de instrucción materno el futuro programa de control prenatal.

Constituyen puntos ineludibles los siguientes contenidos educativos:

- Signos y síntomas de alarma.
- Nutrición materna.
- Lactancia y cuidados del recién nacido.
- Derechos legales.
- Orientación sexual.
- Planificación familiar.
- Preparación para el parto.

Signos y síntomas de alarma:

La embarazada debe estar capacitada para reconocer y diferenciar las molestias que son propias de la gestación de aquellas que constituyen una emergencia obstétrica y, por lo tanto, concurrir oportunamente al Servicio Obstétrico donde atenderá su parto. De ahí que la embarazada debe conocer la ubicación geográfica exacta del centro asistencial, idealmente debe conocerlo antes de que se presente una emergencia o ingrese en trabajo de parto. Es probable que este punto sea uno de los más estresantes para el grupo familiar y que tiene una simple solución.

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

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

informar que el rango normal de desencadenamiento del parto es entre las 39 y 41 semanas.

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

Debe estar capacitada para reconocer el inicio del trabajo de parto, con fines de evitar concurrencias innecesarias a la Maternidad, y, muy especialmente, la contractilidad uterina de pretérmino.

Debe estar informada de concurrir al centro asistencial obstétrico en relación a patologías paralelas al embarazo como fiebre, diarrea, vómitos, dolor abdominal, etc.

- Nutrición materna.
- Lactancia y cuidados neonatales. Simultáneamente, y muy especialmente a las primigestas, se enseñarán aspectos básicos de cuidado neonatal (lactancia, higiene, control niño sano, vacunas, etc.)
- Derechos legales. El profesional encargado del control prenatal debe velar por los derechos legales de su paciente. Esto significa que el profesional debe otorgar los certificados respectivos aun cuando la paciente, ya sea por olvido o desconocimiento, no los solicite.
- Certificado de asignación familiar. Toda embarazada con contrato laboral, o carga de cónyuge con contrato laboral, debe recibir al cumplir el quinto mes su certificado de asignación familiar.
- Licencia de descanso prenatal. Toda embarazada con contrato laboral debe recibir la licencia de descanso prenatal, sea su gestación fisiológica o patológica. Este certificado es el mismo de licencia médica por enfermedad; debe ser otorgado seis semanas antes de la fecha probable de parto (34 semanas) y puede ser otorgado por profesional médico o matrona.
- Orientación sexual. Los contenidos de este objetivo deben ser dados a la pareja. En un embarazo fisiológico la actividad sexual no está contraindicada. Está especialmente contraindicada en metrorragias, o

en riesgo potencial de metrorragia, como la placenta previa, y en amenaza de parto prematuro o presencia de factores de riesgo para parto prematuro.

- Planificación familiar. Se deben introducir conceptos generales de planificación familiar, los cuales deben ser profundizados y consolidados en el primer control puerperal. El método utilizado en el Servicio de Obstetricia de la Pontificia Universidad Católica es el método de la lactancia (LAM), el cual otorga una infertilidad tan eficiente como los métodos tradicionales.
- Preparación para el parto. La atención integral del control prenatal debe incluir un programa de preparación para el parto donde se informa a la paciente cuáles deben ser los motivos de ingreso a la maternidad, los períodos del parto, anestesia, ejercicios de relajación y pujo, y tipos de parto.

8.4 Diabetes

Diagnóstico de enfermería: Hiperglicemia mayor de 130 ya que se consideramos lo normal en ayunas es de 70 a 110 mg/dl.

Razón científica: Se produce debido a una deficiencia relativa de insulina que se caracteriza por la utilización alterada de la glucosa en los tejidos musculares y adiposo, así como una anomalía en el hipo génesis hepática durante el embarazo las concentraciones progresivamente crecientes de las hormonas gonadales y somatotropinas coriónicas circulantes antagonizan los efectos de la insulina y da lugar a la producción aumentando la glucosa en la sangre.

Objetivo: Disminuir la hipoglicemia.

Cuidados de enfermería:

- Control riguroso de la glicemia capilar para evitar complicaciones y detectar los riesgos de anomalías congénitas.
- Administración de la insulina según esquema para disminuir la hiperglicemia.
- Vigilar estrictamente la administración de líquidos y la insulina para evitar hipoglicemia.
- Evolución frecuente de bienestar fetal para garantizar la vida fetal.

- Educar a la madre sobre la dieta que debe llevar durante el embarazo de acuerdo al peso y hábitos diabéticos.

8.4.1 Hipertensión arterial:

- Hay que vigilar muy de cerca la aparición de una preeclampsia, síndrome específico del embarazo que suele aparecer después de la semana 20 de gestación, y se caracteriza por la aparición de HTA, proteinuria y edemas, que, si no se controla a tiempo, puede evolucionar a cuadros muy graves con convulsiones (eclampsia), insuficiencia hepática, hemólisis, alteración de las plaquetas (Síndrome HELLP).

8.4.2 Preeclampsia

Diagnóstico de enfermería: Presión arterial por encima de 140 /90.

Razón científica: Durante el embarazo la paciente produce prostaglandinas y la presencia de esta prostaglandina es mayor la concentración, si el embarazo es normal puede disminuir la vasoconstricción por la angiotensina II una reducción de esta de origen placentario puede contribuir a la vasoconstricción exagerada debido a la angiotensina y además de las prostaglandinas es un vasodilatador que inhibe la agresión y adhesión placentaria esta disminuye la hipertensión en el embarazo.

Objetivo: Disminuir la presión arterial.

Cuidados de enfermería:

- Monitorizar la presión arterial.
- Valoración las características y cantidad de la orina.
- Reposo relativo.

8.4.3 Eclampsia

Es el comienzo de crisis epilépticas o coma en una mujer embarazada con preeclampsia. Estas convulsiones no están relacionadas con una afección cerebral preexistente.

Causas:

Los médicos no saben exactamente qué causa la eclampsia. Los siguientes factores pueden jugar un papel:

- Problemas vasculares
- Factores cerebrales y del sistema nervioso (neurológicos)
- Dieta
- Genes

La eclampsia se presenta después de una afección llamada preeclampsia, una complicación del embarazo en la cual una mujer presenta hipertensión arterial entre otros.

La mayoría de las mujeres con preeclampsia no siguen teniendo convulsiones. Es difícil predecir cuáles mujeres sí las tendrán. Las mujeres con alto riesgo de sufrir convulsiones padecen preeclampsia grave con signos y síntomas como:

- Exámenes sanguíneos anormales
- Dolores de cabeza
- Presión arterial muy alta
- Cambios en la visión
- Dolor abdominal

Sus probabilidades de presentar preeclampsia aumentan cuando:

- Usted tiene 35 años o más.
- Es de raza negra.
- Éste es su primer embarazo.
- Tiene diabetes, hipertensión arterial o enfermedad renal.
- Va a tener más de un bebé (como gemelos o trillizos).
- Usted es adolescente.

Diagnóstico de enfermería: Proteinuria y disuria manifestada como menos de 2 gr de proteínas x 1000 y más de 500cc de orina en 24horas colocándose en la Preeclampsia leve, menos de 5gr de proteínas x 1000 y 500 a 700cc de orina en las 24horas dentro de la Preeclampsia moderada y más de 5gr de proteína x 1000 y menos de 500cc de orina en 24horas dentro de la Preeclampsia grave.

Razón científica: La proteína secretada es principalmente la albumina esta proteína pasa a través del glomérulo hacia la orina más rápido y en mayor cantidad de las que se puede reabsorber en los túbulos proximales debido a la lesión glomerular o tubular cuando mayor sea el daño renal mayor es la pérdida de proteínas excretadas por la orina esta angiotensina que inactiva la angiotensina hace que puede contribuir la hipertensión arterial. Disminuir la proteinuria y evitar la anuria.

Cuidados de enfermería:

- Monitorizar la frecuencia cardiaca fetal hasta término de embarazo.
- Colocar compresas de agua fría a nivel de la frente esto ayudara aliviar los espasmos de las arterias disminuyendo el dolor.
- Proporcionar periodos de descanso y distracción conservando un medio confortable.
- Realizar exámenes de laboratorio especialmente de las proteínas.
- Evitar el consumo excesivo de líquidos para evitar la retención del mismo.

8.4.4 Hemorragias placenta previa:

Diagnóstico de enfermería: Sangrado transvaginal roja rutilante más o menos abundante que se acompaña con contracciones uterinas indoloro y a menudo profuso que con frecuencia ocurre cerca del final del segundo trimestre o el tercer trimestre del embarazo en algunos casos se presenta hemorragia severa.

Razón científica: Se produce cuando la placenta está localizada por encima de orificio interno inevitablemente produce desgarro de las uniones placentarias seguido de hemorragia a partir de los vasos uterinos la hemorragia aumenta por incapacidad de las fibras miométriales alargados al comprimir los vasos rotos

como ocurre cuando una placenta localizada normalmente se separa a partir del útero por los demás vasos durante el tercer estadio del parto.

Objetivo: Disminuir el sangrado vaginal.

Cuidados de enfermería:

- Canalizar una vía venosa con dextrosa al 5% en solución salina para reemplazar líquidos perdidos.
- Si la hemoglobina está menos de 7 mg realizar transfusiones de sangre.
- Observar la hemorragia frecuencia consistencia color y duración para prevenir shock hipovolémico.
- Controlar la frecuencia cardíaca fetal para verificar si hay sufrimiento fetal.
- Reposo absoluto de la paciente para mejorar el estado de la madre gestante.

8.4.5 Placenta previa:

Es la separación parcial o total de una placenta que se encuentra implantada normalmente. Se inicia con la hemorragia de los vasos maternos y en ocasiones, también están comprometidos los fetales; esto trae como consecuencia la formación de un hematoma de localización retro placentaria.

Diagnóstico de enfermería 1: Sangrado transvaginal oscura con coágulos escasa que se acompaña con contracciones uterinas dolorosas y a menudo profuso que con frecuencia ocurre cerca del final del segundo trimestre o el tercer trimestre del embarazo.

Es un problema del embarazo en el cual la placenta crece en la parte más baja de la matriz (útero) y cubre toda la abertura hacia el cuello uterino o una parte de esta.

La placenta crece durante el embarazo y alimenta al feto. El cuello uterino es la abertura hacia la vía del parto.

Causas:

Durante el embarazo, la placenta se desplaza a medida que el útero se estira y crece. Al inicio del embarazo, es muy común que la placenta esté en la parte baja del útero. Pero a medida que el embarazo avanza, la placenta se desplaza hacia la parte superior de este. Hacia el tercer trimestre, la placenta debe estar cerca de la parte superior del útero, de manera que el cuello uterino esté despejado para el parto.

Algunas veces, la placenta cubre parcial o totalmente el cuello uterino. Esto se denomina placenta previa.

Existen diferentes formas de placenta previa:

Marginal: La placenta está al lado del cuello uterino, pero no cubre la abertura.

Parcial: La placenta cubre parte de la abertura cervical.

Completa: La placenta cubre toda la abertura cervical.

La placenta previa ocurre en 1 de cada 200 embarazos. Es más común en mujeres que tienen:

- Un útero anormalmente formado
- Muchos embarazos previos
- Embarazos múltiples como gemelos, trillizos
- Cicatrización del revestimiento del útero debido a antecedentes de cirugía, cesárea o aborto
- Fertilización in vitro
- Las mujeres que fuman, consumen cocaína o tienen niños a una edad avanzada también pueden tener un mayor riesgo.

Razón científica: La placenta se desprende provocando gran sangrado para disminuir la hemorragia el miometrio se contrae y comprime las arterias espinales esta contracción es tan intensa y generalizada que impide la circulación útero placentaria por lo que aparece la hipoxia y con mayor tendencia al desprendimiento de la placenta.

Objetivo: Prevenir shock hipovolémico.

Cuidados de enfermería:

- Canalizar una vía venosa con dextrosa al 5% en solución salina para reemplazar líquidos perdidos.
- Controlar signos vitales especialmente la presión arterial en pacientes con hipertensión crónica o con preeclamsia.
- Si la hemoglobina esta menos de 7 mg realizar transfusiones de sangre.
- Controlar la frecuencia cardiaca fetal para verificar si hay sufrimiento fetal.
- Reposo absoluto de la paciente para mejorar el estado de la madre gestante.

- Mantener la volemia para evitar un desequilibrio de líquidos y electrolitos a nivel tisular.
- Control estricto de ingesta y eliminación.
- Control de hemorragia frecuencia color duración para prevenir complicaciones y prevenir shock hipovolémico.

Diagnóstico de enfermería 2: Dolor de gran intensidad a nivel de hipogastrio.

Razón científica: El dolor se produce porque el miometrio se contrae y comprime las arterias espinales esta contracción es tan intensa y generalizada que impide la circulación útero placentaria por lo que aparece la hipoxia y con mayor tendencia al desprendimiento de la placenta produciendo el dolor.

Objetivos: Aliviar el dolor.

Cuidados de enfermería:

- Aplicar técnicas de relajación como conversar con la madre sobre su bebe, soplar botella etc.
- Educar a que no realice esfuerzos para caminar.
- Administración de analgésicos prescritos por el médico y así aliviar el dolor.
- Reposo relativo luego asistir en la de ambulación de la paciente para ello debe evitar la movilización temprana.
- Administración de analgésicos prescritos por el médico para aliviar el dolor.
- Valorar las características del dolor localización, frecuencia.
- Realizar ducha bulbar dos veces al día para evitar infección.
- Valorar la cantidad, características de sangrado transvaginal para evitar shock hipovolémico.

8.4.6 Anemia

La anemia es considerada la enfermedad más frecuente del estado grávido puerperal, pues ocurren cambios fisiológicos en la volemia y aumenta el consumo de hierro elemental por las necesidades del feto en desarrollo y la placenta, siendo la más frecuente la anemia por déficit de hierro. La gestante anémica y su hijo están frecuentemente expuestos a complicaciones, algunas graves, que lo sitúan en la categoría de alto riesgo. Con frecuencia el embarazo induce cambios fisiológicos que

contribuyen a confundir el diagnóstico de diferentes enfermedades hematológicas, así como la evaluación de sus tratamientos.

Diagnóstico de enfermería 1: Alteraciones digestivas relacionadas con la modificación de las secreciones del aparato digestivo o de la motilidad disminución de la acidez total.

La anemia es una enfermedad por la que el organismo carece de la capacidad de producir la cantidad apropiada de hemoglobina (la proteína que transporta el oxígeno) o el número de glóbulos rojos. Los glóbulos rojos o hematíes son uno de los componentes del sistema sanguíneo y la hemoglobina es uno de sus principales componentes.

Como los glóbulos rojos son los encargados de transportar el oxígeno de una célula a otra, el hecho de poseer una escasa cantidad significa que el organismo deberá trabajar con más intensidad para poder obtener y transportar el oxígeno necesario para los órganos y tejidos.

En las mujeres embarazadas la anemia puede aparecer en distinto grado, especialmente a partir de la semana 20 de gestación.

Muchas mujeres embarazadas tienen algún grado de anemia que no resulta perjudicial. Pero las anemias provocadas por anomalías hereditarias en la hemoglobina pueden complicar el embarazo, por lo cual se realizan análisis de sangre para detectar estas anomalías en las mujeres embarazadas.

Además, para detectar anomalías en la hemoglobina del feto (una anemia "normal" no le afectará) puede realizarse un estudio de las vellosidades coriónicas o una amniocentesis.

La anemia durante el embarazo aumenta el riesgo de enfermedades e incluso de muerte del recién nacido en los casos más graves (afortunadamente, son los menos). El feto depende de la sangre de la madre

y la anemia puede ocasionar un crecimiento fetal deficiente, un nacimiento prematuro y un bebé de bajo peso al nacer.

En la madre también aumenta la posibilidad de que aparezcan enfermedades. Además, se ve pálida y el esfuerzo extra que el organismo ha de hacer durante el embarazo puede provocar que la mujer se sienta más cansada, decaída y tal vez irritable.

Veamos cuáles son los tipos de anemias que pueden producirse en el embarazo.

Tipos de anemias durante el embarazo:

- **Anemia gravídica.** Se produce durante el embarazo al aumentar hasta en un 50% el volumen sanguíneo de la mujer. Esto hace que la concentración de glóbulos rojos en su cuerpo se diluya. No se considera anormal o peligrosa excepto en los casos en los que los niveles disminuyen demasiado.
- **Anemia por deficiencia de hierro** o anemia ferropénica. Especialmente al final del embarazo el feto se vale de los glóbulos rojos de la madre para su crecimiento. Si la mujer tiene una buena "reserva" en la médula ósea, no habrá problemas. Pero puede que el bebé no vea satisfechas sus necesidades y si no hay suficiente hierro almacenado la madre note esa falta. Por ello incluso antes del embarazo es conveniente llevar una nutrición adecuada con alimentos ricos en hierro y prevenir la anemia por ausencia de este mineral.
- **Anemia por deficiencia de vitamina B12.** Esta vitamina es importante para la formación de glóbulos rojos y la síntesis de las

proteínas. Como en el caso anterior, una adecuada nutrición que incluya alimentos como leche, carnes, huevos... puede prevenir la deficiencia de vitamina B12. Las mujeres vegetarianas (al no ingerir alimentos de procedencia animal) tienen más posibilidades de padecer deficiencias de esta vitamina, y necesitar suplementos durante el embarazo.

- **Anemia por deficiencia de ácido fólico.** El folato es una vitamina B que funciona con el hierro para la formación de los glóbulos. La deficiencia del folato durante el embarazo generalmente está asociada a la deficiencia de hierro. Además recuerda que el ácido fólico reduce el riesgo de dar a luz un bebé con determinados defectos congénitos. Por ello se recomienda un suplemento de ácido fólico antes de quedar embarazada y durante la gestación, así como consumir alimentos ricos en esta vitamina.

Las dos anemias anteriores reciben el nombre genérico de "anemia megaloblástica", resultado de la carencia de vitamina B12, de ácido fólico o de una combinación de ambos elementos.

- Un caso especial es el de las mujeres con anemia falciforme, una enfermedad de la sangre que se hereda y produce anemia crónica y frecuentes dolores.
- **La anemia falciforme** no surge durante el embarazo sino que la mujer ya la tiene, es producto de una anomalía genética. Hoy en día, las mujeres con esta anemia que quedan embarazadas tienen un embarazo de alto riesgo pero afortunadamente con los controles médicos existen muchas posibilidades de llevar el embarazo a buen término.

Como vemos, en muchos casos la anemia depende de la falta de nutrientes esenciales, por lo que la mujer embarazada ha de saber que es importante llevar una nutrición adecuada y equilibrada antes y durante el embarazo.

No obstante, por precaución y sobre todo por asegurar la presencia de ácido fólico se suelen recomendar suplementos vitamínicos que favorecen que la anemia se mantenga a raya y que el feto crezca saludable.

Objetivo: Mejorar el funcionamiento digestivo.

Cuidados de enfermería:

- Incentivar a la madre a que ingiera una dieta equilibrada y con suplementos de vitaminas y ácido fólico para un buen desarrollo del feto.
- Se debe tomar en cuenta el peso de la madre antes de la gestación, para saber si existe un déficit o un exceso.
- La buena nutrición ayudará a prevenir en la madre, anemia, infecciones y la mala cicatrización de los tejidos después del parto y Favorece una adecuada producción de leche en los primeros meses de lactancia.
- Influye directamente en el desarrollo del niño o niña.
- Revenir el consumo de café, bebidas gaseosas.

Diagnóstico de enfermería 2: Intolerancia a la actividad.

Razón científica: La intolerancia a la actividad se produce por la falta de energía fisiológica y psicológica para iniciar o completar las actividades diarias requeridas.

Objetivo: Fomentar a la actividad física.

Cuidados de enfermería:

- Incentivar a la paciente que realice actividades físicas según la gravedad de la anemia.
- Determinar que o cuanta energía necesita para reconstruir la resistencia física especialmente reduciendo para que la paciente no se canse.
- Ayudar a elegir actividades coherentes con sus posibilidades físicas.

Diagnóstico de enfermería 3: Deterioro de la integridad cutánea producida por el déficit de vitamina A y B vitamina C, complejo B.

Objetivo: Mantener la integridad tisular de la piel, membranas y mucosas.

Cuidados de enfermería:

- Observar el color de la piel palidez ictericia temperatura textura si hay inflamación y ulceraciones en las extremidades.
- Observar si hay sequedad de la piel y aplicar cremas lubricantes y así evitar la sequedad de la piel.
- Dar masajes en movimiento circular para ayudar a la circulación sanguínea. Limpieza de la boca con agua bicarbonatada.
- Recibir rayos solares para la fijación de la vitamina D.

8.5 Termorregulación

Uno de los mayores retos que enfrenta el tratamiento de enfermería en los recién nacidos pretérmino es mantener la temperatura corporal normal, ya que la “pérdida de calor” constituye uno de los principales riesgos.

Las características especiales del prematuro con respecto a la termo regulación son las siguientes:

- El recién nacido pretérmino tiene un índice mayor entre superficie corporal y peso corporal. Esto significa que la capacidad del neonato para producir calor es mucho menor que su potencial para perder calor.

La pérdida de calor en un recién nacido pretérmino que pesa 1500 gr. es cinco veces mayor por unidad de peso corporal que en el adulto. Si no cuenta con un ambiente térmico adecuado, el neonato pretérmino tiene riesgo de sufrir una pérdida excesiva de calor.

- El prematuro tiene escaso tejido subcutáneo, que constituye el aislante del cuerpo humano. Sin un aislante adecuado, el calor se conduce fácilmente desde el centro más caliente del organismo hasta la superficie más fría del mismo. Se pierde calor del cuerpo cuando los vasos transportan sangre desde el interior hasta el tejido subcutáneo.
- La posición del recién nacido pretérmino es otro factor importante que influye sobre la pérdida de calor. La flexión de las extremidades reduce la cantidad de superficie expuesta al ambiente; la extensión aumenta dicha superficie y, por lo tanto, aumenta la pérdida de calor. La edad gestacional de recién nacido

pretérmino influye sobre la flexión, desde totalmente hipotónica y extendida hacia las 28 semanas hasta la flexión vigorosa que adquiere a las 36 semanas. Resumiendo, al igual que ocurre con la fisiología respiratoria, cuanto más prematuro es un neonato, más complicaciones van a surgir, ya que menor será su capacidad para mantener su equilibrio del calor, debido a que existe desproporción de la superficie, menor cantidad de grasa subcutánea y mayor pérdida de calor por la posición del cuerpo.

8.6 El cuidado a la mujer que experimenta el embarazo de alto riesgo en la perspectiva de la sistematización de la asistencia de enfermería.

Las investigaciones internacionales que se ocuparon del proceso de cuidar en enfermería a las embarazadas de alto riesgo imprimieron a los cotidianos laborales posibilidades de pensar en las intervenciones implementadas a partir de nuevos modelos de cuidado, como destacó el estudio desarrollado con mil mujeres en maternidad australiana. El grupo de mujeres con embarazos clasificados como de riesgo recibió intervenciones por medio de un plan de cuidados individualizado desarrollado en consulta multiprofesional que contaba con médicos y enfermeras obstetras. La investigación constató el aumento del nivel de satisfacción Enfermería Global N.º 46 abril 2017 Página 510 de la mujer en relación a la continuidad de los cuidados en el periodo periparto por el mismo profesional, teniendo mayor impacto en el prenatal.

Bajo esta perspectiva, se alerta de que la alta prevalencia de la SHEG demanda del enfermero conocimiento adecuado para asistir al paciente en los diversos escenarios en que se encuentre, sean de pequeña, media o alta complejidad. La efectividad de la consulta de enfermería se evidencia por el reconocimiento precoz de señales y síntomas que puedan poner en riesgo la vida de la madre y del hijo, además de las orientaciones educativas y derivaciones que se muestren necesarios²⁷. Se realizó estudio de caso que objetivaba la identificación de diagnósticos de enfermería en embarazada de riesgo, tomando por base la teoría del autocuidado de Dorothea Orem, considerando visitas en el domicilio antes del parto y, cuando en el puerperio, visitas en ambiente hospitalario. Se señalaron déficits de autocuidado y diagnósticos relativos

a la ingesta de líquidos, seguridad, estilo de vida, comunicación, integridad de la piel, protección, conocimiento, higiene, eliminación y confort²⁸.

En otra acepción, se presentaron los diagnósticos de enfermería más comunes en 71 embarazadas de riesgo ingresadas: mantenimiento de la salud y bienestar alterados, riesgo de lactancia materna ineficaz, riesgo de infección, miedo, dolor y alteración en el patrón del sueño. En relación a los problemas colaborativos, predominaron el trabajo de parto prematuro, taquicardia materna, hipotensión y sufrimiento fetal.

Al considerar las afirmaciones en torno a la SAE aplicada a 15 gestantes con enfermedad hipertensiva, se destacaron como diagnósticos el riesgo de infección, dolor agudo, baja autoestima situacional, volumen de líquidos excesivo, náusea, privación del sueño, riesgo de función hepática perjudicada, eliminación urinaria perjudicada, estreñimiento, nutrición desequilibrada y ansiedad. La prescripción de los cuidados de enfermería se concentró en actividades técnicas, deteniéndose en la medición de señales y síntomas con evaluación de parámetros corporales por medio del examen físico, administración de medicaciones y suministro de orientaciones a las participantes del estudio.

El análisis de las producciones científicas internacionales y nacionales de enfermería acerca de la temática embarazo de alto riesgo indicó que los estudios realizados a partir del año 2000 como respuestas a la movilización para reducción de la morbimortalidad materna, mostraron la preocupación con las percepciones y significados de gestar en la condición de riesgo para las mujeres y sus familiares, y el desarrollo del Proceso de Enfermería. Las investigaciones internacionales avanzaron en las intervenciones o práctica de enfermería avanzada, con enfoque eminentemente prescriptivo en el prenatal por medio del monitoreo de las embarazadas de riesgo y de orientaciones para la salud.

Las investigaciones nacionales, aunque estudiaran las asociaciones entre los embarazos y los sentimientos negativos derivados de ellas, se detuvieron en la especificidad de la Enfermedad Hipertensiva Específica de la Gestación. En contrapartida, las investigaciones internacionales ampliaron el aspecto causal y avanzaron en la discusión acerca de la espiritualidad y de la capacidad de esta de generar bienestar y dirimir la ansiedad.

Enfermería Global N.º 46 abril 2017 Página 512 En lo tocante al proceso de cuidado de enfermería dirigido a la embarazada de alto riesgo, la síntesis de los estudios brasileños mostró la dirección del mirar del enfermero para la SAE, específicamente en la etapa de juicio clínico de las respuestas de las pacientes embarazadas hipertensas, culminando con la elaboración de los diagnósticos de enfermería.

Estos, en su mayoría, expresaron malestar de orden físico. Aunque pequeñas, también se evidenciaron intenciones educativas con aperturas para que la embarazada hablase de sí. De hecho, la asistencia a la embarazada de alto riesgo requiere capacitación, habilidad y efectividad profesionales en el manejo de situaciones de emergencia o potencialmente complicadas durante el ciclo gravídico puerperal.

El enfermero la asiste en todos los niveles del sistema de salud, inclusive durante la realización de exámenes que colaboren a la precisión diagnóstica. Sin embargo, se nota que a pesar de la mención de algunas actividades de orientación a la embarazada y de acogida a las manifestaciones de cuño psicoemocional, los juilines/manuales técnicos están significativamente centrados en la asistencia del médico con fuerte tendencia medicalizada.

Referente a las lagunas observadas en esta Revisión Integradora, se apunta que parte de los estudios nacionales trazaron los significados del embarazo de alto riesgo para la mujer que lo vive, siendo este un momento peculiar de ansiedad, miedo, culpa e incertidumbres. Estos significados son indicaciones valiosas, respuestas que deben guiar intervenciones para alcanzar al ser de quien se cuida.

Con todo, por otro lado, los estudios acerca de los procesos de cuidar en enfermería centraron sus prescripciones en los aspectos fisiológicos, aproximados del paradigma biomédico y distantes del ser-gestante en situación de riesgo.

Esta polaridad anuncia la necesidad de desarrollo de metodologías de cuidado en que el enfermero dirija la mirada a la valoración de las dimensiones multifacéticas de la embarazada, considerándola tal como se siente a pesar de la situación de riesgo. A partir de ahí, la articulación entre las etapas del proceso de enfermería evidenciará no solamente los conocimientos y las habilidades inherentes al enfermero y al cuidado en

sí, sino especialmente las actitudes que revelarán la esencia interactiva y humanística de la profesión.

fases del proceso de Enfermería:

Valoración de las necesidades del paciente. Diagnóstico de las necesidades humanas que la Enfermería puede asistir. Planificación del cuidado del paciente. Implementación del cuidado. Evaluación del éxito del cuidado implementado y retroalimentación para procesos futuros.

El control prenatal es un componente de la atención materna que comprende un conjunto de acciones orientadas a lograr que el embarazo transcurra con vigilancia y asistencia por parte del equipo de salud según el riesgo identificado, a fin de controlar la evolución del embarazo y de preservar la salud del binomio madre e hijo durante la gestación, ubicándoles en el nivel de atención que corresponda, para que el parto se realice sin complicaciones y termine felizmente con un recién nacido vivo, normal y a término.

La fase prenatal del embarazo representa el periodo más importante para el desarrollo del feto y su interior estado de salud. En esta fase el papel de la enfermera consiste en instruir y ayudar a la madre. Durante la valoración el personal de Enfermería entrevista a la gestante, todos los datos que se reúnan en la entrevista colaboran a ayudar a decidir cómo dirigir la asistencia a la paciente. Para individualizar la asistencia el médico y el personal de Enfermería necesitan conocer las características personales de cada mujer.

La valoración prenatal se centra en la gestante como un todo y tiene en cuenta los factores físicos, culturales y psicosociales que influyen en su estado de salud. Durante la primera consulta es normal evidenciar en la madre ansiedad por el diagnóstico del embarazo, es donde la enfermera(o) establece una relación de apoyo y confianza con la paciente, desarrollando una atmósfera que permita realizar la entrevista, apoyar a la gestante y asesorarla. Después de obtener la historia la enfermera prepara a la paciente para el examen físico, conjuntamente se le debe realizar los exámenes de

laboratorio que ayuden a constatar cualquier sospecha de riesgo u alteración observadas.

Todos estos datos permitirán clasificar el embarazo dentro de la escala de riesgo, pudiendo entonces crear en base a los diagnósticos de Enfermería un plan de cuidado y asesoramiento que minimicen el riesgo de complicaciones.

Estudio:

Se trata de paciente femenina 21 años de edad, IG, IA, fecha de última regla (FUR): 15/11/2010 con FPP: 25/8/2011, constantes vitales: frecuencia respiratoria: 16 respiraciones por minuto. Tensión arterial (TA): 130/80 mmHg, talla: 1.57cm, peso: 77 kg. Oficio: del hogar. A la valoración se observa tensión arterial sistólica elevada, aumento de peso por encima de lo esperado, la paciente refirió estar comiendo comidas grasosas saladas y muy condimentadas, además, no consumir mucha agua durante el día, estar estreñida, tener flujo vaginal con sensación de prurito y olor fétido, a los exámenes de laboratorio examen de orina reacción acida nitritos positivos y bacterias moderadas, y por ultimo refirió no estar realizando el test de movimientos fetales.

8.7 Entre los objetivos del proceso de Enfermería en la mujer gestante en la consulta prenatal:

- Ofrecer atención personalizada
- Fomentar en la mujer embarazada una actitud proactiva en su cuidado personal y brindarle información para tomar decisiones adecuadas
- Establecer una relación estrecha y cálida con la mujer embarazada y su familia, haciendo ver que el embarazo es un proceso que involucra a ambos
- Fomentar el auto cuidado en la mujer para reducir los riesgos de morbilidad y mortalidad materna.

9. CONCLUSIÓN:

De acuerdo a lo estudiado concluyo con que la maternidad para la mujer mayor de 35 años representa una elección de vida que surge a partir de una serie de factores determinantes, mezclados entre patrones tradicionales y las ideas innovadoras de la sociedad respecto a la maternidad y el desarrollo de la mujer en la sociedad. El miedo aparece con el proceso de la

gestación, pero cuando se diagnostica alto riesgo obstétrico, aumenta de forma considerable. Esto implica para la enfermería actuar en el contexto de la educación y promoción de la salud preconcepción con enfoque de riesgo y familia

Luego de haber desarrollado el presente trabajo de investigación y práctico finaliza concluyendo lo siguiente:

Las mujeres con edad avanzada han tendido partos distócicos del 56%, eutócicos con el 30%, con óbito fetal del 8% y un 6% de aborto como también podemos aclarar que el aborto no se dio en mujeres de 41 a 43 años de edad.

Un 18% de madres gestantes sufren de hipertensión, un 21% tuvieron múltiples embarazos, el 16% presento placenta previa y un 11% alumbraron a sus hijos con parto por cesárea. El 32% de niños presentan ictericia, tan solo un 6% incompatibilidad de sangre un 2% desnutrición y un gran porcentaje de niños como es 60% no presentan ninguna patología. De 90 madres gestantes tenemos que el 20% no presenta ningún tipo de factores de riesgo, el 21% tienen múltiples embarazos, el 18% sufren de hipertensión, el 16% sufren de placenta previa, el 11% tienen parto por cesárea, el 6% sufren de diabetes, el 4% de parto prematuro, el 3% sufren de óbito fetal, el 1% sufren de aborto espontáneo. Demostrando con ello que existe un gran porcentaje de riesgos en las madres al quedarse embarazadas en edad avanzada.

Las pacientes embarazadas ≥ 35 años Θ tienen una mayor incidencia de cesárea, el doble de riesgo de prematuras y 7% más de diabetes gestacional que el resto de la población en general. El control prenatal según las recomendaciones de la NOM-007-SSA2-1993 permite detectar oportunamente las complicaciones y contribuye a disminuir la elevada incidencia de muerte materna y perinatal. Por tanto, se puede concluir que es de suma importancia informar a la población de los riesgos que conlleva un embarazo a edad materna avanzada. Se enfatiza, así, la necesidad de captar en forma temprana a estas pacientes y referirlas con premura a un hospital con servicio de medicina materno-fetal.

La paridad se comportó de forma esperada pues el porcentaje mayor estuvo representado por las primíparas, se cumplió lo expresado en relación con que la mujer espera intervalos largos para tener su segundo hijo.³ Nos llamó la atención que en el 19 % de los casos nunca habían salido embarazadas por lo que es muy justificado el

continuar con su embarazo. En otros lugares del mundo sobre todo en países en vías de desarrollo el comportamiento no es igual ya que las mayores de 40 años que paren por lo general son grandes multíparas. 4,5 Es llamativo que más del 60 % de las pacientes que estudiamos habían cambiado de pareja, lo que al parecer se está comportando como un factor de riesgo para el embarazo a estas edades. El sobrepeso aparece como otro factor de riesgo frecuente a estas edades, no se comportó igual este parámetro en los casos control donde la mayoría fue normopeso al inicio del embarazo.

10.BIBLIOGRAFÍA

10.1 Básica:

- Anderson, A.N. et al. Maternal Age and fetal loss: population based register link Age study. British Medical Journal, volumen 320, 24 de junio de 2010.
- BIALE Y, Lewenthal H: malformaciones congénitas. Eur. J. ObstetGynecol. Ed. 2010. 3.
- BIANCO, A., et al. Pregnancy outcome at Age 40 and older. "Obstetrics and Gynecology", volumen 87, número 6, junio de 2010.
- Colomé C, Carrasco M, Agramunt S, Checa MA, Carreras Collado R. Fertilidad en mujeres mayores de 40 años. Ginecología y Obstetricia Clínica. 2010; 9 (4): 216-227.
- Obregón Yáñez LE. Primigesta de edad avanzada. Rev Obstet Ginecol Venez. 2011; 67 (3): 152-166.
- Tipiani Rodríguez O. ¿Es la edad materna avanzada un factor de riesgo independiente para complicaciones materno-perinatales? Rev Per Ginecol Obstet. 2011; 52 (3): 179-185.
- Curiel-Balsera E, Prieto-Palomino MA, Muñoz Bono J, Ruiz E, Galeas JL, Quesada García G. Análisis de la morbimortalidad materna de las pacientes con preeclampsia grave, eclampsia y síndrome de HELLP que Ingresan a la Unidad de Cuidados Intensivos Ginecoobstétrica. Med Intensiva. 2011; 35 (8): 478-483.
- Lamminpaa R, Vehvilainen-Julkunen K, Gissler M, Heinonen S. Preeclampsia complicated by advanced maternal age: a registrybased study on primiparous women in Finland 1997-2008. BMC Pregnancy and Childbirth. 2012; 12: 47-50.

- Flores Le-Roux JA, Benaiges Boix D, Botet JP. Diabetes mellitus gestacional: importancia del control glucémico intraparto. *Clin Invest Arterioscl.* 2012; 11: 1-7.
- Belaisch-Allart J. Embarazo y parto después de los 40 años. *EMCGinecología-Obstetricia.* 2012; 44: 1-9.
- Bayrampour H, Heaman M. Advanced maternal age and the risk of cesarean birth: A systematic review. *Birth.* 2010; 37: 3-9.
- Schoen C, Rosen T. Maternal and perinatal risks for women over 44. A review. *Maturitas.* 2013; 64 (2): 109-113.
- Marín IR, Pérez G, Álvarez N. Hipertensión arterial y embarazo. *Nefro plus.* 2011; 4 (2): 21-30.
- Iñigo Riesgo CA, Torres Gómez LG, Vargas González A, Angulo Vázquez J, Espinoza Ortega MA. Hipertensión arterial crónica en 110 mujeres embarazadas. *Ginecol Obstet Mex.* 2012; 76 (4): 202-210.
- Vambergue A, Fajardy I. Consequences of gestational and pregestational diabetes on placental function and birth weight. *World J Diabetes.* 2011; 2 (11): 196-203.
- Jordán I, Audra P, Putet G. Recién nacidos de madre diabética. *EMC-Pediatría.* 2011; 42 (3): 11-20.
- Dervelle P, Clay JC, Cazaubiel M, Subtil D, Fontaine P, Vambergue A. Fié debates concernant gestational diabetes. *Gynecol Obstet Fertil.* 2012; 35 (9): 724-730.
- Wang YA, Nikravan R, Smith HC, Sullivan EA. Higher prevalence of gestational diabetes mellitus following assisted reproduction technology treatment human reproduction. 2013; 28 (9): 2554-2561.
- Rosenberg T, Pariente G, Sergienko R, Wiznitzer A, Sheiner E. Critical analysis of risk factors and outcome of placenta previa. *Arch Gynecol Obstet.* 2011; 284 (1): 47-51.
- Sahin Z, Sahin GH, Sahin HA. Induction of labor with misoprostol in pregnancies with advanced maternal age. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Biology of Reproduction.* 2010; 129 (2): 140-144.

- Nolasco-Ble AK, Hernández Herrera RJ, Ramos González RM. Hallazgos perinatales de embarazos en edad materna avanzada. *Ginecol Obstet Mex.* 2012; 80 (4): 270-275.
- Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2010, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio (24 de junio de 2014). Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>

10.2 Complementaria :

- Hamilton BE, Martin JA, Ventura SJ. Births: preliminary data from 2010. *Natl Vital Stat Rep* 2010; 57:1-23.
- Alfonso Rodríguez A C. 2006. Salud sexual y reproductiva desde la mirada de las mujeres. *Rev. Cubana Salud Pública*; 32 (1).
- Álvarez Sintés, Roberto. *Temas de Medicina General Integral*. La Habana: 2ed. Editorial Ciencias Médicas, 2010:256-258.
- Berkowitz, G. Delayed childbearing and the outcome of pregnancy. *N Engl J Med*, 2010, 322: 659-64
- Bendezú, G. Gestación en edad avanzada. *Ginecología y Obstetricia*, 47:(3), Julio 2010, pag 47.
- Fretts, R., Usher, R. Causes of Fetal Death in Women of Advanced Maternal Age. *Obstet Gynecol*, 2010, 89:40 -5
- Schwarcz, R., Fecina, R., Duverges, C. *Obstetricia*. El Ateneo, Quinta Edición, 1996 (reimpresión).
- Cabrera JH. Resultados perinatales y maternos de los embarazos en edad madura. *Rev Cub Obstet y Gine*, 2013; (29): 28-9
- Enrique Donoso S. Reproductive risk of women over 40 year's old *Rev médica Chile* 2013; 131:55-9.
- Puffer R .La planificación familiar y la mortalidad materna e Infantil en los EUA 2013; 115(5):389-404.
- Ortiz Z, Esandi M E, Bortman M. *Epidemiología Básica y Vigilancia de la Salud*. Cuantificación de los problemas de Salud. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires 2014.

- Cnattingius S, Forman MR, Berendes HW, Isotalo L. Delayed childbearing and risk of adverse perinatal outcome. JAMA 2012; 268: 886-890.
- Fretts RC, Schmittdiel J, Mclean FH, Usher RH, Goldman MB. Increased maternal age and the risk of fetal death. N Engl J Med 1995; 333: 953-957.
- Bustillos-Villavicencio J, Giacomini Carmiol L. Morbimortalidad maternofetal en embarazos de mujeres mayores de 35 años. Rev Costarricense Ciencias Médicas. 2014;25(1-2):59-66.
- Chong B, Tsz T. Effect of parity and advanced maternal age on obstetric outcome. Intern J Gynecol Obstet. 2013; 102:237-41.
- Donoso E, Villarroel L. Edad materna avanzada y riesgo reproductivo. Rev Méd Chile 2013; 131: 55-9.
- Heffner L. Advanced maternal age. How old is too old? N Engl J Med 2014; 351 (19): 1927-9.
- Ziadeh S, Yahaya A. Pregnancy outcome at age 40 and older. Arch Gynecol Obstet 2010 ;265(1):30-3.
- Ziadeh S, Yahaya A. Pregnancy outcome at age 40 and older. Arch Gynecol Obstet 2010;265(1):30-3.
- Gilbert WM, Nesbitt TS, Danielsen B. Childbearing beyond age 40: pregnancy outcome in 24,032 cases. Obstet Gynecol 2010;93(1):9-14.
- Donoso E, Villarroel L. Edad materna avanzada y riesgo reproductivo. Rev Méd Chile 2013;131: 55-9. 6. Bustos J, Vera E, Pérez A. El embarazo en la quinta década de la vida. Rev Chil Obstet Ginecol 2013;51(4):402-11.
- <http://www.reproduccionasistida.org/las-fases-del-embarazo/>
- American Society for Reproductive Medicine (ASRM). Age and Fertility: A Guide for Patients. ASRM, Birmingham, AL, 2003, consultado 5 de febrero de 2009, www.asrm.org

- **Anestesiólogo o anestesista:** médico especializado en anestesiología, capaz de administrar cualquier tipo de medicamento que adormezca la sensación de dolor. Este médico administrará un medicamento epidural.
- **Anticuerpo:** tipo de proteína que es parte del sistema inmunitario. Los anticuerpos están diseñados para combatir factores específicos que podrían causar enfermedades o condiciones. Mediante la leche materna, los anticuerpos de la madre son entregados a su bebé. Esto ayuda a reforzar el sistema inmune del bebé.
- **Areola:** área circular de color que rodea el pezón. Si un bebé está bien sujetado durante la lactancia, tanto la areola como el pezón deben estar en la boca del bebé.
- **Aumento:** el médico toma medidas para retomar la labor de parto si una mujer está con contracciones lentas o si estas se detuvieron. El médico puede aumentar la labor de parto al romper el saco amniótico o administrar oxitocina. La oxitocina es un medicamento que estimula a que el útero se contraiga.
- **Acidez estomacal:** sensación de ardor en la parte baja del pecho. Muchas mujeres experimentan acidez estomacal durante el embarazo.
-

B

- **bHCG:** hormona que se produce en grandes niveles durante el embarazo. Los niveles sanguíneos de bHCG se usan para decir si una mujer está embarazada y para ver si el embarazo se está desarrollando normalmente. La hormona HCG también se puede usar para encontrar la probabilidad de un problema cromosómico en un feto en desarrollo; en mujeres que no están embarazadas, se puede usar para revisar algunos tipos de cáncer.
- **Bilirrubina:** pigmento amarillo rojizo que se elimina normalmente de la sangre a través del hígado. El hígado de un recién nacido aún está aprendiendo a eliminar bilirrubina, así que se puede acumular en el cuerpo causando que un bebé tenga un ligero matiz amarillo en la piel y globos oculares. Si un bebé tiene este matiz amarillo, la condición se llama ictericia. Esto puede ocurrir entre el segundo y quinto día de vida. Esta condición por lo general se trata fácilmente.

- **Blastocisto:** bola hueca de células que se desarrolla a partir del óvulo fecundado. El blastocisto se mueve al útero y se sujeta al recubrimiento uterino. El blastocisto continúa creciendo y dividiéndose hasta que se vuelve un embrión.
- **Borramiento del cuello uterino:** adelgazamiento del cuello uterino para prepararse para el alumbramiento. El borramiento se reporta como un porcentaje. Si usted tiene borramiento del 50%, su cérvix se ha adelgazado a la mitad de su grosor original. Cuando alcanza un borramiento del 100%, el cérvix está completamente adelgazado.

C

- **Canal de parto:** trayecto que recorre el bebé para nacer. El canal de parto está conformado por el cérvix, vagina, y vulva.
- **Centro de alumbramiento:** instalación de salud que normalmente cuenta con enfermeros, parteras y un obstetra disponible en caso de emergencias. Un centro de partos proporciona un entorno más similar al hogar que un hospital.
- **Contracciones Braxton Hicks (también denominadas Falsa labor de parto):** contracciones que ocurren hacia el final del embarazo. A medida que se acerca su fecha estimada de parto, se pueden volver más fuertes y más dolorosas. Las contracciones Braxton Hicks son irregulares y no se acercan entre sí. Pueden parar cuando camina o cambia de posiciones.
- **Congestión de senos:** sensación incómoda de llenado o endurecimiento en los senos. Esto ocurre aproximadamente al tercer o cuarto día después del parto cuando viene la leche madura. Amamantar con frecuencia y usar ambos senos en cada alimentación puede ayudar a reducir este malestar. Entre alimentaciones, tome un baño caliente o use compresas calientes o compresas de hielo. Para las mujeres que no planean amamantar, usar un vendaje ajustado puede ayudar a reducir los síntomas.
- **Cubiertas para los pezones:** pequeñas almohadillas que se utilizan en el interior del sostén para proteger los pezones de roces y recolectar la leche materna que gotee. Algunos son ventilados, lo cual significa que tienen orificios para permitir que circule el aire alrededor del seno. Las cubiertas ventiladas se

usan para proteger pezones adoloridos o agrietados, y para ayudarlos a sanar rápidamente.

- **Circuncisión:** extracción del prepucio del pene del bebé varón. Esto se realiza como un rito religioso por la fe judía o musulmana, y como una práctica común por muchas otras personas.
- **Calostro:** primera leche que produce y segrega el seno de una mujer después del nacimiento del bebé. El calostro es de color amarillo/dorado y es alto en proteínas y anticuerpos.
- **Concepción:** inicio del embarazo. Comienza con la fecundación e implantación de un óvulo.
- **Cuello del útero:** parte del sistema reproductor femenino. El cuello del útero es la abertura en la parte inferior del útero. Durante la labor de parto, el cérvix se adelgaza y se abre para permitir que el bebé pase a través del canal de parto.
- **Clamidia:** enfermedad de transmisión sexual. Si una mujer embarazada tiene clamidia, la enfermedad puede transmitirse a su hijo durante el parto. Esto podría causar una infección del ojo (conjuntivitis) o neumonía en el bebé.
- **Coronamiento:** durante el parto, la cabeza del bebé empuja a través de la vagina y se hace visible a través de la vulva.

D

- **Disuria:** La disuria es el dolor o escozor al orinar, y se siente generalmente en el tubo que lleva la orina de la vejiga (uretra) o el área que rodea los genitales (perineo).
- **Desprendimiento de la placenta o placenta previa:** la placenta se separa de la pared del útero antes de lo que debería. Si esto ocurre, se puede necesitar una sección cesárea.
- **Diabetogénico:** Que produce diabetes. Por ejemplo, algunos fármacos pueden ocasionar aumento de la glucosa en sangre produciendo diabetes; igualmente, el embarazo puede tener un efecto diabetogénico como consecuencia de un retraso en la respuesta del organismo (específicamente del páncreas) a la ingesta de glucosa.

- **Dolores posparto:** dolores abdominales agudos causados por la contracción del útero después del parto. Es normal y deseable que el útero se contraiga a medida que regresa al tamaño que tenía antes del embarazo. Los dolores posparto son más comunes durante la lactancia. La lactancia estimula la liberación de oxitocina, la cual causa que se contraiga el útero. Los dolores posparto generalmente desaparecen al tercer día.
- **Deficiencia de biotinidasa:** la biotinidasa es una enzima que metaboliza la biotina, que es una vitamina B. Si el bebé no es capaz de producir dicha enzima, entonces tiene deficiencia de biotinidasa. Esta deficiencia puede causar serios efectos neurológicos, como convulsiones, pérdida auditiva y coma. Si esta deficiencia se identifica y se trata oportunamente, se pueden prevenir los efectos. Una prueba de revisión en el recién nacido puede revisar esta enfermedad antes que ocurra algún síntoma.
- **Dilatación:** el cuello uterino se debe abrir, o dilatar, para permitir que el bebé pase a través de él y nazca. Medida en centímetros de 0-10, la dilatación le dice qué tanto se ha abierto el cérvix. Su médico la examinará durante la labor de parto y le dirá qué tan dilatado está su cérvix. A la dilatación de 10 cm se le llama "total" o "completa".
- **Distracciones:** empleo de fotografías, masajes, representaciones mentales y otros estímulos visuales o auditivos durante el parto para apartar su mente del dolor. Este es un método usado en el parto natural.
- **Desproporción cefalopélvica (CPD):** sucede cuando la cabeza del bebé es demasiado grande para pasar a través de la pelvis de la madre. En este caso, se puede necesitar una sección cesárea.

E

- **Edad materna:** es la edad adecuada para procrear o reproducirse de los 15-45 años.
- **Embarazo:** estado fisiológico pasajero que inicia con la unión de un ovulo y un espermatozoide y termina con el nacimiento de un nuevo ser.

- **Espermatozoide:** nombre que recibe la célula reproductora masculina (gameto) dentro de los testículos se da su formación.
- **Embarazo ectópico:**(o embarazo extrauterino). Embarazo en el que el óvulo fecundado se implanta fuera del útero, especialmente en la trompa de Falopio.
- **Ecografía:** Técnica de exploración de los órganos internos del cuerpo que consiste en registrar el eco de ondas electromagnéticas o acústicas enviadas hacia el lugar que se examina.
- **Extractor de leche materna:** máquina (manual o eléctrica) que se utiliza para extraer la leche de los senos de una mujer. Las mujeres usan extractores de leche de los senos para extraer y almacenar su leche materna para uso futuro. La extracción de leche de los senos también es útil para mujeres que están lejos de sus bebés durante varias horas y necesitan aliviar la presión de los senos llenos.
- **Electrocardiograma:** prueba que se utiliza para evaluar el ritmo y la actividad eléctrica del corazón.
- **Embrión:** período de desarrollo que transcurre desde el momento de la implantación hasta el final de las ocho semanas posteriores a la concepción. Después de las ocho semanas, al bebé en desarrollo se le llama feto.
- **Endometriosis:** en esta condición, el tejido que se suele encontrar en el revestimiento interior del útero (endometrio) crece en otras partes del cuerpo. Esta condición puede causar varios problemas incluyendo dolor severo e infertilidad.
- **Endometrio:** parte del sistema reproductor femenino. El endometrio es el tejido que recubre al útero. El endometrio se desprende cada mes cuando una mujer menstrúa. En el embarazo, el embrión se implanta dentro del endometrio y recibe alimentación a través de él.
- **Epidídimos:** parte del sistema reproductor masculino. Los epidídimos son dos tubos en espiral que conectan cada testículo con el vaso deferente. Estos tubos mantienen al espermatozoide durante la maduración.
- **Epidural:** método común empleado para aliviar el dolor durante la labor de parto. Se inserta un catéter a través de la parte baja de la espalda dentro de un

espacio cerca de la columna vertebral. Se administra anestesia a través de este catéter, y da como resultado la sensación reducida desde el abdomen hasta los pies.

- : incisión en el perineo que se lleva a cabo durante el parto. El perineo es el área entre la vagina y el recto que se estira y algunas veces se desgarrar durante el parto. La incisión se cierra con puntos de sutura después del parto.
- **Estriol:** hormona que actúa como el estrógeno en el cuerpo. Es segregada por la placenta durante el embarazo. Una de las pruebas (con AFP) en una Triple Revisión o Cuádruple Revisión.
- **Ecocardiograma:** herramienta de diagnóstico que examina el tamaño, la forma y el movimiento del corazón mediante el uso de ondas sonoras de alta frecuencia (ultrasonido).
- **Eclampsia:** convulsiones ocasionadas por el empeoramiento de la preeclampsia. La eclampsia es una condición seria para una madre embarazada y su bebé que requiere atención médica inmediata.

F

- **Fibrosis quística:** enfermedad hereditaria que se presenta en la primera etapa de la niñez. Las glándulas que producen líquidos importantes no funcionan apropiadamente, conllevando a dificultad para respirar, digestión alterada, y pérdida excesiva de sal en el sudor.
- **Falsa labor de parto:** se experimentan contracciones, pero el cuello uterino no se abre ni se afina. Comparadas con la labor verdadera, las contracciones de falsa labor de parto pueden ocurrir de manera irregular y no se acercan entre sí. Las contracciones de falsa labor pueden detenerse cuando camina o cambia de posición. Puede ser difícil para usted notar la diferencia entre la labor falsa y verdadera. La diferencia más importante es que estas contracciones no dan como resultado el adelgazamiento o dilatación del cérvix.
- **Feto:** bebé en desarrollo, desde la semana ocho del embarazo hasta el parto. Antes de las ocho semanas, se le llama un embrión.

G

- **Galactosemia:** trastorno metabólico hereditario en donde una forma de azúcar denominada galactosa (que se encuentra en productos lácteos) se acumula en la sangre debido a que el cuerpo no puede producir la enzima encargada de metabolizarla. Si no se trata, la galactosemia puede causar poco aumento de peso, irritabilidad, convulsiones, y a largo plazo, discapacidades de aprendizaje, y crecimiento deficiente. La mayoría de los estados revisan la galactosemia al momento del parto con un simple examen sanguíneo. Si el tratamiento comienza temprano, se pueden minimizar los síntomas y efectos.
- **Gameto:** célula sexual masculina o femenina. El gameto femenino es el óvulo. El gameto masculino es el espermatozoide. Cuando ocurre la fertilización, los dos gametos se fusionan.
- **Grupo B estreptococos (GBS):** tipo de bacteria que puede vivir en la vagina o en el ano de una mujer sin ocasionar una infección. Con la excepción de una infección en el tracto urinario por GBS, la mayoría de las mujeres con GBS presente son "portadoras" y no tienen alguna señal de una infección. Una mujer embarazada puede transmitir GBS a su bebé durante el embarazo o parto. En un recién nacido, la GBS puede causar infección de leve a muy grave. Debido a esto, la mayoría de las mujeres embarazadas son revisadas para detectar GBS a las 35-37 semanas de gestación. Las mujeres que tienen resultado positivo para GBS reciben antibióticos en la labor de parto para prevenir la infección en el bebé después del parto.
- **Gestación (también llamada embarazo):** período de desarrollo en el útero desde la concepción hasta el nacimiento del bebé.
- **Gonorrea:** enfermedad de transmisión sexual que puede provocar enfermedad pélvica inflamatoria (PID). La PID es una infección seria que puede causar infertilidad.
- **Gonadotropina humana coriónica (HCG):** hormona producida dentro de la placenta. Los equipos caseros para detectar embarazo examinan esta hormona.

H

- **Hemorragia:** sangrado excesivo.

- **Hemorroides:** venas agrandadas en el ano o en el recto, generalmente provocadas por constipación o por hacer demasiada fuerza. Las hemorroides son comunes durante el parto y después del alumbramiento.
- **Hepatitis:** inflamación del hígado que suele originarse a causa de una infección viral, de la cual existen varias formas. Las más comunes son la hepatitis A, B, y C. Las mujeres son revisadas para detectar hepatitis B y C durante el embarazo.
- **Hipertensión gestacional:** desarrollo de presión arterial elevada después de 20 semanas de embarazo. Las mamás con esta condición no tienen proteína en su orina u otras señales de preeclampsia y tienen riesgo muy bajo de enfermedad severa. Esta condición solía llamarse hipertensión inducida por el embarazo.
- **Hormona luteinizante (LH):** hormona producida por la glándula pituitaria en el cerebro. El nivel de LH se eleva aproximadamente a la mitad del ciclo menstrual de una mujer (p. ej., el día 14 de un ciclo de 28 días). Este aumento causa que el óvulo maduro salga del ovario, un proceso llamado ovulación. Una mujer es más propensa a quedar embarazada aproximadamente al momento de la ovulación. Los equipos de predicción de ovulación, que ayudan a determinar cuando una mujer es más fértil, miden el nivel de LH.

I

- **Inseminación artificial:** tratamiento para la infertilidad que involucra la introducción de espermatozoides en el útero u oviducto de una manera que no sea la natural. Por ejemplo, el médico puede insertar un catéter a través de la vagina para depositar el espermatozoides dentro del útero.
- **Índice de Masa Corporal (IMC):** medida de grasa corporal, que se calcula dividiendo el peso (en kilogramos) por la altura al cuadrado (en metros). El sobrepeso se define como un IMC mayor a 25. La obesidad se define como un IMC mayor a 30.
- **Inmunidad:** capacidad de resistir una enfermedad en particular. La leche materna transfiere proteínas inmunes al bebé y ayuda a acumular la inmunidad del bebé para algunas condiciones.
- **Implantación:** el embrión se adhiere a la pared del útero.

- **Inducción:** se emplean medios artificiales para iniciar la labor de parto. Estos pueden incluir medicamentos para ablandar el cérvix, ruptura del saco amniótico, o medicamentos para causar que el útero se contraiga, como oxitocina (Citosina).
- **Infertilidad:** incapacidad de lograr el embarazo después de intentarlo por un período de tiempo considerable (p. ej., un año), a pesar de tener relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos y de manera frecuente.
- **Insomnio:** incapacidad de dormirse o de retener el sueño entre seis y nueve horas durante un período prolongado.
- **Inseminación intrauterina (IUI):** método de reproducción asistida en donde se utiliza un catéter para depositar el espermatozoides, del esposo de una mujer o de un donante de espermatozoides, directamente en el interior del útero. La IUI se usa con frecuencia junto con medicamentos estimulantes de la ovulación. También se le llama inseminación artificial.
- **Ictericia:** ligero matiz amarillo en la piel y globos oculares. La ictericia es causada por un alto nivel de bilirrubina en la sangre. La bilirrubina es un pigmento que se elimina normalmente de la sangre por el hígado. El hígado de un recién nacido aún está aprendiendo a eliminar bilirrubina, así que muchos bebés pueden parecer tener ictericia aproximadamente del segundo al quinto día de vida. Esta condición por lo general desaparece dentro de un lapso de dos semanas sin tratamiento. Si se necesita tratamiento, el bebé se coloca bajo luz artificial. Esta luz metaboliza la bilirrubina en la piel del bebé. En casos poco comunes, la ictericia prolongada puede ser una señal de algo más serio.

L

- **Labor activa:** la segunda parte de la primera etapa de la labor de parto. La labor activa de parto inicia cuando el cérvix tiene 3-4 centímetros de dilatación y hay contracciones regulares con no más de 10 minutos de separación. Durante la labor activa, las contracciones son más fuertes y ocurren con más frecuencia que durante la primera fase (fase latente) o etapa uno. Hacia el final de esta fase, el cérvix se dilata de 7 a 10 centímetros.

- **Líquido amniótico:** líquido que se encuentra dentro del saco amniótico. El líquido sirve para amortiguar y proteger al feto.
- **Labor de parto:** contracciones regulares del útero que provocan que el cuello uterino se abra (se dilate) y afine (se borre).
- **Lamaze:** método para controlar el dolor durante el parto. Esta técnica se enfoca en la relajación, respiración controlada, y distracción. El enfoque Lamaze es neutral sobre los medicamentos para el dolor. Las mujeres son animadas a aprender sobre todas las opciones y decidir cuál es la correcta para ellas.

M

- **Macrosomía fetal:**
- La expresión «macrosomía fetal» se utiliza para describir a un recién nacido significativamente más grande que el promedio. Un bebé diagnosticado con macrosomía fetal tiene un peso de más de 8 libras y 13 onzas (4 kilogramos) al momento de nacer, independientemente de su edad gestacional.
- **Mortalidad materna:** muerte de una mujer durante el embarazo, parto o puerperio por cualquier cosa relacionada o agravada por el embarazo.
- **Maniobras de Leopold:**
 Son maniobras que se hacen a partir de las 20-22 semanas (no todas, las 4 maniobras se pueden hacer a partir de las 28 semanas [3er Trimestre]). La primera maniobra es la única que se puede hacer desde las 20 - 22 semanas, cuando el útero está aproximadamente a nivel del ombligo. Los 3 restantes se realizan a partir de las 28 semanas, ya que con menos edad gestacional es muy difícil precisar posición, presentación y grado de encajamiento del feto; y sirven para valorar la estática fetal. La estática fetal está en función de la situación, la posición, presentación y la actitud.
 - Situación: relación que existe entre el eje longitudinal del feto y el eje longitudinal de la madre. (longitudinal, transversal u oblicua)
 - Posición: relación entre el dorso del feto y el flanco materno. (dorso derecho, dorso izquierdo)

- **Presentación:** parte fetal que se ofrece al estrecho superior de la pelvis materna. (cefálica o de cabeza, podálica o de pies, pelviana o de nalgas, transversa o de hombro o tronco).
 - **Método Bradley:** enfoque para el parto que hace hincapié en evitar medicamentos, a menos que sea absolutamente necesario. Este método también implica una función activa por parte del padre del bebé como preparador del parto. Se fomenta la buena nutrición y el ejercicio durante el embarazo. Se cree que las técnicas de relajación y de respiración profunda ayudan con el dolor de la labor de parto. También se le llama parto preparado por el esposo.
 - **"Mano de bailarina":** técnica de amamantamiento que ayuda a que el bebé se agarre correctamente del pecho. Ahueque su seno con sus dedos por debajo y su pulgar hacia arriba. Apoye su seno de esta manera en cada alimentación durante las primeras seis semanas.
 - **Muestra de vilos coriónico (CVS):** durante el embarazo, se extrae una pequeña porción de la placenta para examinar los cromosomas del bebé y detectar si existe alguna enfermedad congénita.

N

- **Nuliparidad:** nunca se ha tenido un parto.
- **Nostalgia por el bebé ("baby blues"):** sentimientos de tristeza, llantos, ansiedad o irritabilidad que pueden presentarse durante las primeras semanas después del parto. Existen muchas causas posibles, incluyendo cambios hormonales, falta de sueño, el llanto del bebé, y la pérdida de tiempo para usted misma. Los sentimientos de tristeza que no mejoran con el tiempo o que incluyen pensamientos de herirse a sí misma o a su bebé son señales de una condición más grave (depresión posparto).
- **Narcótico:** medicamento para aliviar el dolor. Un narcótico que se usa con frecuencia durante la labor de parto es la meperidina (Demerol). Los narcóticos actúan sobre el sistema nervioso central para aliviar el dolor.

O

- **Ovulo:** Gameto femenino o célula reproductora femenina, se forma dentro de los ovarios.
- **Ovarios:** parte del sistema reproductor femenino. Los ovarios son dos glándulas que producen óvulos y hormonas femeninas incluyendo estrógeno y progesterona.
- **Ovulación:** durante el ciclo menstrual de una mujer, se libera un óvulo maduro del ovario. La ovulación ocurre aproximadamente 14 días antes de que una mujer tenga su periodo (p. ej., el día 14 de un periodo de 28 días). Una mujer es más propensa a quedar embarazada si tiene relaciones sexuales aproximadamente al momento de la ovulación.

P

- **Proteinuria:** Es la existencia de proteínas en la orina en una cantidad elevada. La cantidad de proteínas en la orina que determina la proteinuria, una vez sobrepasada, es de 150 mg en la orina de 24 horas o 0 a 8 mg/dl en el caso de tratarse de una prueba rápida con tira reactiva.
- **Pinard:** El estetoscopio de Pinar es una herramienta usada para auscultar los latidos cardíacos del feto durante el embarazo. Es un tipo de estetoscopio, anteriormente llamado fetoscopio,¹ pero el término todavía se asocia al estetoscopio de Pinar.
- **Parto:** es el proceso que se da mediante contracciones uterinas hasta lograr completar la dilatación adecuada para la expulsión de un nuevo ser.
- **Puerperio:** proceso que lleva una mujer después del parto.
- **Primigesta:** Adjetivo Dícese de la mujer que está embarazada por primera vez.
- **Prueba de alfafetoproteína (AFP):** la alfafetoproteína es una proteína producida por el feto. Durante el embarazo, el feto segrega AFP dentro del líquido amniótico y la sangre de la madre. La prueba de revisión de AFP mide el nivel de AFP. Un nivel anormal podría indicar un riesgo incrementado de algunos defectos congénitos, como defectos en el tubo neural, o condiciones congénitas, como síndrome de Down. Esta prueba sólo puede indicar riesgo incrementado, no puede diagnosticar una condición específica. Actualmente,

esta prueba se realiza como parte de un conjunto de tres pruebas (Triple Revisión) o cuatro revisiones (Cuádruple Revisión).

- **Puntuación de Apgar:** índice utilizado para evaluar la condición de un bebé recién nacido. Se califica con 0, 1 ó 2 a cada una de cinco características: color, frecuencia cardíaca, respuesta a la estimulación, tono muscular y respiración. Una puntuación perfecta es de 10. La mayoría de los bebés saludables obtendrán un máximo de nueve porque es normal que los bebés tengan las manos y pies azules en los primeros minutos de vida. La puntuación Apgar se determina al minuto uno, cinco, y diez después del parto. Los bebés saludables sólo obtienen las primeras dos puntuaciones.
- **Parto asistido:** el médico toma medidas para acelerar el parto después de que el cuello uterino se dilató por completo. Dos métodos comunes son el parto con fórceps y el parto asistido con extractor de vacío.
- **Plan de nacimiento:** lista de sus preferencias utilizadas como guía para indicar la manera en la que le gustaría que se realizara su labor de parto y alumbramiento. Ya que la labor de parto puede ser impredecible, puede necesitar desviarse de este plan en momentos durante la labor.
- **Posición de cuna:** técnica de amamantamiento; forma de sostener a su bebé. Siéntese con su brazo curvado a través de su regazo. La cabeza del bebé descansa en su codo y su cuerpo a lo largo de su antebrazo y regazo. El pecho del bebé debe estar contra su piel para que no tenga que voltear su cabeza para alcanzar el pezón.
- **Posición de cuna cruzada:** técnica de amamantamiento; forma de sostener a su bebé. Siéntese con su brazo curvado a través de su regazo. La cabeza de su bebé está en su mano y su cuerpo se extiende hacia su codo. Esto es útil para aprender a sujetar a su bebé, ya que puede controlar mejor su cabeza.
- **Pica:** antojo de productos no alimenticios, como fécula de maíz o arcilla, durante el embarazo. Dígale a su médico si usted tiene estos antojos. No coma éstos o algún otro producto no alimenticio.
- **Placenta:** órgano que se desarrolla en el útero durante el embarazo. Su propósito es alimentar al bebé. La placenta pasa oxígeno y nutrientes de la

madre al bebé, y se lleva los productos de desecho de vuelta a la sangre de la madre.

- **Placenta previa:** la placenta se descoloca de su posición normal y cubre el cuello uterino por completo o en parte. El cérvix es la parte inferior del útero que se abre dentro de la vagina. La placenta previa puede causar sangrado anormal, separación temprana de la placenta del útero, parto prematuro, o la necesidad de un parto por cesárea de emergencia.

R

- **Revisión en el primer trimestre:** entre las semanas 11 y 14 se realizan una serie de pruebas para poder determinar la posibilidad de que el feto tenga anomalías cromosómicas. Incluye un ultrasonido para medir la translucencia nucal y dos exámenes sanguíneos para proteína A de plasma asociada con el embarazo (PAPP-A) y hCG libre.
- **Respiración enfocada:** método de relajación que puede ser usado durante el parto. Es un medio del parto natural.
- **Representaciones mentales:** concentrar la mente para visualizarse en cierta situación y en tener éxito en dicha situación. Con frecuencia se usa para aliviar el estrés y mejorar el rendimiento, las imágenes mentales también son una herramienta usada en el parto natural.
- **Reflejo peri oral:** reflejo que se observa en los bebés poco tiempo después del nacimiento. Cuando usted pulsa sobre el costado del rostro del bebé, él volteará su cabeza en esa dirección, abrirá la boca, y sacará la lengua en busca del pezón para comenzar a alimentarse.
- **Rubéola:** enfermedad viral contagiosa que provoca cansancio, inflamación de nódulos linfáticos y un sarpullido rojo y con granos. La mayoría de los niños son vacunados contra rubéola. Si una mujer contrae rubéola durante el embarazo, su bebé puede desarrollar severos defectos congénitos, incluyendo retraso mental, problemas auditivos, ceguera, y defectos cardiacos.
- **Ruptura de membranas (también denominada ruptura de fuente):** el término membrana se refiere al saco amniótico, el cual es un saco lleno de líquido que protege al bebé durante el embarazo. Con frecuencia, este saco se rompe antes

que comience la labor de parto. Usted puede sentir que le sale líquido. El flujo puede ser a chorro (si usted está de pie) o que brote (si usted está recostada). Cuando esto suceda, llame inmediatamente a su médico.

S

- **Saco amniótico:** (también denominado amnios): bolsa dentro del útero que alberga el feto y contiene el líquido que le brinda contención. A este líquido se le llama líquido amniótico. El término "ruptura de la fuente" se refiere a la ruptura del saco amniótico; esto ocurre con frecuencia al comienzo de la labor de parto.
- **Sala de partos:** tanto la labor de parto como el alumbramiento se llevan a cabo en esta habitación hospitalaria. Las salas de partos están diseñadas con colores cálidos y muebles para que las mujeres se sientan más cómodas durante la labor de parto y el alumbramiento que en una sala normal de hospital.
- **Secreción con sangre:** hace referencia a la liberación de mucosa fibrosa o una secreción espesa color café, rosácea o rojiza de la vagina. Esta es una señal de que la labor de parto comenzará pronto; por lo general dentro de un lapso de 72 horas.
- **Sección cesárea:** parto quirúrgico de un bebé que involucra incisiones en el abdomen y útero. Se hacen incisiones dentro del abdomen y útero, y se extrae al bebé de la matriz de la madre.
- **Síndrome de alcoholismo fetal (SAF):** conjunto de defectos de nacimiento que ocurren en los niños cuyas madres beben grandes cantidades de alcohol durante el embarazo. Los defectos incluyen retraso mental, crecimiento deficiente, y malformaciones en el cráneo y rostro.
- **Sufrimiento fetal:** el bebé no recibe suficiente oxígeno o experimenta alguna otra complicación. Se puede requerir el parto inmediato. Con frecuencia, los bebés son revisados con monitores de frecuencia cardíaca fetal durante la labor de parto y el alumbramiento para detectar señales de sufrimiento fetal.
- **Síndrome de Down (también denominado trisomía 21):** las personas con esta condición tienen tres copias del cromosoma 21 en vez de dos. La condición se caracteriza por retraso mental de leve a severo y algunos rasgos físicos. Están disponibles algunas pruebas durante el embarazo para determinar si un

bebé tendrá síndrome de Down. Las pruebas más precisas, amniocentesis y CVS (toma de muestra de vilos coriónica), cuentan los cromosomas del bebé para determinar el número de copias de #21.

T

- **Temperatura corporal basal (TCB):** temperatura corporal por la mañana antes de salir de la cama. Medir y registrar diariamente la TCB con un termómetro especial puede ayudar a determinar cuando el ovario libera un óvulo (ovulación) y ayudar a la pareja a averiguar cuáles son los días más fértiles del mes. La TCB aumenta el primer día de la ovulación. Los días más fértiles son los 2 a 3 días antes de que la TCB alcance su punto más alto, y las 12 a 24 horas después de la ovulación.
- **Termómetro para medir TCB:** este termómetro puede detectar cambios de temperatura de, por lo menos, 1/10 de grado. Este termómetro se usa para realizar un seguimiento de la temperatura corporal basal (TCB) diariamente para determinar los días en los que una mujer es más propensa a quedar embarazada. Un termómetro para TCB se puede adquirir en una farmacia por aproximadamente \$10 (dólares estadounidenses).
- **Trompas de Falopio:** parte del sistema reproductor femenino. Las trompas de Falopio transportan los óvulos de los ovarios al útero. Cada mujer tiene dos trompas, así como dos ovarios. También se las llaman oviductos.
- **Término completo:** describe cuando un bebé nace entre las semanas 38 y 42 del embarazo.
- **Testículos:** parte del sistema reproductor masculino. Los testículos son dos órganos en forma ovalada que producen y almacenan millones de pequeños espermatozoides, así como hormonas masculinas, como testosterona.
- **Testosterona:** hormona masculina (andrógeno) que induce y mantiene las características sexuales secundarias del hombre. La testosterona se produce en los testículos.
- **Tranquilizante:** fármaco que se utiliza para reducir la ansiedad y la tensión. Los tranquilizantes se pueden usar durante el parto para ayudar a calmar a una madre ansiosa.

- **Transición:** última parte de la etapa uno de la labor de parto. Durante la transición, el cérvix se dilata de 7 a 10 centímetros. Estas últimas pulgadas de apertura cervical pueden ocurrir bastante rápido, pero pueden ser bastante difíciles. Las contracciones son más fuertes y más frecuentes, ejerciendo presión sobre la parte baja de su espalda y recto.
- **Trimestre:** uno de tres períodos durante el embarazo. El embarazo se divide desigualmente en tres trimestres. El primer trimestre abarca desde la concepción hasta las 13 semanas, el segundo trimestre desde las 14 hasta las 26 semanas, y el tercer trimestre desde las 27 semanas hasta el parto.

U

- **Ultrasonido (también denominado ecografía):** prueba no invasiva del útero y del feto por dentro. El ultrasonido usa ondas sonoras de alta frecuencia. Si se realiza una ecografía Doppler, el doctor podrá ver el flujo de sangre en los vasos sanguíneos mayores.
- **Útero (también denominado matriz):** parte del sistema reproductor femenino. El útero es una estructura muscular hueca en la que se implanta el óvulo fertilizado y el feto crece durante el embarazo. El útero se contrae durante la labor de parto para dilatar y borrar el cérvix y empujar al bebé a través del canal de parto.
- **Uretra:** parte del sistema urinario. La uretra es un tubo que saca la orina del cuerpo. En los hombres, el semen también sale del cuerpo a través de la uretra.

V

- **Vaso deferente:** parte del sistema reproductor masculino. El vaso deferente es un tubo muscular que transporta espermatozoides desde los testículos a los conductos eyaculatorios.
- **Vagina:** parte del sistema reproductor femenino. La vagina es un conducto muscular que conecta al cérvix con los genitales externos.