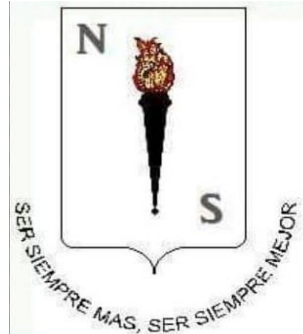


ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE: 8722



TESIS

COMPLICACIONES MÉDICAS EN EL EMBARAZO DE LA ADOLESCENTE, EN
VISIÓN DE JOSÉ ANTONIO CLAVERO NÚÑEZ

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:
GRECIA RANGEL MORENO

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

MORELIA, MICHOACÁN. 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

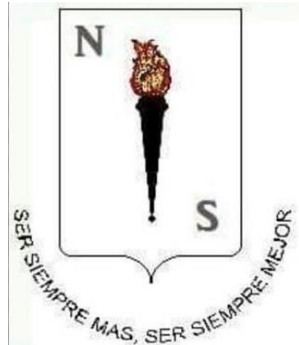
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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 MÉXICO

CLAVE: 8722



TESIS

COMPLICACIONES MÉDICAS EN EL EMBARAZO DE LA ADOLESCENTE, EN LA
VISIÓN DE JOSÉ ANTONIO CLAVERO NÚÑEZ

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:
GRECIA RANGEL MORENO

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

MORELIA, MICHOACÁN. 2019

AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES

Rodolfo Rangel Correa y Elisa Moreno Hernández gracias por darme la vida, por la formación y educación que con mucho esfuerzo lograron darme, por darme la oportunidad de estudiar, por brindarme su apoyo en todo momento, ayudarme y ser parte de mi desarrollo académico, por enseñarme a que siempre se debe seguir adelante y ser un gran ejemplo a seguir, gracias por enseñarme a valorar los resultados de un gran esfuerzo, por ser mis mejores amigos y darme palabras de aliento cuando lo necesito, por estar conmigo en todo momento y convertir mis ratos malos en momentos de reflexión, por escucharme y siempre estar ahí para mí, esto es un logro que con orgullo comparto con ustedes.

A MI HERMANO

Cesar Iván Rangel Moreno por apoyarme en mi formación, porque por ti adquirí el don de la paciencia y la reflexión, por compartir alegrías y tropiezos, por brindarme tu confianza.

A MIS ABUELOS Y A MI TÍA

Raúl Moreno, Victoria Hernández, Matilde, Carmen Moreno Hernández, que fueron una gran parte esencial en mi formación, en mi educación y en mis valores como persona.

A DIOS

Por haberme guiado para llegar a este triunfo, por haberme permitido estar donde me encuentro, y por lo que día a día pone en mi camino.

A LA SEÑORITA MARTHA ALCARAZ

Por ser una de mis mejores maestras, brindarme sus conocimientos, su apoyo ante los buenos y malos momentos durante mi estancia en esta institución, por ser un ejemplo a seguir en mi carrera profesional.

DEDICATORIA

A DIOS

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, por darme la bendición de tener a la familia tan hermosa que tengo y poder compartir mis logros con ellos.

A MI MAMÁ

Elisa Moreno Hernández por los ejemplos de perseverancia y constancia que la caracterizan y que me han ayudado en mi vida, por el valor mostrado para salir adelante, tener su gran ejemplo a seguir por ser una gran mujer, por ser mi mejor amiga y mi mejor consejera, por su apoyo y amor que siempre me ha brindado, por estar siempre a mi lado, por nunca dejarme sola.

A MI PAPÁ

Rodolfo Rangel Correa por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, por ser un ejemplo a seguir, mi mejor amigo y mi mejor consejero, por su amor que me ha brindado, por los consejos y su apoyo incondicional que me ha dado en los errores que he cometido, por nunca dejarme sola.

A MI HERMANO

Por brindarme su apoyo y ayudarme a mi formación profesional, para brindarme su apoyo emocional para seguir en esta profesión.

ÍNDICE

1.INTRODUCCIÓN.....	1
2.- MARCO TEÓRICO.....	3
2.1 VIDA Y OBRA.....	3
2.2.- INFLUENCIAS	4
2.3 HIPÓTESIS.....	5
2.4- JUSTIFICACIÓN.....	5
2.5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
2.6. OBJETIVOS.....	7
2.6.1. GENERAL.....	7
2.6.2. ESPECÍFICO	7
2.7. MÉTODOLOGIA	7
2.8. VARIABLES.....	8
2.9 ENCUESTA Y RESULTADOS	9
2.10 GRAFICADO	10
3. CONCEPTUALIZACIÓN.....	19
3.1- CONCEPTO DE EMBARAZO	19
3.2- DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO.....	19
3.3- EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA	19
3.4- RIESGO OBSTÉTRICO	20
3.5. COMPLICACIONES MÉDICAS EN EL EMBARAZO	21
3.6- CONDUCTA MÉDICA A SEGUIR EN CASO DE UN EMBARAZO DE ALTO RIESGO O DE BAJO RIESGO.....	21
3.7- VIGILANCIA DEL EMBARAZO DE ALTO RIESGO	21
3.8- FACTORES QUE PREDISPONEN UN EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.....	21
3.9- EDUCACIÓN SEXUAL EN LA ADOLESCENCIA.....	22
3.10. COMPLICACIONES MÉDICAS EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE	23
4.- FÁRMACOS Y RADIACIONES EN EL EMBARAZO.....	37
4.1.- FÁRMACOS EN EL EMBARAZO.....	37
4.2- FÁRMACOS Y PROCEDIMIENTOS DURANTE LA LACTANCIA MATERNA	39
4.3- FÁRMACOS COMPATIBLES DURANTE LA LACTANCIA.....	40

4.4- FÁRMACOS CON RIESGO PARA LA LACTANCIA O EL LACTANTE	41
4.5- EMBARAZO Y CATEGORIA DE RIESGO FETAL DE LOS MEDICAMENTOS.....	41
4.6- FACTORES DE RIESGO FETAL ASIGNADOS POR LA ADEC A LOS MEDICAMENTOS	43
4.7- RADIACIONES IONIZANTES Y EMBARAZO	44
4.8- EFECTOS DE LA IRRADIACION EN EL DESARROLLO EMBRIONARIO Y FETAL..	44
4.9- MANEJO RADIOLÓGICO DE LA PACIENTE EMBARAZADA.....	45
4.10- PROTECCIÓN RADIOLOGICA EN LA EMBARAZADA	46
5.- SINTOMATOLOGÍA DEL EMBARAZO Y VIGILANCIA GESTACIONAL	48
5.1- SIGNOS Y SÍNTOMAS DURANTE EL EMBARAZO.....	48
5.2- MÉTODOS DIAGNÓSTICOS DE EMBARAZO	50
5.3- CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN EL EMBARAZO.....	52
5.4.-COMPLICACIONES PSICOLÓGICAS EN UNA MADRE ADOLESCENTE	54
5.5- PROBLEMAS SOCIALES RELACIONADOS CON EL EMBARAZO ADOLESCENTE	55
5.6. COMPLICACIONES PARA EL HIJO DE MADRE ADOLESCENTE	56
5.7- DIAGNÓSTICO PRENATAL.....	56
5.8- MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EVITAR COMPLICACIONES MÉDICAS EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE.....	57
5.9- VIGILANCIA FETAL ANTES DEL PARTO.....	59
5.10- PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y PRENUPCIAL	61
6.- MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.....	63
6.1.- MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	63
6.2.- ANTICONCEPTIVOS HORMONALES	65
6.3- ANTICONCEPTIVOS HORMONALES ORALES.....	66
6.4.- ANTICONCEPTIVOS HORMONALES INYECTABLES	67
6.5.- MÉTODOS DE BARRERA	67
6.6.- DISPOSITVO INTRAUTERINO DIU	69
6.7.- IMPLANÓN.....	71
6.8-. NUVA Y PARCHE – EURA.....	72
6.9.- LACTANCIA	72
6.10.- MÉTODOS PROBABLEMENTE DEFINITIVOS.....	72
7.-URGENCIAS OBSTÉTRICAS Y NEONATALES	76

7.1- TRIAGE OBSTÉTRICO.....	76
7.2.- CÓDIGO MATER	78
7.3.- TRANSPORTE DE UNA PACIENTE OBSTÉTRICA EN ESTADO CRÍTICO	79
7.4- HALLAZGOS EN UNA PACIENTE OBSTÉTRICA QUE PUEDEN SUGERIR ADMISIÓN A LA UCI	80
7.5- TRANSPORTE MATERNOFETAL	82
7.6-INDICACIONES DEL TRANSPORTE MATERNOFETAL	82
7.7-CONTRAINDICACIONES PARA EL TRANSPORTE MATERNOFETAL	83
7.8.- URGENCIAS GESTACIONALES DEL PRIMER TRIMESTRE.....	85
7.9.- URGENCIAS GESTACIONALES DEL SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE.....	90
7.10-. CUIDADOS INMEDIATOS AL RECIÉN NACIDO.....	93
8.- CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES OBSTÉTRICAS	96
8.1- CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EMBARAZADAS.....	96
8.2- MANEJO DE LA PACIENTE EMBARAZADA.....	96
8.3- CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL EMBARAZO DE ALTO RIESGO	102
8.4- APOYO PSICOLÓGICO A LA PACIENTE EMBARAZADA	103
8.5-- ATENCIÓN PRENATAL DE ENFERMERIA.....	104
8.6.- EL CUIDADO DE LA SALUD DURANTE LA GESTACIÓN	105
8.7. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL TRIAGE OBSTÉTRICO	107
8.8- CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA ACTIVACIÓN DEL CÓDIGO MATER.....	107
8.9- CUIDADOS DE ENFERMERÍA A LA PACIENTE EN TRABAJO DE PARTO Y EL PUERPERIO	108
8.10- CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL NEONATO DURANTE EL PARTO.....	109
9.- CONCLUSIÓN	110
10. BIBLIOGRAFÍA	112
10.1- BÁSICA.....	112
10.2 COMPLEMENTARIA	115
11. GLOSARIO	116

1. INTRODUCCIÓN

En este trabajo de investigación presento las diferentes complicaciones médicas que se pueden presentar en el embarazo en la adolescencia.

La adolescencia es definida por la Organización Mundial de la Salud como el periodo de vida que se da entre los 10 y 19 años de edad, se caracteriza por una serie de cambios orgánicos, así como la integración de funciones de carácter reproductivo, acompañados de profundos ajustes psicosociales a un ambiente sociocultural cambiante y en ocasiones hostil, muchos adolescentes, sobre todos en países en vías de desarrollo, encuentran múltiples dificultades para ajustarse a esta etapa de su vida, en particular en lo relativo a su sexualidad.

El embarazo en la adolescencia es considerado un problema desde diferentes ópticas, ya que implica mayor riesgo de mortalidad materna, menores oportunidades de educación y, en ocasiones, el abandono total de los estudios, así como el fortalecimiento del círculo de la pobreza y un mayor riesgo de daño y mortalidad infantil.

El embarazo adolescente se asocia con importante riesgo a la salud para las adolescentes y sus recién nacidos, está muy relacionado a complicaciones durante el embarazo y el parto, lo que se agrava, ya que las adolescentes no buscan, ni reciben una adecuada atención prenatal: la probabilidad de mortalidad durante el embarazo y el parto supera entre cinco y siete veces a la de las mujeres entre 20 y 24 años.

Lo cual sugiere que el riesgo de tener un hijo antes de los 19 años no se debe únicamente a razones biológicas, sino también a las condiciones sociales en las que se desarrolla el embarazo.

México ocupa el primer lugar de nacimientos entre adolescentes de entre 15 y 19 años, con 77 alumbramientos por cada mil mujeres.

En los últimos años, el incremento de los índices de maternidad adolescente, es un motivo de preocupación.

Los riesgos que puede ocasionar un embarazo en adolescentes, en cuestiones de salud varían dependiendo de la edad en que se da el embarazo, a menor edad más

complicaciones. Estas pueden ser: bebé bajo de peso, malformaciones en el bebé, complicaciones al momento del parto.

Esto es desde el punto de vista físico, ya que el niño con el tiempo, también puede presentar alteraciones psicológicas, como menor desarrollo cognoscitivo, es decir en su desarrollo intelectual, su desenvolvimiento social y seguridad personal también se pueden ver afectados. Además, en muchos casos el patrón se repite con los hijos, es decir un hijo de una madre adolescente, tiene mayores probabilidades de llegar a ser un padre adolescente.

En el embarazo en la adolescencia existe mayor riesgo de presentarse una complicación, esto puede suceder porque la paciente presenta una edad inferior a los 15 años, por presentar anemia en el embarazo, y por otras causas más. En ello radica la importancia del diagnóstico prenatal temprano.

Los cambios fisiológicos que se producen durante el embarazo, permiten que las mujeres embarazadas se encuentren en condiciones biológicas de gran susceptibilidad para presentar diversas patologías, con afectación en la salud materna y del producto, con riesgos que van desde la pérdida del embarazo, malformaciones congénitas hasta la muerte materna.

El diagnóstico prenatal implica una búsqueda inicial para detectar parejas en riesgo, seguida por un diagnóstico definitivo. Los procedimientos de diagnóstico prenatal tienen como objetivo determinar la enfermedad del feto, estas pueden ser anomalías cromosómicas, trastornos genéticos o defectos estructurales.

Las pruebas de diagnóstico implican análisis cromosómicos, moleculares o enzimáticos de muestras fetales. El objetivo de los procedimientos diagnósticos es proporcionar un diagnóstico preciso y temprano de la enfermedad fetal, para permitir a la pareja tomar una decisión informada sobre las opciones de manejo

2.- MARCO TEÓRICO

2.1 VIDA Y OBRA

Nació en Valencia el 24 de noviembre de 1935. Obtiene la Licenciatura en medicina en 1960 y el Doctorado en 1961, ambos con premio extraordinario, en Madrid. En 1962 ingresa como Médico Interno en el Hospital Clínico de Madrid y es Profesor Ayudante de Clases prácticas y adjunto, por oposición, de Ginecología y Obstetricia en 1968. En 1969, Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia de la Seguridad Social y Catedrático de Ginecología y obstetricia en la Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca. Desde 1972 es Jefe del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la entonces Ciudad Sanitaria "Francisco Franco" en el Hospital Gregorio Marañón de Madrid y en 1984 es catedrático de la misma disciplina de la Universidad Complutense. Desde 1995 es Vicedecano y Jefe de Estudios del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Es Fundador de la Sociedad Española de Citología, de la Internacional para el Estudio de las Enfermedades Vulvares y Presidente de la Academia de Ginecología de Madrid. Ha realizado investigaciones sobre fisiología del feto, bienestar fetal y perinatología, endocrinología ginecológica, técnicas ecográficas y gammagrafía en sus aplicaciones ginecológicas.

Sus aportaciones en el campo de la medicina obstétrica son:

La obstetricia no es lo que fue en un principio. De un arte de ayudar a la mujer a dar a luz, se ha convertido en la medicina del embarazo, parto y puerperio, y no solo teniendo en cuenta a la mujer, sino también al feto. Ha nacido así en los últimos años una medicina fetal que es lo que recibe el nombre de perinatología, y que, siendo en realidad una parte de la obstetricia ha adquirido una gran importancia e independencia.

2.2.- INFLUENCIAS

✓ Dr. José Botella Llusía

Nació en Madrid, el 18 de marzo de 1912 fue un investigador y médico español especializado en ginecología y obstetricia.

Realizó la carrera de medicina en la Universidad Central de Madrid, licenciándose en 1934. Fue discípulo de Gregorio Marañón. Siguió sus estudios en Alemania y Austria, posteriormente obtuvo su primera cátedra de obstetricia y ginecología en Zaragoza en 1944. En 1950 fue nombrado miembro de número de la Real Academia de Medicina y en 1956 vocal del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). En 1980 fue nombrado miembro de honor de la Sociedad Alemana de Ginecología y vocal de la Academia de Medicina de Francia. En esa época recibió duras críticas por parte de las feministas españolas por declararse antiabortista.

✓ José Gómez Orbaneja

Doctor en Medicina por la Universidad de Zurich de Suiza. Pensionado por la Junta de Ampliación de Estudios para especializarse en Dermatología. Jefe de Dispensario Antivenéreo de la Sanidad Nacional con el número uno de la oposición en 1934. Profesor Numerario, por oposición, y Jefe de Servicio de la Beneficencia Provincial de Madrid en el Hospital San Juan de Dios en 1943. Catedrático de Dermatología en las Facultades de Medicina de Valladolid en 1946 y Madrid. Presidente de la Sociedad Española de Dermatología. Miembro de Honor, entre otras Sociedades, de la British Society of Dermatology, Sociedad Internacional de la Lepra y de Sociedades de Dermatología de Portugal, México, Estados Unidos, Argentina, Bélgica, Francia, Brasil, Cuba, Honduras, Italia, etc. Investigador y Jefe del Servicio de Dermatología de la Fundación "Jiménez Díaz".

COMPLICACIONES MÉDICAS EN EL EMBARAZO

2.3 HIPÓTESIS

¿Son importantes los cuidados de enfermería en un embarazo de alto riesgo?

Los cuidados de enfermería son importantes, puesto que estos ayudan a la madre a tener un buen control prenatal, la orienta, educan y acompaña en su proceso de gestación, trabajo de parto, alumbramiento y puerperio, la enfermera le da la información necesaria para que la paciente conozca los beneficios y complicaciones de su situación.

2.4- JUSTIFICACIÓN

En un embarazo en la adolescencia la enfermera debe disminuir el grado de temor en la paciente con el problema ya mencionado, debe de brindar los cuidados prenatales necesarios para evitar mayores complicaciones, para evitar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. detectar oportunamente y controlar aquellas enfermedades o factores que puedan complicar un embarazo.

Es relevante la alta manifestación de casos de mujeres embarazadas que han presentado alguna complicación y que por tal motivo sus embarazos han terminado en abortos y/o en muerte materna.

La importancia de esta investigación, en el ámbito de enfermería, radica en la necesidad de generar acciones que contengan a la población, desde el punto de vista educativo, tanto para la población adolescente como la población adulta.

Con el fin de detectar oportunamente y controlar aquellas enfermedades o factores de riesgo que pueden complicar un embarazo, por lo que resulta de suma importancia investigar cuales son las principales causas de embarazo de alto riesgo y así poder tomar las medidas preventivas necesarias para disminuir o abatir la morbimortalidad materna y fetal.

2.5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo y la maternidad de adolescentes son hechos más frecuentes que lo que la sociedad quisiera aceptar.

Las cifras de embarazos en la adolescencia no son exactas, ya que se establecen principalmente de los registros de hospitales y centros de salud que excluyen a quienes no solicitan sus servicios; sin embargo, se han realizado aproximaciones, cada año más de un millón de adolescentes en el mundo se embaraza; 30,000 son menores de 15 años y en su mayoría son embarazos no planeados.

Es difícil determinar con exactitud las razones del embarazo en las adolescentes. Las causas son múltiples y se relacionan entre sí.

Una de las principales podría ser que la madre encabeza la mayoría de las familias de bajos ingresos, asume el rol de administradora del hogar y se convierte en la proveedora principal de los alimentos, por tanto, desatiende aspectos significativos de su casa y a menudo no tiene en quien delegar esas responsabilidades. Las consecuencias son múltiples: en primer lugar, los jóvenes carecen de modelos morales de referencia para guiar sus conductas; muchos de los roles adultos se transfieren tempranamente a las jóvenes. Y si a esto añadimos que la adolescente encinta suele exhibir una especie de competencia e identificación con la madre; por tanto, es frecuente que tenga su primer hijo aproximadamente a la misma edad en que lo hizo la mamá.

Se ha comprobado que conforme aumenta el nivel económico son mayores las opciones. Las principales son el aborto, la adopción, tener soltera al hijo o casarse. La decisión que ella tome depende del apoyo de su pareja, su familia y la sociedad.

2.6. OBJETIVOS

2.6.1. GENERAL

- Detectar oportunamente y controlar aquellas enfermedades o factores que puedan complicar un embarazo.
- Reducir la mortalidad materna, evitando dichas complicaciones
- Promover la educación sexual a las adolescentes para evitar embarazos no deseados

2.6.2. ESPECÍFICO

- Motivar a la mujer para la adquisición de conocimientos en relación al proceso de maternidad.
- Identificar la situación económica que conlleva un embarazo en las adolescentes
- Detectar precozmente los factores de riesgo psicosociales durante este periodo.

2.7. MÉTODOLOGIA

- Brindar platicas en hospitales de que es el embarazo y sus posibles complicaciones por un mal manejo de este.
- Brindar la información necesaria a las mujeres embarazadas sobre las consultas prenatales que deben de llevar acabo para un buen manejo de su embarazo.
- Brindar información en las comunidades y centros de salud sobre los anticonceptivos y planificación familiar.
- Invitar a los padres de familia a hablar con sus hijos sobre educación sexual.

2.8. VARIABLES

Una variable es aquella característica o propiedad que se supone ser la causa del fenómeno estudiado. En este trabajo de investigación se presentan las siguientes variables:

- Orientar a las mujeres embarazadas a asistir a consultas prenatales para evitar complicaciones en el embarazo.
- Si ya existe una complicación en el embarazo, dar seguimiento a esta, para que el embarazo de la paciente sea lo más sano posible, y el bebé nazca con las menores complicaciones posibles.
- Brindar información en las comunidades sobre los métodos anticonceptivos para así evitar los embarazos a temprana edad.
- Dar orientación a los padres de familia para que puedan hablar correctamente con sus hijas sobre educación sexual.

2.9 ENCUESTA Y RESULTADOS

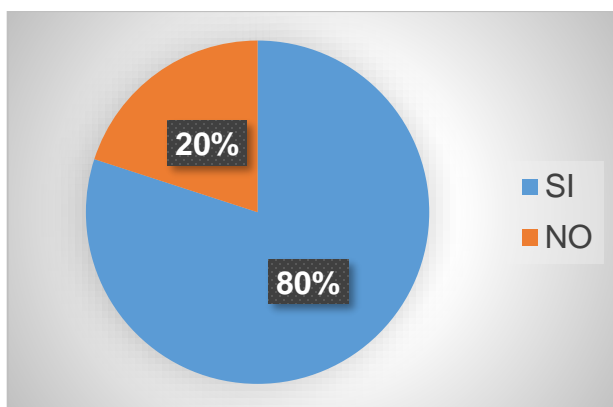
	SI	NO
1.- ¿Cree usted que la falta de comunicación entre padres e hijos es una causa en el embarazo adolescente?	80%	20%
2.- ¿Cree usted que es importante la planificación familiar?	46%	54%
3.- ¿Cree usted que en un embarazo post – termino existe mayor riesgo que un embarazo pre – termino?	90%	10%
4.- ¿Cree usted que es importante impartir el tema de educación sexual en adolescentes?	30%	70%
5.- ¿Cree usted que un embarazo en la adolescencia puede afectar su vida personal?	40%	60%
6.- ¿Cree usted que es necesario el ejercicio físico o la práctica del deporte en determinadas circunstancias durante el embarazo?	63%	37%
7.- ¿Cree usted que es importante la planificación prenupcial?	5%	95%
8.- ¿Conoce las principales complicaciones durante el embarazo?	58%	42%
9.- ¿Cree usted que es importante brindar pláticas sobre planificación familiar y los cuidados que debe llevar la embarazada en centros hospitalarios?	85%	15%
10.- ¿Cree usted que es importante asistir a todas las consultas prenatales?	90%	10%
11.- ¿Conoce los cuidados básicos que se deben llevar en el embarazo?	87%	13%
12.- ¿Sabe usted que los datos de presión arterial alta puede afectar su embarazo?	55%	45%
13.- ¿Sabe usted cuales son las causas por las que se produce un aborto?	60%	40%

14.- ¿sabe que medicamentos puede tomar durante su embarazo?	4%	96%
15.- ¿Sabe usted los datos clínicos de un embarazo ectópico?	2%	98%
16.- ¿Tomaba anticonceptivos antes de su embarazo?	20%	80%

2.10 GRAFICADO

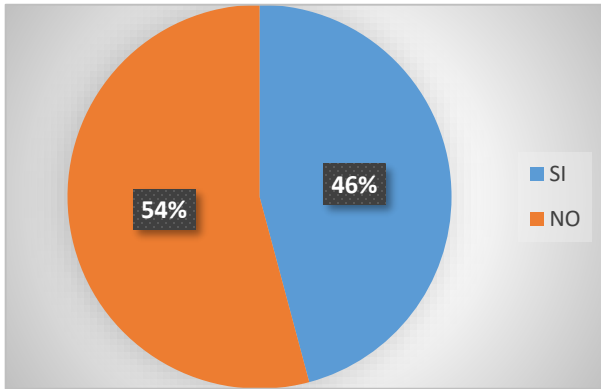
Se realizó la encuesta a adolescentes embarazadas de 15 a 20 años de edad, en la comunidad de Jerécuaro Guanajuato, las cuales, al contestar la encuesta nos dieron los siguientes resultados:

PREGUNTA 1:



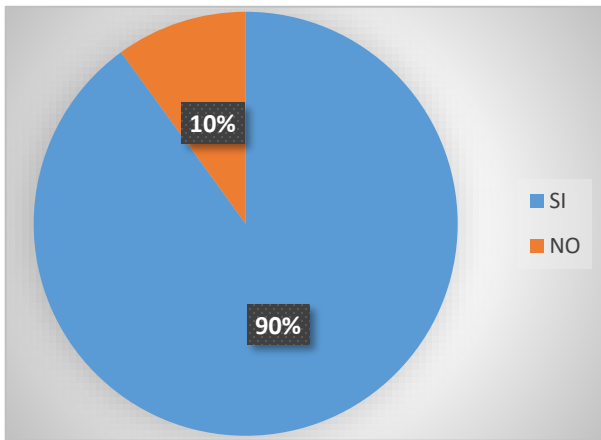
De las 40 adolescentes encuestadas el 80 % menciona que los embarazos producidos en la adolescencia tienen mucha influencia con la falta de comunicación entre padres e hijos sobre educación sexual, mientras que el 20 % menciona que los embarazos producidos en la adolescencia son responsabilidad de los adolescentes, mas no de los padres.

PREGUNTA 2:



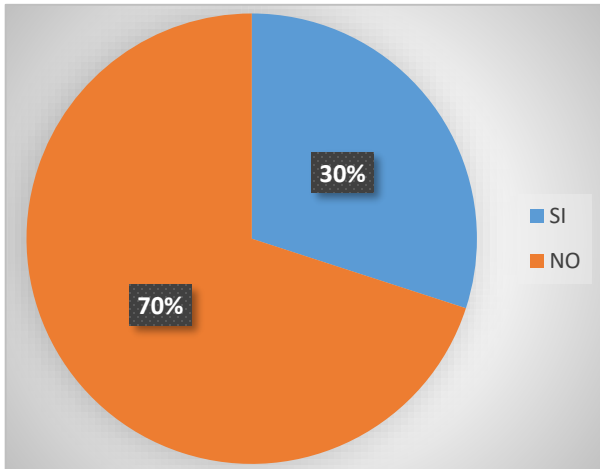
De las 40 adolescentes encuestadas 46 % menciono que un embarazo post – termino es más riesgoso por que el feto ya no recibe el oxígeno adecuado para su crecimiento.

PREGUNTA 3:



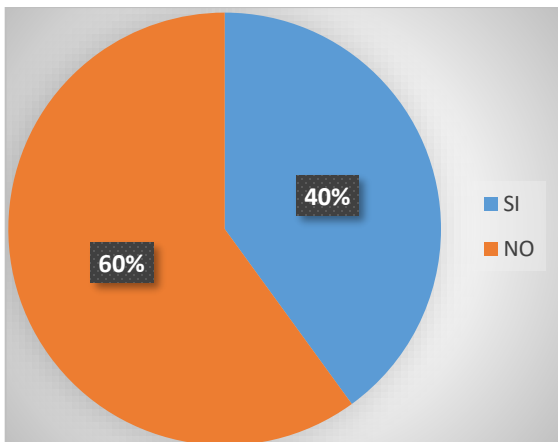
De las 40 adolescentes encuestadas, el 90 % menciono que es importante que los padres brinden información a sus hijos sobre educación sexual, puesto que así se previene embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual, mientras que el 10% menciono que con la información que se imparte en las instituciones educativas es suficiente.

PREGUNTA 4:



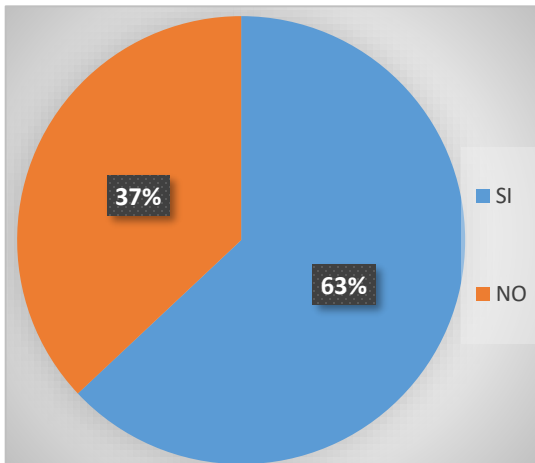
De las 40 mujeres encuestadas, el 30% menciono que tener un embarazo en la adolescencia puede afectar su vida personal, puesto que, interviene en muchos proyectos de su vida, mientras el 70% menciona que no afecta, puesto que, teniendo el apoyo necesario del progenitor y su familia, pueden seguir adelante, teniendo una vida normal.

PREGUNTA 5



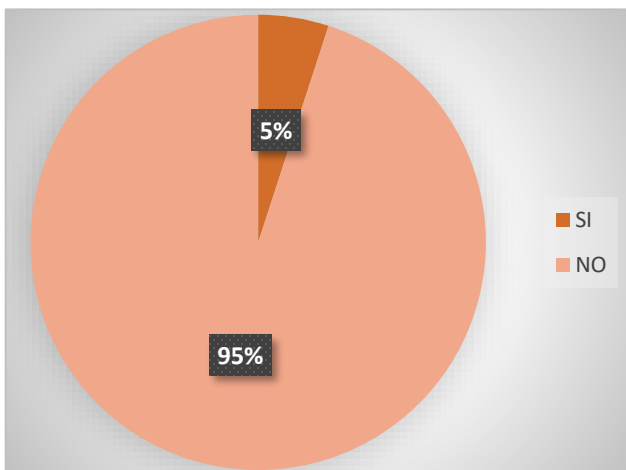
De las 40 mujeres encuestadas, la mayoría no tenía conocimiento del tema, el 40% menciona que, si es importante la planificación familiar, puesto que, así se tiene un mayor control de los hijos que desean tener y en el tiempo adecuado, mientras que el 60% menciona que la planificación no es tan importante, puesto que, tener hijos es un proceso natural.

PREGUNTA 6:



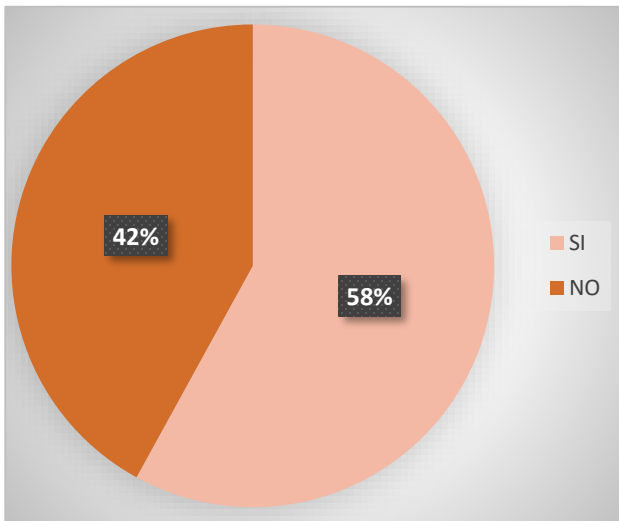
De las 40 mujeres encuestadas, el 37% menciono que no practican ejercicio físico en su embarazo, por temor a tener una lesión, o afectar al desarrollo del bebe, mientras que el 63% menciono que, si realizan ejercicio en su embarazo, puesto que, disminuye el estrés.

PREGUNTA 7:



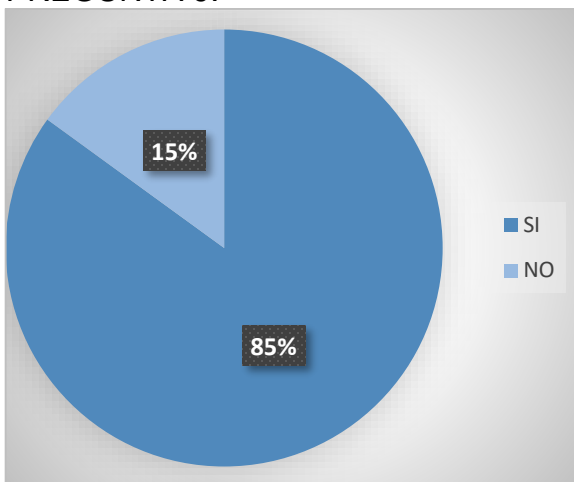
De las 40 mujeres encuestadas, el 5%, menciono que es importante la educación prenupcial para tener una vida normal con su pareja, mientras que el 95% menciono que no es importante porque se puede vivir en pareja y tener un matrimonio normal sin la educación prenupcial.

:PREGUNTA 8:



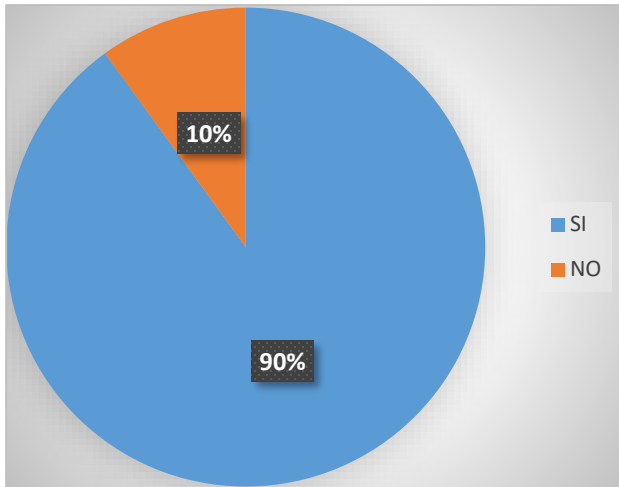
De las 40 mujeres encuestadas, el 42% menciono que no tiene conocimientos de las principales complicaciones que se pueden presentar en su embarazo, mientras que el 58% menciono que tiene conocimientos de algunas que pueden afectar en su embarazo.

PREGUNTA 9:



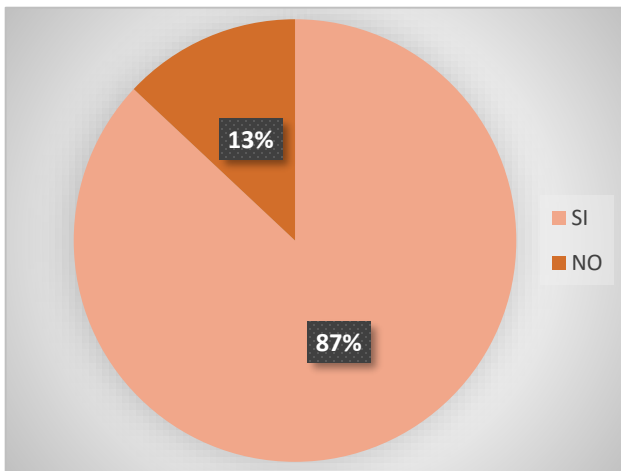
De las 40 mujeres encuestadas, el 15%, menciono que no es importante, puesto que la educación sexual se imparte en la familia, mientras que el 85% menciono que, si es importante, puesto que, es una información que se debe impartir en los centros hospitalarios para las mujeres que no tengas suficiente conocimiento del tema.

PREGUNTA 10:



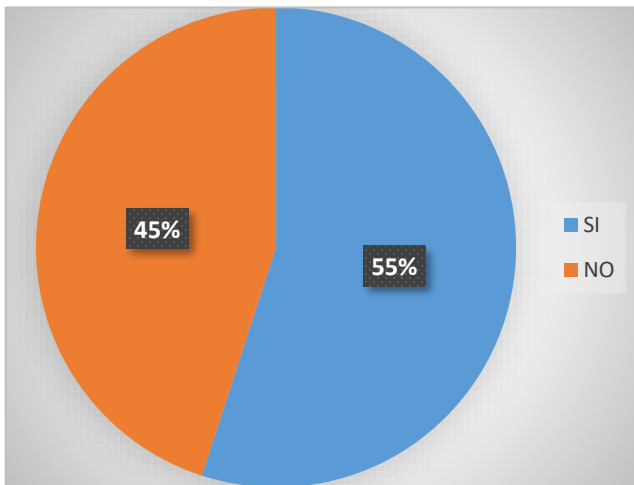
De las 40 mujeres encuestadas, el 10% menciono que no es importante, puesto que, basta con n esforzarse mucho, y tener cuidados en su embarazo, mientras que el 90% menciona que, si es importante, puesto que, es importante tener un buen control sobre su embarazo para evitar complicaciones.

PREGUNTA 11:



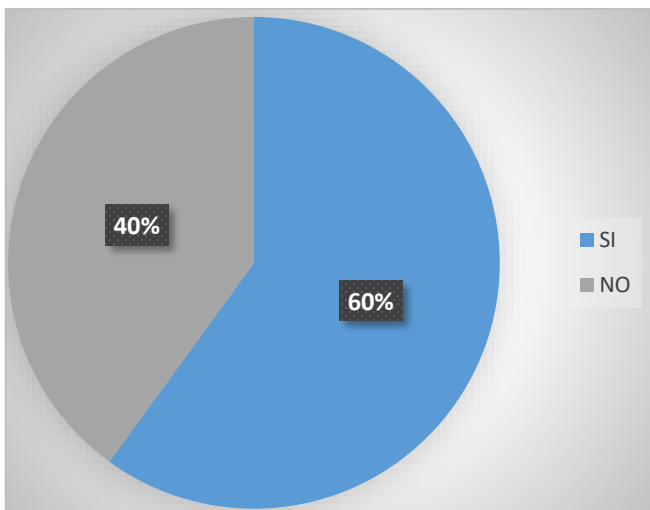
De las 40 mujeres encuestadas, el 13% menciona que no tiene conocimiento de los cuidados básicos que deben llevar en su embarazo, mientras que el 87% menciona que tienen los conocimientos de los cuidados básicos que deben realizar durante su embarazo.

PREGUNTA 12:



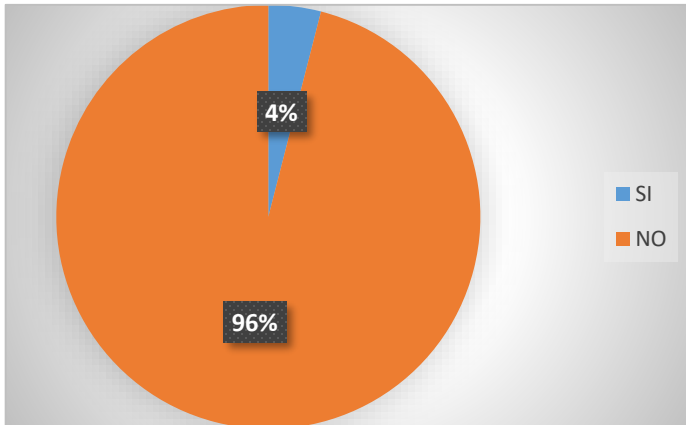
De las 40 mujeres encuestadas, el 45% menciono que no tenía conocimiento de que las cifras de presión arterial alta podrían afectar en su embarazo, mientras que el 55% menciono que tenía conocimiento de este dato.

PREGUNTA 13:



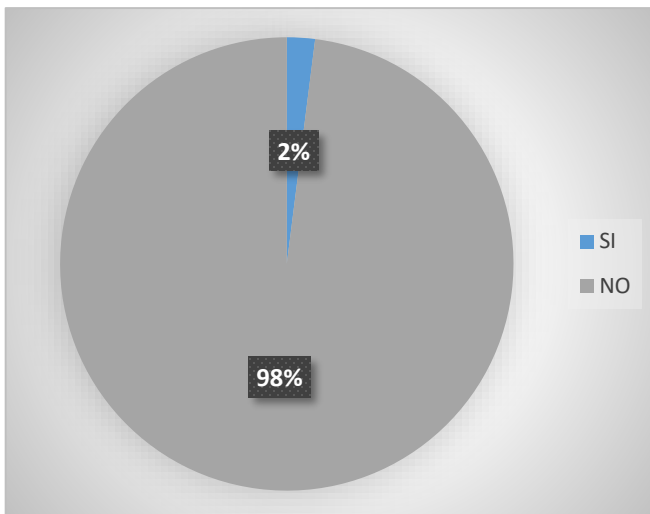
De las 40 mujeres encuestadas, el 40% menciono que no tiene conocimiento de las causas de los abortos, mientras que el 60% menciono que si tiene conocimiento de algunas causas por las que se produce un aborto.

PREGUNTA 14:



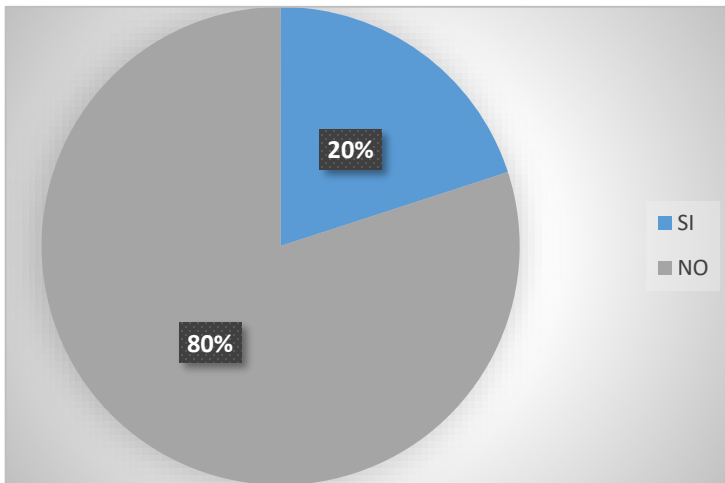
De las 40 mujeres encuestadas, el 4% menciono que tiene conocimiento de que medicamentos puede tomar durante su embarazo para evitar daño al bebe, mientras que el 96% menciono que no tiene conocimiento de los medicamentos adecuados para su embarazo.

PREGUNTA 15:



De las 40 mujeres encuestadas, la mayoría no tenía conocimiento del tema, el 2% menciono que tiene conocimiento de los datos clínicos de un embarazo ectópico, mientras que el 98% menciono que no tiene conocimiento de los datos.

PREGUNTA 16:



De las 40 mujeres encuestadas, el 20% menciono que si tomaba anticonceptivos antes de su embarazo, mientras que el 80% menciono que no tomaba anticonceptivos durante su embarazo.

3. CONCEPTUALIZACIÓN

3.1- CONCEPTO DE EMBARAZO

Período de tiempo comprendido que va, desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento del parto. En este se incluyen los procesos físicos de crecimiento y desarrollo del feto en el útero de la madre y también los importantes cambios que experimenta esta última, que además de físicos son morfológicos y metabólicos.

3.2- DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO

Es relativamente fácil realizarlo, sin embargo, en ciertas ocasiones y al principio del embarazo puede haber dificultad para diagnosticarlo, por lo que se debe acudir a métodos auxiliares:

- Historia clínica obstétrica
- Sintomatología
- De presunción de embarazo: si la paciente presenta amenorrea, náuseas, vómitos, mareos, mastodinia, polaquiuria, aumento del perímetro abdominal, astenia, adinamia, somnolencia, apetito caprichoso
- Probables de embarazo: si la paciente presenta aumento en el tamaño del útero, reblandecimiento del cérvix, turgencia mamaria, coloración violácea en la pared vaginal
- Positivos de embarazo: percepción de movimientos fetales por parte del explorador, escuchar la frecuencia cardíaca fetal.

3.3- EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Embarazo adolescente o embarazo precoz es aquel embarazo que se produce entre la adolescencia inicial o pubertad y el final de la adolescencia. La OMS establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años. El término también se refiere a las mujeres, embarazadas que están en situación de dependencia de la familia de origen.

3.4- RIESGO OBSTÉTRICO

Se entiende como todos aquellos factores externos o intrínsecos a la mujer, que puedan provocar alguna complicación durante la evolución del embarazo, el desarrollo del parto, del puerperio, o que puedan afectar de alguna forma el desarrollo normal o la supervivencia del producto.

La valoración del riesgo obstétrico nos permite planear las características y la intencionalidad que debe tener la vigilancia prenatal en cada caso, para la identificación de los factores de riesgo, la educación de la salud y la detención oportuna de complicaciones.

❖ FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO

- Adolescente embarazada con edad ginecológica menor a los 2 años: Se tiene mayor probabilidad de padecer pre eclampsia o eclampsia, prematuros y bajo peso del producto al nacer.
- Intervalo intergenésico menor de 2 años: Cuando el espaciamiento de un embarazo y otro es menor de 2 años, hay mayor probabilidad de presentar prematuros y retardo en el crecimiento intrauterino.
- Abortos: El antecedente de 2 abortos, está relacionado con el 50% de probabilidad de ocurrencia.
- Malformaciones congénitas: los antecedentes de malformaciones congénitas en la pareja, aumentan la probabilidad de ocurrencias de malformaciones congénitas en el producto.
- Hipertensión arterial: aumentan el riesgo de que la adolescente embarazada padezca de pre eclampsia- eclampsia, retardo en el crecimiento intrauterino, muerte fetal o materna.
- Diabetes mellitus: aumenta el riesgo de pre eclampsia- eclampsia, abortos, defectos al nacimiento, retardo en el crecimiento intrauterino o microsomnia fetal.

3.5. COMPLICACIONES MÉDICAS EN EL EMBARAZO

Las complicaciones médicas en el embarazo son problemas de salud que se producen en este, pueden afectar la salud de la madre, del bebé o de ambos. Algunas mujeres tienen problemas de salud antes de embarazarse que podrían dar lugar a ciertas complicaciones en el desarrollo de este.

3.6- CONDUCTA MÉDICA A SEGUIR EN CASO DE UN EMBARAZO DE ALTO RIESGO O DE BAJO RIESGO

Es importante que en cuanto se diagnostique el embarazo, la frecuencia de las consultas sea mensual durante los primeros 6 meses; cada 15 días en el séptimo y octavo mes; y cada semana en el noveno mes. A todas las pacientes embarazadas se les debe realizar en cada consulta la medición de la tensión arterial y del fondo uterino, así como el control del peso.

3.7- VIGILANCIA DEL EMBARAZO DE ALTO RIESGO

La vigilancia del embarazo del alto riesgo debe iniciarse en cuanto se confirme el embarazo, la frecuencia de las consultas debe de ser como en un embarazo normal y estas se modificarán de acuerdo a la complicación que se presente y a los factores de riesgo de estas.

3.8- FACTORES QUE PREDISPONEN UN EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

- Menarca temprana: otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo
- Nivel socioeconómico bajo: puede generar falta de información sobre educación sexual
- factores socioculturales: la evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos

- Tener malas compañías durante la adolescencia: esto puede producir que la adolescente se sienta influenciada por las compañías que tiene, y acudir a tener relaciones sexuales sin la suficiente información.
- Consumo de drogas y alcohol: esto produce que la adolescente bajo el efecto de estas sustancias actúe de forma incorrecta.
- Factores sociales: en algunos países es costumbre acordar el matrimonio de las adolescentes.
- Abusos sexuales y violaciones: esto puede producir un embarazo no deseado
- Ambiente familiar desestructurado: la ausencia de apoyo familiar produce carencias afectivas, que la adolescente no sabe resolver, impulsándola a tomar decisiones sin pensar en las consecuencias
- Mala información sanitaria, sobre todo en planificación familiar: esto implica que la adolescente no tenga la suficiente información para protegerse de un embarazo no deseado
- Falta de madurez de los adolescentes: esto se traduce en que los adolescentes no preguntan, no se informan, no se protegen debidamente
- Falta de comunicación entre padres e hijos: esto genera que la adolescente no tenga la suficiente confianza para contarle a sus padres sobre sus problemas o para preguntar sus dudas sobre educación sexual.
- Mayor número de padres solteros o padres adolescentes: Las hijas de madres adolescentes tienen más riesgo de ser a su vez madres adolescentes

3.9- EDUCACIÓN SEXUAL EN LA ADOLESCENCIA

El embarazo a cualquier edad puede constituir una identidad o estado fisiológico capaz de ocasionar complicaciones tanto maternas como fetales y estas se acentúan más en la mujer adolescente y son más graves. Existen mayores tasas de mortalidad materna y fetal en la adolescencia.

La adolescencia y la sexualidad implica cambios en las tres esferas que serán psicológicas, sociales y biológicas, que impactarán a la paciente embarazada en lo largo de su vida.

La educación sexual debe ofrecer información sobre anatomía y fisiología, pero también el desarrollo de actividades que lleve a un comportamiento responsable donde participa el amor, el cariño y la comprensión, con el objetivo de lograr una sexualidad plena y feliz.

3.10. COMPLICACIONES MÉDICAS EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE

Entre las principales complicaciones en el embarazo adolescente están las siguientes:

- Placenta previa.
- Preeclampsia
- Parto prematuro.
- Anemia
- Rotura prematura de membranas.
- Aborto espontáneo
- Restricción del crecimiento intrauterino
- Embarazo ectópico

A continuación, se describen cada una de ellas:

1.-PLACENTA PREVIA

La placenta previa es una complicación del embarazo en la que la placenta se implanta de manera parcial o total en la porción inferior de útero, de tal manera que puede ocluir el cuello uterino. Por lo general suele ocurrir durante el segundo o tercer trimestre, aunque puede también suceder en la última parte del primer trimestre. Es una de las principales causas de hemorragia antes del parto y suele impedir la salida del feto a través del canal del parto por obstrucción a este nivel.

❖ FACTORES DE RIESGO

Existen diversos factores que pueden influir en la aparición de una placenta previa, como son: número de mujeres multíparas, edad materna elevada, frecuencia de gestaciones normales interrumpidas por abortos, frecuencia de cesáreas en el área geográfica, malformaciones uterinas y/o placentarias, embarazos gemelares, placentas macrosómicas, previas lesiones uterinas, el tabaquismo y consumidoras de cocaína.

❖ CUADRO CLÍNICO

En las mujeres con placenta previa a menudo el cuadro clínico se presenta sin dolor, sangrado vaginal súbito de color rojo rutilante. El sangrado a menudo se inicia levemente y puede aumentar progresivamente a medida que la zona de separación placentaria aumenta. Se debe sospechar una placenta previa si hay sangrado después de las 24 semanas de gestación. El examen abdominal por lo general se encuentra con un útero no doloroso y relajado. Las maniobras de Leopoldo pueden revelar al feto en una situación oblicua, transversa o presentación de nalgas como consecuencia de la posición anormal de la placenta.

Se da una metrorragia que se caracteriza por:

- Sangrado brusco, intermitente, indoloro y sin contracciones.
- Tendencia a los coágulos, a la hemostasia espontánea.
- Es repetitiva, aumenta la intensidad y la frecuencia de los episodios.
- En el tercer trimestre de embarazo toda metrorragia es una placenta previa mientras no se demuestre lo contrario.

❖ DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la placenta previa se confirma mediante una ecografía, donde se visualiza la placenta insertada en la parte inferior del útero, obstruyendo el canal de parto.

❖ TRATAMIENTO

Para el tratamiento de la placenta previa se recomienda el reposo en cama. Puede ser necesario realizar una cesárea.

2.-PREECLAMPSIA

La pre eclampsia se asocia a hipertensión inducida durante el embarazo y está asociada a elevados niveles de proteína en la orina.

❖ FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo de la preeclampsia son los siguientes:

- Pre eclampsia en embarazo anterior.
- Periodo intergenésico mayor a 49 meses.
- Hipertensión arterial crónica.
- Enfermedad renal previa.
- Diabetes Mellitus.
- Trombofilias.
- IMC \geq 30 kg/m
- Mujeres mayores de 40 años.
- Historia familiar de pre eclampsia, diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica crónica e infertilidad.
- Primipaternidad.

❖ CUADRO CLÍNICO

✓ Preeclampsia leve:

- Hipertensión arterial
- Edema de cara y manos
- Alteración de la función hepática y visual
- Presencia de proteínas en la orina

✓ preeclampsia grave:

- Oliguria menor de 400 ml/24 h
- Trastornos neurológicos

- Dolor epigástrico
- Edema pulmonar o cianosis
- Aumento de peso mayor a 2 kg en una semana
- Alteraciones en la visión: visión borrosa, doble, fotopsias, fotofobia.
- Cefalea intensa y persistente.
- ❖ **DIAGNÓSTICO**

Se diagnostica cuando una mujer embarazada presenta repentinamente una elevación de la presión arterial y un nivel de proteína en la orina de 300 mg o más.

❖ **TRATAMIENTO**

Usualmente, se puede controlar con medicamentos orales o intravenosos hasta que el bebé madura lo suficiente para nacer. A menudo, implica ponderar los riesgos de un nacimiento prematuro y los riesgos de continuar con los síntomas de la pre eclampsia.

3.- PARTO PRETERMINO

El nacimiento pretermino es definido médicamente como el parto ocurrido antes de 37 semanas de gestación, en oposición a la mayoría de los embarazos que duran más de 37 semanas, contadas desde el primer día de la última menstruación. Mientras más corto es el período del embarazo, más alto es el riesgo de las complicaciones. Los bebés que nacen en forma prematura tienen un alto riesgo de muerte en sus primeros años de vida. Existe también un alto riesgo de desarrollar serios problemas de salud como: parálisis cerebral, enfermedades crónicas a los pulmones, problemas gastrointestinales, retraso mental, pérdida de la visión y el oído.

❖ **FACTORES DE RIESGO**

Los factores de riesgo para el parto prematuro son los siguientes:

- Pre eclampsia
- Enfermedades de la madre

- Embarazo múltiple
- Placenta previa
- Poca diferencia de tiempo entre un embarazo y otro
- La edad de la madre: ser menor de 18 años o mayor de 40
- Factores genéticos
- ❖ CUADRO CLÍNICO

La paciente experimenta la siguiente sintomatología:

- 4 o más contracciones uterinas en una hora después de las 21 y antes de las 37 semanas de gestación
- Sangrado vaginal en el tercer trimestre
- Presión en pelvis
- Dolor abdominal y/o de espalda
- ❖ TRATAMIENTO

El cuidado requerido para bebés preterminos es muy diferente dependiendo de la etapa de gestación, peso al nacer, y madurez en general. Estas son las medidas que se deben de tomar en bebés extremadamente prematuros:

- Poner al bebé en una incubadora. Los bebés prematuros son muy susceptibles a infecciones y prevenirlas es prioritario.
- Los bebés de menos de 32 semanas generalmente no producen suficiente surfactante pulmonar para permitirles respirar por ellos mismos. Si ese es el caso debe ser administrada esta sustancia para ayudarles.
- En bebés extremadamente prematuros, una sonda respiratoria puede ser insertada en la tráquea, y puede ser usado un respirador y oxígeno.
- Nutrición adecuada por medio de una sonda alimentaria, o en caso de bebés extremadamente prematuros, suero intravenoso. Si se usa una sonda alimentaria, por ningún motivo se debe suprimir el amamantar, ya que evita la enterocolitis necrosante.

4.- ANEMIA

Significa que la cantidad y/o tamaño de los glóbulos rojos de la mujer es inferior a los valores normales. Es poco probable que la anemia, a menos que sea grave, sea nociva para el bebé, aunque la deficiencia de hierro se ha vinculado con un mayor riesgo de nacimiento prematuro y bajo peso al nacer. La anemia también puede hacer que se sienta más cansada de lo habitual.

❖ FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo para la anemia son los siguientes:

- Alimentación deficiente, carente de vitaminas y minerales.
- Tabaco, que reduce la absorción de nutrientes importantes.
- Exceso de consumo de alcohol que lleva a la desnutrición.
- Tomar medicación anticonvulsiva.

❖ CUADRO CLÍNICO

Las pacientes con anemia pueden presentar la siguiente sintomatología:

- Cansancio y debilidad.
- Ictericia
- Cefaleas
- Nauseas.

❖ DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se realiza mediante exámenes de laboratorio, donde se va observar una disminución del hierro sérico y de ferritina y el aumento de los niveles séricos de transferrina en sangre.

❖ TRATAMIENTO

Medicación adecuada, suplementos vitamínicos y de hierro, actividad, reposo si la anemia es grave, dieta, alimentación rica en hierro y ácido fólico.

5.- RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

La rotura prematura de membranas es un trastorno que se produce en el embarazo cuando el saco amniótico se rompe más de una hora antes del inicio del trabajo de parto. Una ruptura prematura de membranas se prolonga cuando se produce más de 18 horas antes del trabajo de parto. Esta es prematura cuando se produce antes del primer período del parto o período de dilatación. En algunos casos, la ruptura se puede curar espontáneamente, pero en la mayoría de los casos, el trabajo de parto comienza en las primeras 48 horas. Cuando esto ocurre, es necesario que la madre reciba tratamiento para evitar una posible infección en el recién nacido.

La ruptura prematura de membranas ocurre después de las 20 semanas de gestación y antes de que comience el trabajo de parto.

❖ FACTORES DE RIESGO

Una ruptura prematura de membranas puede ocurrir por los siguientes factores:

- Infección bacteriana
- Tabaquismo
- Un defecto en la estructura del saco amniótico, el útero o cérvix
- Relaciones sexuales en el embarazo
- Presencia de dispositivos Intrauterinos

❖ DIAGNÓSTICO

El diagnostico se obtiene realizando lo siguiente:

- Acumulación visible de líquido amniótico en la vagina o visualización de vérmix o meconio.
- Evaluación del líquido vaginal que muestra helechificación o alcalinidad (color azul) en el papel de nitrazina
- Al realizar una ecografía muestra oligohidramnios

❖ TRATAMIENTO

Extracción del feto si hay compromiso fetal, infección, la edad gestacional es > 34 semanas o hay madurez pulmonar fetal.

De otro modo, reposo pelviano, monitorización estricta, antibióticos y, a veces, corticoides

6.- ABORTO ESPONTÁNEO

El aborto espontáneo o aborto natural es la pérdida de un embrión o feto por causas no provocadas intencionalmente, este se da antes de las 20 semanas de gestación, La causa más frecuente es la muerte fetal por anomalías congénitas del feto, frecuentemente genéticas.

❖ FACTORES DE RIESGO

Estas causas pueden causar un aborto espontaneo:

- Alimentación inadecuada o deficiente.
- Ser fumadora activa o pasiva
- Desequilibrio hormonal
- Infecciones vaginales, enfermedades de transmisión sexual
- Exposición a radiaciones
- Drogadicción
- Estrés
- Padecer fiebre en el embarazo.
- Malformaciones en el útero.
- Hipertensión arterial
- Ruptura prematura de membranas

❖ CUADRO CLÍNICO

Las pacientes que sufren un aborto espontaneo presentan la siguiente sintomatología:

- Dolor abdominal o en región lumbar
- Hemorragia vaginal
- Expulsión de coágulos de sangre

- Más de 5 contracciones por hora o contracciones que son regulares y dolorosas

❖ TRATAMIENTO

Desafortunadamente, una vez que se inició un aborto espontáneo, no hay tratamientos para detenerlo

7.- RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO

El término restricción en el crecimiento intrauterino se aplica para describir un feto cuyo peso está por debajo del peso medio para la edad gestacional en la que se encuentre la madre, o la circunferencia abdominal es menor que el percentil 10.

❖ CLASIFICACIÓN DEL RCIU

La restricción del crecimiento intrauterino puede iniciar en cualquier momento del embarazo. Esta alteración se clasifica, en términos generales, como inicio temprano y de inicio tardío. Las cuales son las siguientes:

- RCIU simétrico o de inicio temprano: el crecimiento del feto se afecta antes de las 16 semanas de gestación. Este es el momento en que la hiperplasia celular se detiene, lo que da por resultado un feto con restricción simétrica en el crecimiento, esto es, todo el cuerpo del feto está proporcionalmente pequeño.
- RCIU asimétrica o de inicio tardío: en la RCIU asimétrica ocurre después de las 32 semanas de gestación, la hipertrofia celular resulta afectada, pero la cabeza está a salvo, en este caso hay derivación preferente de oxígeno y nutrientes al cerebro, de manera que el crecimiento de los órganos vitales, como el cerebro y el corazón, se realiza a expensas del cuerpo, es decir, hígado, músculo y grasa.
- El feto con RCIU asimétrica tiene una dimensión normal de la cabeza, pero una circunferencia abdominal pequeña (tamaño disminuido del hígado), extremidades huesudas (disminución de la masa muscular) y piel delgada.

❖ ETIOLOGÍA

El crecimiento fetal depende de factores genéticos, placentarios y genéticos. La unidad materno-placentaria-fetal actúa en armonía para cubrir las necesidades del feto y de la madre. La RCIU resulta cuando un problema o una anomalía no permiten que las células y los tejidos crezcan o causan que las células disminuyan su tamaño. Los factores que pueden causar RCIU son los siguientes:

- **Factores maternos:** hipertensión, enfermedad renal crónica, alteraciones inmunológicas, diabetes avanzada, enfermedad cardiovascular, enfermedad respiratoria que cause hipoxia materna, mal nutrición, anemia crónica.
- **Factores placentarios:** mecanismo placentario, placenta pequeña, insuficiencia uteroplacentaria que cause disminución del flujo sanguíneo en el útero y la placenta, placenta previa.
- **Factores uterinos:** disminución del flujo sanguíneo uteroplacentario, ateromatosis, ateroclerosis de las arterias espirales deciduales, hipertensión crónica, preeclampsia.
- **Factores fetales:** gestación múltiple, defectos del nacimiento, anomalía cromosómica; trisomía 13, 18 y 21, triploidia, síndrome de Turner.

❖ DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de restricción del crecimiento intrauterino

- ✓ Historia clínica haciendo énfasis en:
 - Antecedente previo de restricción del crecimiento intrauterino.
 - Antecedente de malnutrición materna, estado socioeconómico débil.
 - Enfermedad crónica como hipertensión o alteración del tejido conectivo
 - Abuso de fármacos como anfetamina.
 - Antecedente de sangrado vaginal.
- ✓ Ultrasonido:

el ultrasonido se debe realizar a las 16 a 20 semanas de gestación, con objeto de establecer la edad gestacional y descartar anomalías congénitas. Se debe realizar una nueva imagen a las 32 a 34 semanas de gestación para evaluar el

crecimiento fetal. Un ultrasonido en el tercer trimestre, con una sola medición de la circunferencia abdominal, detecta 80% de los fetos con restricción del crecimiento intrauterino.

✓ Ganancia de peso materno:

Un bajo peso antes del embarazo y una pequeña ganancia de peso en el curso de aquel se han asociado con restricción en el crecimiento intrauterino. Una ganancia baja de peso materno durante la gestación por lo general corresponde con un bebé pequeño.

✓ Ecografía:

La ecografía nos ayuda a saber el crecimiento fetal.

❖ TRATAMIENTO

El tratamiento dependerá de la gravedad de la restricción del crecimiento. Eso se basa en el resultado de la ecografía, así como también en factores de riesgo y la cantidad de semanas de gestación.

El tratamiento puede incluir:

- Vigilancia frecuente: el gineco - obstetra encargado debe aumentar las consultas prenatales de la paciente y realizar ecografías para estar vigilando el peso del feto.
- Seguimiento de los movimientos fetales: el gineco – obstetra junto con la paciente, deben vigilar los movimientos fetales, los cuales tienen que ser mínimo 10 movimientos al día.
- Hospitalización: para tener un mejor control en el feto; donde se le valoraran los movimientos fetales, la frecuencia cardiaca fetal continuamente.
- Parto anticipado o cesárea de emergencia: si la restricción del crecimiento intrauterino es muy grave, donde corra peligro a vida del feto o de la madre, se tiene que realizar una cesárea de emergencia.

8.- EMBARAZO ECTÓPICO

Un embarazo ectópico es una complicación del embarazo en la que el óvulo fertilizado o blastocito se desarrolla en los tejidos distintos de la pared uterina, ya sea en la trompa de Falopio, en el ovario, en el canal cervical, en la cavidad pélvica o abdominal. El embarazo ectópico se produce por un trastorno en la fisiología de la reproducción humana que lleva a la muerte fetal, y es la principal causa de morbilidad infantil y materna en el primer trimestre con 2 o 3 semanas del embarazo.

El feto produce las enzimas que le permiten implantarse en diversos tipos de tejidos y, por tanto, un embrión implantado en otras partes del útero puede causar grandes daños a los tejidos en sus esfuerzos por alcanzar un suministro suficiente de sangre. Un embarazo ectópico es una emergencia médica y, si no se trata adecuadamente, puede poner en peligro la vida de la mujer.

❖ FACTORES DE RIESGO

Las siguientes causas pueden provocar un embarazo ectópico:

- Defectos congénitos en las trompas de Falopio
- Complicaciones de una apendicitis
- Endometriosis
- Complicaciones de una salpingitis
- Tabaquismo.

Cualquier cosa que dificulte la migración del embrión hacia la cavidad endometrial podría predisponer a las mujeres a la gestación ectópica.

La superficie interna de las trompas de Falopio está revestida de cilios vellosos que llevan el huevo fertilizado al útero. Los daños a los cilios o la obstrucción de las trompas de Falopio pueden dar lugar a un embarazo ectópico.

❖ CUADRO CLÍNICO

Las pacientes que presentan un embarazo ectópico, tienen los siguientes síntomas:

- Dolor abdominal

- Amenorrea
- Sangrado vaginal

El dolor abdominal es el síntoma más común, el cual se presenta generalmente en las fosas ilíacas e hipogastrio, pero puede afectar cualquier parte del abdomen y asociarse con dolor en el hombro por irritación diafragmática. Le sigue la amenorrea con algún grado de sangrado vaginal.

Sin embargo, sólo el 40-50% de las pacientes con un embarazo ectópico presentan sangrado vaginal, el 50% tienen una masa palpable de anexos, y el 75% pueden tener dolor abdominal. Aproximadamente el 20% de las pacientes con embarazos ectópicos están hemodinámicamente comprometidas en la presentación inicial, que es altamente sugestiva de rotura. Afortunadamente, con el uso de las técnicas modernas de diagnóstico, la mayor parte de los embarazos ectópicos pueden ser diagnosticados antes de la ruptura.

❖ DIAGNÓSTICO

El embarazo ectópico se diagnostica de la siguiente manera:

- Estudios de laboratorio: Se mide la hormona gonadotropina coriónica humana en la sangre, junto con la sonografía. Si está a niveles mayores de 1500 mUI/mL (entre la tercera y cuarta semana) o 5000 mUI/mL (entre la quinta y sexta semana) y si no se visualiza el feto en el saco, o si este último no está presente, se confirma entonces el diagnóstico.
- Diagnóstico por imagen: El ultrasonido transvaginal tiene mayor resolución que el abdominal y puede ser usado para visualizar un embarazo intrauterino 24 días después de la ovulación o 38 días después del último período menstrual.

❖ TRATAMIENTO

- Metotrexato: El metotrexato es un agente quimioterapéutico anti metabolito que se une a la enzima dihidrofolato reductasa, la cual participa en la síntesis de nucleótidos purinas. Esto interfiere con la síntesis del ADN y perturba la multiplicación celular. Su eficacia en el tejido trofoblástico ha sido

demostrada y se deriva de la experiencia adquirida en el uso de metotrexato en el tratamiento de molas hidatidiformes y coriocarcinomas. El metotrexato se usa en el tratamiento de un embarazo ectópico en una o múltiples inyecciones intramusculares.

- Cirugía: En algunos casos es preferible la resección del segmento de la trompa que contiene el producto de la gestación o una salpingectomía total y no una salpingostomía. Es el caso de pacientes con un embarazo ístmico o en pacientes con ruptura tubárica.

4.- FÁRMACOS Y RADIACIONES EN EL EMBARAZO

4.1.- FÁRMACOS EN EL EMBARAZO

Durante la etapa gestacional en la mujer se producen una serie de cambios fisiológicos adaptativos importantes como el aumento del volumen plasmático, disminución de unión a proteínas, aumento del filtrado glomerular; que, además de influir en el curso y evolución de los procesos padecidos en dicho período, interfieren y modifican la farmacocinética de los medicamentos empleados, pudiendo influir tanto en su eficacia como en su seguridad. Estos cambios fisiológicos pueden también modificar la farmacocinética en las distintas fases de la misma, desde la absorción del fármaco hasta la eliminación de tales medicamentos

La posible teratogenia o dismorfogénesis asociada al fármaco utilizado por la madre es definida como la alteración morfológica inducida durante el embarazo, detectada durante la gestación, en el nacimiento o con posterioridad. Estas alteraciones se pueden clasificar como mayores y menores. Son muchos los medicamentos que pueden causar complicaciones fetales, los cuales son:

❖ **FÁRMACOS QUE NO SE PUEDEN MINISTRAR EN EL EMBARAZO:**

- **Naproxeno, ibuprofeno, diclofenaco, indometacina, meloxicam, ácido acetil salicílico y ácido mefenámico:**

Estos medicamentos tienen el efecto de alargar el tiempo de coagulación, producen sangrado en el recién nacido, cierre prematuro de conducto arterioso, producen cardiopatías congénitas, cianosis. Estos efectos se efectúan más en el último trimestre.

- **Tetraciclina, doxicilina y minociclina:**

Produce quitación con el Calcio y esto va a originar un manchado café en los dientes del bebé, a mayor dosis del medicamento mayor daño. Estos efectos pueden efectuarse en el segundo trimestre.

- **Trimetropin y sulfametoxazol:**

Ocasiona deficiencia en la glucosa, anemia hemolítica en el feto ya que produce dicha deficiencia.

- **Cloranfenicol:**

Ocasiona deficiencia cardiovascular general en el feto

- **Gentamicina, amikacina:**

Lesionan al octavo par craneal ocasionando sordera, hipoacusia en el recién nacido. De acuerdo a la dosis producen toxicidad renal.

- **Ciprofloxacina, norfloxacina, lerofloxacina, ofloxacina, moxifloxacina, ácido nalidixico:**

Producen una lesión al cartílago del crecimiento en los huesos largos, impidiendo su crecimiento.

- **Nitrofurantoina:**

En el primer y segundo trimestre puede producir daños hepáticos, en el tercer trimestre no produce daño fetal

- **Prednisona, betametasona, hidrocortisona, dexametasona:**

En el primer trimestre pueden ocasionar labio leporino y paladar hendido, pueden masculinizar al feto femenino produciendo llanto fuerte, clítoris grande, bello excesivo; o bien, pueden feminizar al feto masculino produciendo llanto débil, los testículos no descienden, pene pequeño.

- **Captopril, enalapril:**

Estos medicamentos producen alteraciones fetales como letargo, disminución de movimientos fetales, alopecia, datos de depresión respiratoria.

- **Furosemida, hidroclorotiacida, bufenidina:**

Estos medicamentos producen deshidratación fetal, desequilibrio electrolítico, purpura tromboposemica.

- **Benzodiacepinas, lorazepam, clonazepam:**

Estos medicamentos producen Depresión respiratoria, bajos índices de APGAR, malformaciones fetales graves del tubo neural. Si se ministran en el primer trimestre produce síndrome de abstinencia, retraso en el desarrollo psicomotriz, alteraciones de la conducta, predisposición a la adicción a drogas.

- **Consumo de tabaco y alcohol durante el embarazo:**

El consumo de tabaco en el embarazo, ya sea pasivo o activo, produce niños de bajo peso al nacer, restricción en el crecimiento intrauterino, hipoxia crónica, partos prematuros, disminución del coeficiente intelectual.

El consumo de alcohol en el embarazo, produce delirium tremens, síndrome de abstinencia, malformaciones congénitas graves, gastrosquitis, raquiosquisis, mayor predisposición a la adicción al alcohol.

- ❖ **FÁRMACOS QUE SE PUEDEN MINISTRAR EN EL EMBARAZO:**

- Paracetamol, acetaminofén, pargerina, peridolato, meclizina y piridoxina, dramamine, metoclopramida, pronicifico, ondasetron, gel de hidróxido, ranitidina, omeprazol, simeticona, dimeticona.

Estos medicamentos se pueden consumir en el embarazo sin ninguna preocupación, bajo tratamiento médico.

4.2- FÁRMACOS Y PROCEDIMIENTOS DURANTE LA LACTANCIA MATERNA

Más del 90% de las mujeres toman medicamentos durante el periodo de lactancia. Actualmente la proporción de mujeres que amamantan más de un año está aumentando, alcanzando con frecuencia al siguiente embarazo.

Los beneficios de la lactancia materna para el lactante, la madre, la familia, el sistema sanitario y a sociedad están bien documentados científicamente. Suprimirla sin motivo importante establece riesgos innecesarios para la salud y frustra el deseo de lactar a la madre.

Desaconsejar la lactancia debe basarse en el conocimiento científico del riesgo que un fármaco puede tener para la salud del lactante o de la madre, y no en información no referenciada del prospecto del medicamento.

❖ PASO DE FÁRMACOS A LA LECHE, FARMACOCINÉTICA ESENCIAL

Para que una sustancia tomada por la madre afecte al lactante debe cumplir los siguientes requisitos:

- Alcanzar la sangre de la madre a partir de la absorción intestinal o inyección parenteral. Esto no es fácil en medicamentos de ministración tópica.
- Llegar a la leche a través del alveolo mamario, lo que no logran sustancias con alto peso molecular o gran fijación a la albumina plasmática.
- Llegar en cantidad suficiente a sangre del lactante tras absorberse en su intestino junto a la leche materna; las sustancias de la índole proteínica son destruidas en estómago y los medicamentos cuya única forma de ministración es parenteral suelen tener biodisponibilidad oral nula.
- Tratarse de una sustancia con efectos secundarios nocivos para el lactante. Los medicamentos de uso en neonatos y lactantes, no causaran problema por recibirlos a dosis subterapeuticas a traves de la leche materna.

4.3- FÁRMACOS COMPATIBLES DURANTE LA LACTANCIA

Compatibles por no llegar a sangre de la madre por nula o escasa absorción sistémica:

- Medicación tópica: cremas, lociones, gotas oticas, clotrimazol
- Medicación inhalada para asma y rinitis: corticosteroides y salbutamol
- Antiácidos: algedrato, almagato, almasilato, magaldrato, sualfato.
- Colestiramina, nistatina.

Compatibles por nulo o infimo paso de la sangre a la leche materna:

- Amoxicilina, azitromicina, cefalexina, citalopram, etambutol.

Compatibles por nula o infima absorción en intestino del lactante:

- Inmunoglobulinas, vacunas, aminoglucosidos, mebendazol, progesterona y sulfato de magnesio, Atosiban, fenilbutazona, ondasetron, prostaglandina E, gel y vitaminas.

4.4- FÁRMACOS CON RIESGO PARA LA LACTANCIA O EL LACTANTE

Medicamentos que disminuyen la producción láctea por inhibición de la prolactina: bromocriptina, cabergolina, lisurida o quinagolida. Pero no se han descrito efectos perjudiciales en lactantes de madres que volvieron a amamantar tras haber recibido estos medicamentos o mientras eran tratadas de prolactinoma. Algunos de los siguientes medicamentos pueden afectar al bebé al momento de amamantar:

- Codeína, clonazepam, morfina, ranitidina, yodo tópico, bromuro de hioscina, estrógenos, tinidazol, ritrodina.

4.5- EMBARAZO Y CATEGORIA DE RIESGO FETAL DE LOS MEDICAMENTOS

En el embarazo, es mejor evitar cualquier tipo de medicación, resulta significativo que la exposición a medicamentos durante el embarazo es elevada y que determinadas situaciones clínicas requieren de una terapia precisa, hecho que debe ser sopesado por el médico, pero que no le exime de informar de forma adecuada a los futuros padres. Es evidente que enfermedades crónicas o aquellas derivadas del propio embarazo deben ser tratadas para evitar complicaciones que afecten gravemente al feto.

El sistema de clasificación establecido por la Food and Drugs Administration, es utilizado de forma generalizada por diversos organismos y por las principales fuentes bibliográficas especializadas en el tema, y asigna a los medicamentos una

de las 5 categorías definidas según su potencial teratígeno. Las 5 categorías son las siguientes:

- Categoría A:

Estudios adecuados y bien controlados no han demostrado riesgo para el feto en el primer trimestre de embarazo y no existe evidencia de riesgo en trimestres posteriores. La posibilidad de daño fetal parece remota.

- Categoría B:

Estudios adecuados y bien controlados demuestran que los medicamentos que se encuentran en esta categoría no causan daños en el feto.

- Categoría C:

Se suele asignar a fármacos cuya ministración solo debe considerarse si el beneficio esperado justifica el potencial de riesgo para el feto.

- Categoría D:

Se dispone de evidencia de efectos teratógenos sobre el feto humano y por lo tanto de la existencia de un claro riesgo. Sin embargo, el beneficio obtenido con el empleo de estos medicamentos puede superar el riesgo esperado y hacer aconsejable su uso.

- Categoría X:

Estudios ha demostrado anomalías congénitas manifiestas; existe evidencia de riesgo fetal basada en experiencias en embarazadas y los riesgos superan claramente cualquier posible beneficio a obtener, por lo que los fármacos están absolutamente contraindicados.

4.6- FACTORES DE RIESGO FETAL ASIGNADOS POR LA ADEC A LOS MEDICAMENTOS

Sin embargo, otros organismos han utilizado sistemas de clasificación similares como el adoptado en Australia en 1989. En algunos casos se ha incluido más de un tipo de clasificación. Las clasificaciones son:

- Categoría A:

Medicamentos ingeridos por un gran número de gestantes sin haberse observado incremento en la frecuencia de malformaciones o cualquier otro efecto dañino directo o indirecto sobre el feto humano.

- Categoría B1, B2 y B3:

Medicamentos ingeridos por un número limitado de gestantes sin haberse observado incremento en la frecuencia de malformaciones o cualquier otro efecto dañino directo o indirecto sobre el feto humano.

- Categoría C:

Medicamentos cuyos efectos farmacológicos pueden originar efectos nocivos en el feto o el neonato sin causar malformaciones, los cuales pueden ser reversibles.

- Categoría D:

Medicamentos que han causado o bien se sospecha o se espera que causen un incremento en la incidencia de anomalías congénitas o daño irreversible en el feto.

- Categoría X:

Medicamentos con elevado riesgo de causar efectos nocivos permanentes en el feto, por lo que deberá evitarse su uso durante el embarazo o incluso cuando este es posible.

4.7- RADIACIONES IONIZANTES Y EMBARAZO

Actualmente se sabe que la radiación de la mayoría de los exámenes médicos no expondrá al feto a niveles que puedan causar efectos sobre su salud. Sin embargo, pueden darse algunas situaciones que si plantean riesgo.

Antes de la exposición a radiaciones ionizantes a mujeres en edad fértil se debe verificar que no están embarazadas.

Para saber si la exposición a radiaciones ionizantes causo daño al feto, se debe determinar la dosis absorbida por el feto.

Los posibles efectos de la radiación sobre el embrión y el feto son:

- Letales: muerte fetal o neonatal
- Malformaciones congénitas
- Retraso mental
- Alteraciones o retraso del crecimiento intrauterino
- Esterilidad
- Carcinogénesis

4.8- EFECTOS DE LA IRRADIACIÓN EN EL DESARROLLO EMBRIONARIO Y FETAL

Existen evidencias, tanto experimentales como en humanos, que demuestran que el embrión y las primeras fases del periodo fetal son altamente sensibles. Habitualmente se consideran tres periodos del desarrollo embrionario que poseen características propias en cuanto a los efectos que produce la irradiación:

- **Periodo preembrionario (dos primeras semanas de gestación):**

Las células durante esta fase son pluripotenciales. En esta fase el efecto de exposición a radiaciones ionizantes ocurre según un modelo del todo o nada; si son dañadas unas pocas células pueden ser sustituidas, pero si son dañadas muchas, se produce la muerte del pre embrión (aborto precoz).

- **Periodo preembrionario o de organogénesis (entre la 3 y 8 semana de gestación):**

Existe mayor susceptibilidad a los efectos teratogenicos de las radiaciones ionizantes. Es característica de este periodo la muerte neonatal, la mayor parte de las malformaciones congénitas y el retraso mental

- **Periodo fetal temprano (8 – 25 semanas de gestación) y tardío (26 – 41 semanas de gestación):**

En el periodo fetal temprano se produce el crecimiento progresivo y la maduración de los órganos formados durante la fase de organogénesis. El retraso de crecimiento es el efecto más frecuente de esta fase. En esta fase la irradiación fetal produce pocas malformaciones congénitas, sin embargo, puede producir retraso mental, ya que es cuando el sistema nervioso es más sensible.

En el periodo fetal tardío, no se espera la incidencia de malformaciones o retraso mental radio inducido, no obstante, puede verse incrementada la probabilidad de incidencia de cáncer o de leucemia en los niños que han sido irradiados durante el embarazo.

La radiación es uno de los muchos agentes que potencialmente pueden causar cáncer, si bien la probabilidad de que ocurra como consecuencia de la exposición profesional es despreciable.

4.9- MANEJO RADIOLÓGICO DE LA PACIENTE EMBARAZADA

En caso de una situación de urgencia médica, quirúrgica o un estudio de extensión por enfermedad oncológica, se requerirá una evaluación rápida del beneficio riesgo, y no habrá que dudar en realizar el estudio de imagen si la vida de la paciente corre peligro.

En situaciones no urgentes que requieran estudio radiológico, se tratara siempre de utilizar técnicas que no empleen radiaciones ionizantes, como la ecografía. Además, el uso de medios de contraste yodado en estudios de tomografía computarizada

será evitado siempre que sea posible, ya que puede alterar el metabolismo fetal causando alteraciones tiroideas congénitas.

Todas las actuaciones medicas deben estar justificadas. Por tanto, tras valoración de la relación beneficio – riesgo, si se decide realizar un estudio radiológico, a todas las mujeres que consideren que podrían estar embarazadas se les debe solicitar una prueba de embarazo antes de continuar.

La paciente debe recibir la información adecuada y firmar un consentimiento informado. El radiólogo debe discutir los riesgos y beneficios con la paciente y determinar si es apropiado proceder, realizar un procedimiento alternativo o demorar el estudio para permitir la realización de una prueba de embarazo.

4.10- PROTECCIÓN RADIOLÓGICA EN LA EMBARAZADA

Durante el curso de un embarazo existen típicamente dos situaciones en que una paciente podría verse expuesta a un procedimiento de diagnóstico que implique el uso de radiaciones ionizantes.

La primera, al someterse a este tipo de procedimientos sin conocimiento de su condición. La segunda, cuando la paciente se encuentra en conocimiento de su estado, y sin embargo su aplicación, en atención al beneficio que a su salud reporte, resulte indispensable según el criterio médico.

Se debe evitar lo más posible las radiaciones en el embarazo, puesto que, estas pueden producir complicaciones médicas en el feto.

Una vez que una paciente se presente al servicio de rayos x, el radiólogo debe de verificar lo siguiente:

- Siempre que sea posible se debe evitar la irradiación del feto o el embrión
- A las mujeres en edad reproductiva, se les tiene que preguntar si están o pueden estar embarazadas

- Si la paciente está embarazada o cabe sospechar que lo está, el radiólogo y la enfermera deben de reconsiderar la justificación de la exploración solicitada y tomar la decisión de:
 - ✓ Posponerla hasta la menstruación siguiente
 - ✓ Posponerla hasta después del parto o la lactancia
 - ✓ Realizar la exploración

5.- SINTOMATOLOGÍA DEL EMBARAZO Y VIGILANCIA GESTACIONAL

5.1- SIGNOS Y SÍNTOMAS DURANTE EL EMBARAZO

PRIMER TRIMESTRE

Este trimestre abarca desde la semana 1 a la semana 13 de gestación. La sintomatología es la siguiente:

- Sensibilidad en las glándulas mamarias
- Nauseas
- Cansancio y sueño
- Indigestión
- Salivación excesiva
- Mareos
- Dolor de cabeza
- Congestión nasal

SEGUNDO TRIMESTRE

Este trimestre abarca de la semana 14 a la semana 27 de gestación. La sintomatología es la siguiente:

- Dolores, la embarazada empieza a ganar peso, su postura cambia a medida que el útero va aumentando de tamaño, se producirá una alteración en el centro de gravedad, puesto que la embarazada llevara cada vez más peso en la parte delantera y tenderá a inclinarse hacia atrás para tratar de compensarlo; esto sobrecargara los músculos de la espalda y podrá producir dolores.
- Pigmentación en la piel
- Estreñimiento: El efecto de las hormonas en el sistema digestivo incluye el enlentecimiento del tránsito intestinal
- Flujo Vaginal: El flujo vaginal aumenta muy rápidamente, por lo cual éstas desarrollan una coloración púrpura. Las paredes de la vagina se ablandan y se relajan. Esto, sumado al desprendimiento de células de las paredes vaginales aumenta las secreciones de su vagina.

- Síndrome de Ligamentos Redondos: Debido a la acción del estrógeno y la progesterona, las glándulas mamarias se tornarán más grandes y pesados y serán más sensibles al tacto desde el comienzo. Los depósitos de grasa aumentan y se desarrollan nuevos conductos para la producción de la leche materna. La areola que rodea los pezones se torna más oscura y aparecen los tubérculos de Montgomery, aumenta la afluencia de sangre a las mamas, por lo que las venas se resaltan.
- Sueño Inquieto: El descanso se ve afectado por los movimientos del bebé.

TERCER TRIMESTRE

Este trimestre abarca desde la semana 28 de gestación hasta el parto. La sintomatología es la siguiente:

- Incremento de la temperatura corporal
- Ganancia de peso
- Polaquiuria
- Disnea
- Dificultad para dormir
- Inflamación de miembros inferiores
- Sensibilidad de glándulas mamarias y aparición de calostro
- Fatiga
- La libido se encuentra baja
- Contracciones de Braxton Hicks (falso trabajo de parto): estas contracciones aparecerán después de la vigésima semana de embarazo, puesto que el cuerpo de la embarazada se está preparando para el momento del parto, estas durarán de 15 a 30 segundos, a medida que se acerque el día del parto, estas contracciones serán más frecuentes e intensas
- Cambios psicosociales (variaciones anímicas, sentimientos encontrados, ansiedad) debidos a las adaptaciones hormonales y sentimientos relacionados con la inminencia del parto.
- La creciente presión ejercida por el bebé sobre el recto provocará que las venas del mismo se inflamen y aparezcan las tan molestas hemorroides

- La sequedad, y la sensación de picazón en la piel persistirán, sobre todo en la zona del abdomen, puesto que la piel del mismo seguirá expandiéndose cada vez más.
- La pigmentación de la piel podrá ser más notoria.
- Los síntomas de gastritis podrán empeorarse, ya que el bebé continuará creciendo, y, por ende, desplazará el útero sobre el estómago. El incremento de leucorrea persistirá, pudiendo contener mayor cantidad de moco.
- Los dolores en la zona lumbar podrán persistir y ser aún más intensos que en los meses anteriores.
- Las várices en las piernas podrán persistir y quizás hasta empeorar.

5.2- MÉTODOS DIAGNÓSTICOS DE EMBARAZO

El diagnóstico del embarazo es relativamente fácil, si se considera que constituye la causa más frecuente de tumor abdominal y amenorrea en la mujer en edad reproductiva; sin embargo, no pocas veces se somete a la embarazada a un tratamiento con drogas potencialmente teratogénicas o a una operación ginecológica, sobre todo en etapas precoces de la gestación.

El diagnóstico puede ser fácil después del tercer mes, pero antes puede haber duda porque el útero es un órgano intrapélvico. El diagnóstico se basa en signos y síntomas, resultados de laboratorio y en el uso de métodos auxiliares.

Uno de los signos positivos de embarazo consiste en poder demostrar la presencia de estructuras embrionarias mediante los siguientes métodos:

- Ultrasonido: Mediante la ecosonografía bidimensional es posible detectar estructuras fetales que varían según la edad gestacional.
- Rayos X: La presencia radiológica del esqueleto fetal es sólo a partir de la semana 16 cuando tiene valor clínico porque antes de esa semana el porcentaje de falsos negativos es elevado, lo que le resta valor práctico al método. Debido a los posibles efectos sobre el feto, esta técnica ha sido substituida por la ecosonografía, que hasta la fecha ha probado ser inocua.

- Embrioscopia: Se utiliza un endoscopio rígido que se introduce mediante guía ultrasonográfica a través del orificio cervical, lo que permite la visualización completa del embrión, así como también tomar muestras de sangre y tejido fetal. El momento ideal para el estudio es entre las semanas 8 y 11 porque en este período se puede realizar la evaluación de la anatomía fetal y asegura que no se han fusionado el corion y el amnios, lo que disminuye el peligro de ruptura accidental de esta última capa durante el procedimiento.

- Fetoscopia: Mediante una punción abdominal se introduce un trocar fino a través del cual se inserta a la vez un sistema óptico que permite ver el contenido intrauterino y estudiar el feto, fotografiarlo, tomar biopsia, etc. Se ha utilizado a partir de la semana 16 de gestación y no tiene una difusión universal por los riesgos materno-fetales que implica su técnica.

- Actividad cardíaca fetal: La detección de un latido abdominal regular, generalmente entre 120 y 160 latidos por minuto, e independiente del latido materno, constituye un signo positivo de embarazo. Entre las formas de detectar el latido cardíaco fetal se encuentran: el ultrasonido, la electrocardiografía y la auscultación directa.

- Electrocardiografía: Existen dos formas de electrocardiografía fetal durante el embarazo: la directa, que es la utilizada en el período intraparto, mediante la colocación, por vía vaginal, de electrodos especiales aplicados a la parte fetal que se presenta en la pelvis y que se ha utilizado como una alternativa a la cardiotocografía para el diagnóstico de bienestar fetal intraparto. En tanto que la indirecta es a través del abdomen materno. Con esta última técnica, es posible el diagnóstico de embarazo a partir de la semana 14-16, pero es complicada y con un alto porcentaje de falsos negativos, por lo que se descarta como un método práctico y tiene sólo valor histórico.

- Movimientos fetales: La detección de los movimientos fetales por un médico constituye un signo positivo de embarazo y se puede hacer de tres formas diferentes: ultrasonido, palpación manual y tocodinamometría.

- Gonadotropina coriónica humana: La mayoría de los métodos diagnósticos y de bienestar embrionario, se basan en la determinación cualitativa y cuantitativa de esta hormona. La HCG tiene gran importancia biológica en el establecimiento y mantenimiento del embarazo en las primeras etapas de la gestación. Se comienza a producir a partir del día 7 luego de la implantación y tiene como función principal el mantenimiento del cuerpo lúteo que, a su vez, secreta progesterona que prepara el endometrio para el normal desarrollo embrionario, luego de su implantación.

5.3- CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN EL EMBARAZO

❖ SISTEMA CARDIOVASCULAR:

En el embarazo el volumen sanguíneo materno aumenta casi el 40% sobre el valor inicial en la semana número 30.

El gasto cardiaco se eleva en un 30% a 40% por el aumento tanto de volumen sistólico como de la frecuencia cardiaca y alcanza su valor máximo alrededor de la semana 32, tras lo cual se presenta únicamente un ligero incremento

La compresión aortocava por el útero grávido es extremadamente importante, de hecho, en el embarazo tardío, la vena cava inferior puede estar completamente obstruida en la posición supina y el retorno venoso se realiza a través de las venas ácigos, lumbar y paraespinal.

○ Implicaciones clínicas:

Cuando la circulación materna está comprometida, se presenta vasoconstricción compensatoria y la perfusión uteroplacentaria disminuye, lo que produce a una rápida hipoxia fetal y acidosis. Debido a los cambios cardiovasculares, la paciente también puede sangrar profusamente y perder casi 35% de su volumen sanguíneo antes de que se puedan identificar las manifestaciones físicas normalmente reconocibles, como taquicardia e hipotensión, al igual que otros signos de inestabilidad hemodinámica. Por esta razón, las pruebas de distress en el feto, tales como bradicardia fetal pueden constituir un signo de deterioro materno.

❖ SISTEMA RESPIRATORIO:

Modificaciones en la capacidad y el volumen pulmonar, la elevación del diafragma se presenta por el crecimiento uterino, en especial en el último trimestre, lo que provoca disminución de la capacidad residual funcional de hasta 20% respecto de los valores previos a la gestación, la capacidad pulmonar total permanece inalterada, pero la ventilación por minuto aumenta en 45%, lo que reduce el volumen de la reserva espiratoria y la capacidad residual funcional.

Existe un incremento en la ventilación por minuto a través de un aumento en el volumen tidal, y generalmente no hay cambios en la frecuencia respiratoria

○ Implicaciones clínicas:

La mujer embarazada reduce la reserva del sistema respiratorio ante la elevada demanda de oxígeno, materna y uteroplacentaria. En situaciones en las que la capacidad residual funciona se reduce aún más con procedimientos como ventilación mecánica, posición supina y obesidad, la capacidad de cierre se eleva y puede ocurrir cierre de las vías respiratorias durante la respiración tidal, la disminución de la capacidad residual funcional y el aumento en el consumo de oxígeno hacen a la mujer gestante y al feto más vulnerables a la hipoxia en caso de apnea, por tanto, en una situación de estado crítico puede haber una rápida y severa descompensación respiratoria.

❖ SISTEMA GASTROINTESTINAL:

La mujer embarazada se encuentra en mayor riesgo de aspiración gástrica relacionada con la reducción del tono del esfínter esofágico inferior y la motilidad gástrica.

La mayoría de los cambios gastrointestinales que ocurren durante el embarazo representan riesgos aumentados para el anestesiólogo obstetra y la paciente; se deben en gran parte al incremento de las cifras de progesterona. Durante el embarazo pueden ocurrir varios cambios en la cavidad oral. La salivación puede

verse incrementada debido a la dificultad para la deglución y en asociación con náusea; el pH de la cavidad oral disminuye; puede haber caries en los dientes, pero no debido a carencia de calcio en estos. Verdaderamente, el calcio dental está estable y no se mueve durante el embarazo como el calcio óseo. Las encías pueden estar hiperémicas e hipertróficas, están esponjadas y friables pudiendo sangrar fácilmente. Esto puede ser debido a incremento de los estrógenos sistémicos; problemas similares ocurren con el uso de anticonceptivos orales. La deficiencia de vitamina C también puede causar sangrado de las encías. Las encías retornan a la normalidad en el posparto inmediato. La pirosis, común en el embarazo, es debida probablemente al reflujo de secreciones ácidas hacia la parte inferior del esófago y es probable que el cambio de posición del estómago determine su frecuente aparición.

❖ SISTEMA RENAL:

El flujo sanguíneo renal y el índice de filtración glomerular se elevan 50 a 60 % durante la gestación. Los niveles de aldosterona aumentan originando elevación del agua y sodio corporales. La depuración de creatinina está elevada debido a un flujo sanguíneo renal y ritmo de filtración glomerular aumentados; por ello, los niveles séricos de creatinina (0,8 mg/dl) y nitrógeno de la urea (12 mg/dl) están disminuidos. La glucosuria (1-10 g/día) y proteinuria (<300 mg/día) no son patológicas en la paciente embarazada. La excreción de bicarbonato está aumentada en compensación de alcalosis respiratoria.

5.4.-COMPLICACIONES PSICOLÓGICAS EN UNA MADRE ADOLESCENTE

En la adolescencia ocurren cambios en el organismo de los jóvenes cuando comienzan a experimentar sensaciones que antes no conocían. De pronto, los adolescentes se sienten controlados por sus hormonas, llegando a desear de forma ferviente vivir una relación sexual, ya sea por deseo o simple curiosidad.

Muchos de los embarazos no deseados se producen en esta etapa y una de las causas principales suele ser el desconocimiento. Existen problemas psicológicos por los que pasan las adolescentes al momento de embarazarse, los cuales son:

- Miedo al rechazo: La joven se siente constantemente criticada y por ende se aleja del grupo lo cual hace que se sienta sola.
- Rechazo al bebé: Debido a que aún son niñas, no quieren hacerse cargo de la responsabilidad pues aún no están preparadas.
- Problemas familiares: La familia muestra rechazo por la hija o pariente embarazada a tan temprana edad lo cual la hace sentir como culpable o culpa al bebé de su problema
- Fracaso escolar: Tanto los hijos como la madre o padres suelen sufrir una mayor probabilidad de fracaso escolar, debido a problemas de aprendizaje o los problemas de inserción en la sociedad.

5.5- PROBLEMAS SOCIALES RELACIONADOS CON EL EMBARAZO ADOLESCENTE

Para la adolescente, el embarazo está asociado con una desventaja escolar importante, con empleos menos remunerados e insatisfactorios.

Entre más joven es la adolescente cuando nace el primer hijo, mayor será el número de hijos posteriores, por lo que las consecuencias socioeconómicas suelen ser más drásticas. Desde una perspectiva psicosocial, también pueden existir consecuencias negativas en términos de una reducción de alternativas de vida, de conflictos familiares e insatisfacción personal. En el caso de la adolescente que se une con la pareja a raíz del embarazo, existe mayor riesgo de problemas maritales y de divorcio que en parejas más maduras.

5.6. COMPLICACIONES PARA EL HIJO DE MADRE ADOLESCENTE

Los hijos de las madres adolescentes corren diversos riesgos, estos riesgos van a depender de la calidad de los cuidados aplicados por las adolescentes. Los riesgos que se pueden manifestar en los recién nacidos son:

- Mayor riesgo de muerte intrauterina.
- Bajo peso al nacer.
- Crecimiento intrauterino retardado
- Prematuridad
- Riesgo de sufrir accidentes, enfermedades, o tener una alimentación inadecuada debido a falta de cuidados maternos.
- Más incidencia de enfermedades cardiológicas y problemas funcionales.
- Bajo rendimiento académico.
- Ser madre/padre en la adolescencia, al igual que sus progenitores.

5.7- DIAGNÓSTICO PRENATAL

Se denomina diagnóstico prenatal a diversos estudios de diagnóstico cuyos objetivos son detectar problemas anatómicos y fisiológicos en el cigoto, embrión, o feto tan temprano como sea posible durante la gestación. Permiten detectar defectos congénitos u observar otros elementos asociados a diversos factores de riesgo de la madre que requieran de control durante el periodo de gestación.

❖ TECNICAS DE DIAGNÓSTICO PRENATAL

- Examen externo: Técnica no invasiva, consiste en un examen de útero de la mujer desde fuera del cuerpo, se realiza en el primer o segundo trimestre de embarazo.
- Ultrasonido, ecografía: Técnica no invasiva, realizadas para confirmar las fechas probables de parto y detectar posible presencia de mellizos. Posteriormente a partir de la 18 semana de gestación se pueden realizar ecografías de morfología para observar si el desarrollo del feto es normal.
- Muestreo percutáneo de sangre del cordón umbilical: es un método de diagnóstico genético mediante el cual se examina la sangre del cordón

umbilical fetal para detectar anomalías en el feto, se realiza en el primer o segundo trimestre de embarazo.

- Amniocentesis: Técnica no invasiva, se puede una vez que se ha producido suficiente líquido amniótico para permitir tomar una muestra. Las células del feto flotan en este fluido, y pueden ser separadas y analizadas. El riesgo de aborto producto de amniocentesis se estima en el 0.06%, se realiza después de la 15 semana de gestación
- Muestra de vellosidades coriónicas: Técnica invasiva, comprende obtener una muestra de vellosidad coriónica y analizarla. Esto se puede realizar antes que la amniocentesis, pero posee un riesgo mayor de aborto, que se estima es del 1%, se realiza después de las 10 semanas de gestación.
- Monitoreo del palpitar cardíaco del feto: Técnica no invasiva, consiste en la auscultación del corazón del feto, se realiza en el primer y segundo trimestre de embarazo.
- Diagnóstico genético preimplantacional: Técnica no invasiva, durante los procedimientos de fertilización in vitro, es posible recoger muestra de células de los embriones humanos antes de la implantación.
- Células fetales en la sangre materna: Técnica no invasiva, basada en la concentración de células fetales que circulan con la sangre materna. Dado que las células del feto poseen toda su información genética en desarrollo, se las puede utilizar para diagnóstico prenatal, se realiza en el primer trimestre de embarazo.

5.8- MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EVITAR COMPLICACIONES MÉDICAS EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE

Para evitar complicaciones en el embarazo, la paciente debe de realizar una serie de actividades para poder llevar un embarazo sano.

- PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Los matrimonios deciden de antemano el número de hijos que tendrán. Una planificación bien pensada permitiría que transcurriera suficiente tiempo entre la

llegada de un hijo y el siguiente, lo que aliviaría a la mujer y haría posible que se recuperara del alumbramiento.

- ALIMENTACIÓN

La mujer necesita un mínimo de cuatro meses para recuperarse de los efectos de sustancias perjudiciales y acumular los nutrientes que el producto precisará durante su gestación. Por ejemplo, el riesgo de espina bífida, defecto ocasionado por la mala soldadura del tubo neural, se reduce considerablemente cuando la madre cuenta con niveles suficientes de ácido fólico. Y dado que el tubo neural del embrión se cierra de veinticuatro a veintiocho días después de la concepción mucho antes de que la mayoría de las mujeres sepan que están embarazadas, algunas empiezan a tomar ácido fólico cuando planean tener hijos.

Otro nutriente esencial es el hierro. Durante el embarazo, la mujer necesita doble cantidad de hierro. Si tiene los niveles bajos, puede acabar con anemia por deficiencia de hierro, trastorno que se agrava con los embarazos frecuentes, pues la mujer no tiene tiempo para recuperarse.

- EDAD

El riesgo de muerte entre las embarazadas menores de 16 años es un 60% mayor que el de las que tienen entre 20 y 30 años. Por otro lado, las mujeres mayores de 35 tienen más posibilidades de dar a luz hijos con defectos congénitos, como el síndrome de Down. Las embarazadas muy jóvenes o las que están en los últimos años de su edad reproductiva son más propensas a sufrir pre eclampsia, edemas y una mayor cantidad de proteínas en la orina, aumenta el riesgo de mortalidad materna e infantil.

- INFECCIONES

Las infecciones urinarias, cervicovaginales y gastrointestinales pueden empeorar durante el embarazo e incrementar el riesgo de parto prematuro y de pre eclampsia. Se recomienda tratar cualquier infección antes del embarazo. Las infecciones de transmisión sexual que pueden afectar al bebé son:

Candidiasis vaginal, Clamidia, Citomegalovirus, Eritema infeccioso, Estreptococo del grupo B, Gonorrea, Gripe, tos y resfriados, Hepatitis B, Herpes, Infecciones de transmisión sexual, Infecciones urinarias, Listeriosis, Rubéola, Sífilis, Toxoplasmosis, Tricomoniasis, Varicela, VIH.

5.9- VIGILANCIA FETAL ANTES DEL PARTO

❖ OBJETIVOS DE LA VIGILANCIA FETAL

Los objetivos de la vigilancia fetal consisten en evaluar el bienestar del producto para:

- Identificar al feto en riesgo de muerte intrauterina, así como la morbilidad y mortalidad neonatales
- Detectar amenazas potenciales lo suficientemente rápido para permitir intervenciones oportunas y mejorar los resultados en los neonatos.

Se recomienda empezar entre las 30 y 34 semanas de gestación, pero se puede iniciar antes con base en la severidad de la patología. El tiempo de la vigilancia fetal depende de los siguiente:

- Pronostico de supervivencia neonatal
- Gravedad de la enfermedad materna

La frecuencia que se recomienda es de una vez por semana; sin embargo, se pueden realizar pruebas más frecuentes. Se aconseja la evaluación prenatal para afecciones específicas, pues una forma de vigilancia que es ideal para una paciente con algún tipo de trastorno puede ser totalmente inadecuada para otra.

❖ TÉCNICAS DE VIGILANCIA FETAL ANTES DEL PARTO

La monitorización fetal antes del parto es una herramienta diagnóstica para evaluar el bienestar fetal, la cual permite el registro continuo de la frecuencia cardiaca fetal y su relación con las contracciones uterinas del trabajo de parto, lo que le permite al equipo médico evaluar el estado de salud del bebe.

Se utilizan diferentes técnicas, las cuales son:

- **Evaluación del movimiento fetal:**

Casi todas las mujeres sienten los movimientos fetales alrededor de las 16 a 18 semanas de gestación, pero la percepción de la movilidad fetal es máxima aproximadamente a las 28 a 32 semanas de gestación. La presencia de buenos movimientos fetales es un signo de bienestar fetal y una medida indirecta del estado ácido básico fetal normal, la disminución de los movimientos fetales va seguida con frecuencia por muerte fetal.

- **Prueba de estrés por contracciones/ prueba de provocación con oxitócina:**

Mediante la prueba con estrés, la enfermera determina si la frecuencia cardíaca del feto responde de manera normal a contracciones uterinas suaves similares a las del parto, lo cual permite predecir cómo reaccionaría ante el estrés del parto. Para lograr las contracciones, la enfermera ministra oxitocina a la paciente para simular un trabajo de parto, si la frecuencia cardíaca fetal del bebé cambia repentinamente, quiere decir que es muy probablemente que él bebé no pueda soportar el trabajo de parto.

- **Prueba sin estrés:**

En la prueba sin estrés, la frecuencia cardíaca de un feto que no está acidótico o deprimido neurológicamente se acelera temporalmente con el movimiento fetal. Se cree que la reactividad de la frecuencia cardíaca es un buen indicador del funcionamiento autonómico fetal normal. La pérdida de reactividad se asocia comúnmente con un ciclo de sueño fetal, pero puede resultar de cualquier causa de depresión del sistema nervioso central, incluyendo acidosis fetal.

- **Perfil biofísico:**

Se lleva a cabo mediante el uso de ultrasonografía en tiempo real para evaluar múltiples actividades biofísicas fetales y el volumen de líquido amniótico.

- **Perfil biofísico modificado:**

Es un indicador agudo del estado ácido básico fetal, y del volumen de líquido fetal, lo que indica el funcionamiento uteroplacentario crónico

- **Volumen de líquido amniótico:**

El líquido amniótico proporciona esencialmente un compartimiento para el desarrollo, crecimiento y movimientos normales del feto. El líquido amniótico es un marcador crónico de bienestar fetal. Se han desarrollado diversas técnicas para evaluar el líquido amniótico:

1.- la regla de los 2 centímetros: si la bolsa vertical más grande mide más de 2 centímetros se considera como normal.

2.- índice de líquido amniótico: el útero se divide en cuatro cuadrantes (línea morena y el ombligo dividen el útero en mitades derecha / izquierda y superior / inferior, respectivamente), se mide el diámetro vertical de la bolsa más grande sin cordón umbilical. La suma de los valores en todos los cuadrantes es el índice de líquido amniótico.

- Un índice de líquido amniótico menor a 5 centímetros sugiere oligohidramnios

- Un índice de líquido amniótico mayor a 25 centímetros indica poli hidramnios.

5.10- PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y PRENUPCIAL

❖ PLANIFICACIÓN FAMILIAR

La planificación familiar se refiere habitualmente al conjunto de prácticas que, al ser utilizadas por una mujer, un hombre o una pareja de potenciales progenitores orientadas básicamente al control de la reproducción mediante el uso de métodos anticonceptivos en la práctica de relaciones sexuales.

El control o planificación familiar tiene como objetivo decidir el tener o no hijos y cuantos desean tener, el momento y las circunstancias sociales, económicas y personales en las que se desea tenerlos.

También se incluye dentro de la planificación familiar la educación de la sexualidad, la prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, el asesoramiento antes de la fecundación, durante el embarazo y el parto, así como el tratamiento de la infertilidad, mediante técnicas de reproducción asistida como la fecundación in vitro.

6.- MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

6.1.- MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Para llevar a cabo la planificación familiar se requiere el uso de métodos anticonceptivos, que son procedimientos o herramientas que se usan con el fin de impedir la fecundación. El método anticonceptivo ideal debe ser seguro, económico e inocuo.

En la actualidad no se ha logrado un anticonceptivo ideal a pesar de los avances, por lo tanto, para recomendar un método anticonceptivo se debe individualizar a la paciente tomando en cuenta muchos aspectos, características y necesidades a cada una. Tenemos que tomar en cuenta lo siguiente:

- Edad de la paciente
- Peso
- Índice de masa corporal
- Historia clínica completa que incluya antecedentes familiares y personales
- Exploración física, incluyendo sus signos vitales
- Nivel socioeconómico
- Disponibilidad de la pareja
- Estado de salud
- Número de hijos deseados

❖ TIPOS DE ANTICONCEPTIVOS

- Hormonales: Estos pueden ser orales, inyectables, locales.
- Dispositivo intrauterino (DIU): Estos pueden ser solos, con metales de Cobre o Plata, con hormonas.
- Métodos de barrera: Estos son espermaticidas, preservativo, diafragma
- Coito interrumpido
- Anticonceptivo de emergencia
- Lactancia
- Métodos empíricos

- Métodos probablemente definitivos: Salpingoplasia (mujeres), deferentoclasia (hombres).

❖ SEGURIDAD Y EFICACIA

la seguridad y eficacia de los métodos anticonceptivos va a depender de varios factores y no solo del método utilizado, aproximadamente un 80% de las fallas son atribuibles a las pacientes que lo utilizan y un 20% al método anticonceptivo, la seguridad y eficacia dependerá de los siguientes factores:

- Tipo de anticonceptivo
- Calidad
- Disciplina de la paciente
- Cooperación de la pareja
- Estado de salud de la paciente
- Estado socio – económico

❖ PORCENTAJE DE FALLA

MÉTODO	PORCENTAJE
HORMONALES	1 – 2 %
DIU	4 – 6 %
PRESERVATIVO	25 %
ESPERMATICIDAS	40 %
COITO INTERRUMPIDO	40%
DIAFRAGMA	50 %
PILDORA DE EMERGENCIA	4 – 5 %
RITMO	30 – 40 %
LACTANCIA	50 %
METODOS EMPIRICOS	80 %
METODOS PROBABLEMENTE DEFINITIVOS	0.03 %

6.2.- ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

Los anticonceptivos hormonales están hechos de hormonas las cuales son; estrógenos y progestágenos, estas hormonas impiden la implantación del cigoto en el endometrio, pero existen anticonceptivos solos que llevan solamente progestágenos, los anticonceptivos combinados son más seguros que los solos.

❖ MECANISMO DE ACCIÓN

- Impiden la ovulación
- Modifican el moco cervical haciéndolo en moco tipo B
- Alteran el endometrio
- Alteran la peristalsis de las trompas de Falopio
- Bajan la libido

❖ CONTRAINDICACIONES

Son aquellas condiciones clínicas en las que un medicamento no debe administrarse, debido a que pueden causar daño, secuelas e incluso la muerte de la paciente. Los anticonceptivos hormonales como todo medicamento también tienen contraindicaciones, las cuales son:

Absolutas: Son aquellas en las cuales por ningún motivo se deben administrar, las causas son:

- Pacientes con antecedentes con tromboflebitis
- pacientes con coronariopatías
- hemorragia transvaginal no diagnosticada
- cáncer en cualquier parte del organismo
- adenomas hepáticos
- hipertensión arterial
- embarazo

Relativas: Son aquellas situaciones en las que los anticonceptivos hormonales si pueden administrarse, pero bajo estrecha vigilancia y por periodos cortos, esto se puede realizar en las siguientes pacientes:

- Diabetes mellitus
- Epilepsia
- Cefalea migrañosa
- Tabaquismo
- Alcoholismo
- Drogadicción
- Menores de 15 años o mayores de 40 años

6.3- ANTICONCEPTIVOS HORMONALES ORALES

Se presentan en cajas de 21 a 28 pastillas, en base al calendario, la primera toma se ingiere el primer día de la menstruación y durante 21 días y se descansa una semana, tiempo en el que se presentara la nueva menstruación, al término de los 7 días se empieza a tomar otra caja, y así sucesivamente.

En caso de las cajas que contengan 28 pastillas, estas se continúan durante los 28 días, tomando una caja acabando otra, sin descansar, pero las ultimas 7 pastillas solo tienen placebo o hierro, el objetivo de estas pastillas es evitar el olvido de estas.

Las tomas de los anticonceptivos hormonales orales deben ser en la noche y a la misma hora, sin alimentos grasos n bebidas alcohólicas, puesto que, esto va a evitar la absorción correcta de los anticonceptivos. Las mujeres lactantes solo pueden tomar anticonceptivos hormonales que solo contengan progestágeno.

Algunos medicamentos interfieren en el uso de los anticonceptivos hormonales orales, los cuales son:

- Ketoconazol

- Eritromicina

6.4.- ANTICONCEPTIVOS HORMONALES INYECTABLES

Se presentan en ampollitas generalmente precargadas, se aplican entre el primer y el noveno día del ciclo. Existen 2 tipos de anticonceptivos:

- Combinados: Contienen estrógenos y progestágeno, estos se aplican mensualmente
- Solos: Solo contienen progestágeno, estos se aplican cada tres meses.

El primer sangrado, después de la primera inyección, puede adelantarse una o dos semanas. Esto es normal, por lo que las siguientes inyecciones se deben aplicar sin tomar en cuenta ya los días de la menstruación.

En algunas mujeres pueden llegar a desaparecer las menstruaciones durante el uso de las inyecciones, esto es un efecto por el tipo de hormona que contienen y no representa ningún daño para la salud si las inyecciones se están utilizando de forma adecuada.

6.5.- MÉTODOS DE BARRERA

Los métodos de barrera son aquellos métodos que impiden o dificultan el paso de los espermatozoides hacia la cavidad uterina, estos pueden ser aparatos, dispositivos, implementos o sustancias químicas. Los métodos de barrera son los siguientes:

❖ **PRESERVATIVO**

Este es fabricado con material látex, que son aparentemente impermeables hasta el 99.9 % y están probados electrónicamente, además de proteger del embarazo, protege contra las enfermedades de transmisión sexual, se eficacia depende de la disciplina del usuario y de la calidad del preservativo.

- **COMPLICACIONES**

- Embarazo

- Infecciones

- **EFFECTOS SECUNDARIOS**

- Irritación local

- ❖ **ESPERMATICIDAS**

Son sustancias químicas que tienen la propiedad de matar o inmovilizar al espermatozoide, el principal componente es el nonoxynol – 9, se presentan en ovulos vaginales que deben aplicarse entre 15 y 30 minutos antes del coito, su efecto dura una hora, su eficacia depende de la disciplina de la usuaria.

- **EFFECTOS SECUNDARIOS**

- Irritacion local

- Prurito

- Ardor de manera local

- ❖ **DIAFRAGMA**

Es un capuchón de hule y latex que tiene la forma de una media naranja, este se adapta a cérvix justo antes del coito y quitarlo después al terminar y se tiene que acompañar de un espermaticida. Es poco usado por su poca aceptación sus fallas son muchas.

- **EFFECTOS SECUNDARIOS**

- Alergia a latex o espermaticidas

- Mayor predisposición a infecciones vaginales

- Irritacion local

❖ PRESERVATIVO FEMENINO

Este hecho de hule y latex, parecido al condón, solo que más grande, ha tenido poca aceptación, requiere una técnica especial para su aplicación y saberlo retirar correctamente.

○ COMPLICACIONES

- Embarazo
- Infecciones

○ EFECTOS SECUNDARIOS

- Irritación local

6.6.- DISPOSITIVO INTRAUTERINO DIU

Es un aparato de material plástico sensible, radiopaco que se coloca dentro de la cavidad uterina con el objetivo de evitar el embarazo.

Es un método anticonceptivo económico, seguro, pero no es inocuo, dependiendo de los cuidados del usuario, antes de aplicarlo se debe realizar a la paciente una historia clínica completa y adaptar el dispositivo a las necesidades de cada paciente.

○ MECANISMO DE ACCIÓN

Local en la cavidad uterina a nivel del endometrio produciendo una reacción inflamatoria que impide pasar a los espermatozoides hacia las trompas de Falopio. Este método no es abortivo.

○ EFECTOS SECUNDARIOS

Son aquellas acciones adversas que se presentan en el organismo como consecuencia de la administración del DIU. Las cuales pueden ser:

- Molestias locales de las guías
- Incomodidad pélvica

- Mayor predisposición a infecciones vaginales
- Aumento del flujo vaginal
- Alteraciones menstruales
- Enfermedad inflamatoria pélvica aguda y crónica
- Dispreunia
- Embarazos ectópicos
- Fallas
 - CONTRAINDICACIONES
 - Mujer con sospecha de cáncer ginecológico
 - Mujeres multíparas
 - Abortos sépticos
 - Pacientes con úteros malformados
 - Pacientes con hemorragia transvaginal no diagnosticada
 - Antecedentes de embarazos ectópicos
 - Alergia a los componentes del DIU
 - Cardiopatías valvulares
 - Puerperio
 - En infecciones vaginales
 - COMPLICACIONES
 - Embarazo
 - Embarazo ectópico
 - Esterilidad

○ TIPOS DE DIU

- Asa de lipes: Esta discontinuada, hecho de material radiopaco, de duración indefinida y muy económico.

- T de cobre: Es el más común, su efectividad dura entre 3 y 5 años, depende de la cantidad de cobre que lleve, el cobre va en espiral o en forma de placa colocado en los brazos y en el cuerpo, su eficacia depende del material.

- Nova – t: Es de material plástico, con los bordes de sus brazos redondeados, en su cuerpo tiene hilo de cobre con plata para aumentar su eficacia, existe mayor proceso inflamatorio, mayor eficacia, su duración es de 5 años.

- Multidad: DIU en forma de herradura con un cuerpo central, lleva cobre en forma de espiral, su duración es de 5 años, no es muy usado por las molestias, se dificulta su extracción.

- Mirena: Similar al nova – t, solo que, sin metal, hecho con un cartucho de plástico que libera microdosis de progesterona diario, durante 5 años, es el mejor DIU y el más caro, tiene doble mecanismo para evitar un embarazo, evita la ovulación por el progestágeno, produce un proceso inflamatorio a nivel local, invierte el peristaltismo de las trompas de Falopio.

- Jay dess: Es igual que el mirena, ero dura 3 años y es más barato.

6.7.- IMPLANÓN

Se trata de una barra de material plástico flexible de 40 por 2 ml, que libera un progestágeno de manera continua durante 3 años.

Se aplica con técnica estéril bajo anestesia local, con lidocaína al 1%, es un método que si se puede aplicar en mujeres lactantes. No tiene estrógenos ni altera el peso corporal, puede causar alteraciones menstruales o periodos de amenorrea.

6.8.- NUVA Y PARCHE – EURA

○ **NUVA**

Instrumento de plástico flexible en forma de aro o anillo que libera hormonas, estrógenos y progesterona de forma continua durante 3 semanas.

Se coloca por vía vaginal y se deja en el fondo del saco de Douglas, al término de la tercera semana se retira de forma digital y se descansa una semana, tiempo que se presentara la menstruación. No se puede usar en lactantes.

○ **PARCHE - EURA**

Material plástico que libera estrógenos y progesterona solo por una semana, por lo que se cambia cada semana por tres semanas. Al término de la tercera semana y en la cuarta semana se presenta la menstruación.

No se puede poner en mujeres lactantes, no causa alteraciones menstruales. Es muy probable que el parche se desprege o pierda adherencia a la piel, puede perder eficacia, debe suspenderse y usar otro método alternativo y reiniciar le tratamiento al siguiente ciclo. Pueden ocasionar reacción alérgica local.

6.9.- LACTANCIA

Es un método natural de la planificación familiar que proporciona protección en un 50% contra embarazos no deseados en la mujer que no está lactando, no es un método muy eficaz, no tiene contraindicaciones ni métodos secundarios, su complicación es el embarazo.

6.10.- MÉTODOS PROBABLEMENTE DEFINITIVOS

Son métodos de última elección, apropiados para aquellas parejas que tengan hijos y que estén completamente seguras que no quieren tener más descendencia.

Se necesita hacer una intervención quirúrgica por un médico especialista en un centro sanitario.

Los métodos probablemente definitivos son los siguientes:

❖ **SALPINGOCLASIA**

Procedimiento quirúrgico que se realiza con fines anticonceptivos y que consiste en ocluir las trompas de Falopio mediante diferentes técnicas. Comúnmente se realiza en post- parto dentro de las primeras 72 horas, después de ese tiempo puede existir una infección. También puede hacerse fuera del embarazo y puerperio, este procedimiento se le conoce como salpingoclasia de intervalo.

Como todo procedimiento quirúrgico requiere de:

- Entrada a quirófano
- Estudios pre – operatorios (BH completa, grupo sanguíneo y RH, glucosa, tiempos de coagulación, plaquetas, EGO)
- Anestesia adecuada
- Consentimiento informado por la pareja y la paciente.

Las técnicas d salpingoclasia son las siguientes:

❖ **FIBROCTOMIA – KROENER**

Es una técnica poco utilizada debido a sus fallas porque el muñón se fisturisa y ocurre el embarazo, esta técnica consiste en el corte, pisamiento y ligadura de las fimbrias.

❖ **IRVING**

Esta técnica consiste en ocultar las fimbrias en una especie de túnel que se realiza en la parte posterior del cuerpo del útero, es una técnica muy poco usada pero muy eficaz, es poco usada porque es muy laboriosa y puede haber sangrado.

❖ **TECNICA DE UCHIDA**

Es parecida a la técnica pomeroy y a la técnica Irving, es más segura, tiene 99.9 % de seguridad, es más laboriosa, se necesita más anestesia, más tiempo quirúrgico, es una técnica que tiene más complicaciones

❖ **ESSURE**

Procedimiento semiquirúrgico, endoscópico, ya que se realiza por medio de una bisteroscopia y consiste en la aplicación de un filamento metálico y plástico, en forma de espiral y se coloca en la región intersticial de la trompa de Falopio, con el tiempo el filamento de metal se va desintegrando y obstruye totalmente o para siempre la luz de la región intersticial de la trompa.

❖ **ANILLO DE YOON**

Son anillos metálicos o de plástico que se colocan en las trompas de Falopio para obstruir su luz y se realiza por medio de laparoscopia.

❖ **SALPINGUECTOMIA**

Procedimiento quirúrgico que consiste en la extripación de la trompa de Falopio que se realiza en quirófano con anestesia con bloqueo general.

○ **COMPLICACIONES**

- Hemorragia
- Seroma
- Hematoma
- Infección

❖ **DEERENTOCLASIA**

Procedimiento quirúrgico que se realiza en el hombre con fines de planificación familiar, también se realiza como cualquier procedimiento quirúrgico y consiste en pinzar, cortar y ligar el conducto deferente mediante una incisión en la región inguinal derecha e izquierda de aproximadamente medio centímetro de longitud, se busca el cordón espermático en el canal inguinal y se localiza el conducto deferente, se realiza la misma maniobra del lado contrario.

○ **COMPLICACIONES**

- Hernias inguinales

- Hemorragia
- Infección
- Complicaciones de origen psicológico.

7.-URGENCIAS OBSTÉTRICAS Y NEONATALES

7.1- TRIAGE OBSTÉTRICO

Es un área adyacente a las urgencias obstétricas atendida por personal experto en la atención maternofetal y destinada a clasificar a las pacientes en diferentes niveles de urgencia o priorización de la asistencia, de tal forma que las pacientes más urgentes sean asistidas primero, y el resto sean reevaluadas de forma continua hasta poder ser atendidas por el equipo médico.

En ese sentido, en un modelo de triage obstétrico estructurado, el grado de urgencia, entendida esta como aquella situación clínica con capacidad para generar deterioro o peligro para la salud o la vida de la gestante o el feto, será el que condicione la respuesta asistencial y la adecuación de recursos necesarios para solucionarla.

❖ RECURSOS ESTRUCTURALES

La puesta en marcha de un triage obstétrico precisara de los siguientes elementos:

- Sala de valoración adyacente al propio servicio de urgencias obstétricas, con condiciones de intimidad que permitan la evaluación y valoración inicial de la paciente.
- Ordenador con acceso a la historia clínica de la paciente.
- Tablas de asignación de nivel de gravedad en función del motivo de consulta
- Algoritmos de actuación
- Mobiliario que favorezcan la entrevista y evaluación de las pacientes en condiciones de comodidad, así como material necesario para la toma inicial de constantes vitales maternas y la evaluación fetal.

❖ METODOLOGÍA Y SECUENCIA DE ACTUACIÓN EN EL PROCESO DE TRIAGE

La clasificación de pacientes por nivel de gravedad en el área de triage obstétrico debe ser un proceso ágil y rápido que deberá ejecutarse en los primeros siete minutos de la llegada de la paciente a urgencias. La secuencia de actuación del equipo de salud encargados del servicio es el siguiente:

- Indagar sobre el motivo de consulta fundamental y los síntomas accesorios que presenta la paciente, estableciendo las características de dichos síntomas en cuanto a intensidad, duración y antecedentes.
- Realizar una pequeña exploración dirigida al síntoma de consulta principal y que permita realizar una aproximación inicial al bienestar materno-fetal.
- En función de los datos anteriores, asignar un nivel de gravedad, apoyándose en tablas de asignación de niveles de gravedad destinadas al efecto y validadas previamente por la institución.
- Tras la estimación del nivel de gravedad, ubicar a la paciente en el espacio asistencial acorde al nivel de gravedad, de acuerdo a los flujos asistenciales propuestos para el área de urgencias obstétricas.
- Informar a la paciente y sus familiares de los tiempos de espera aproximados para ese nivel de gravedad y las normas básicas a seguir durante su estancia en el área de urgencias obstétricas.

❖ **ASPECTOS FUNDAMENTALES A EVALUAR EN EL TRIAGE OBSTÉTRICO**

- Edad materna
- Número de embarazos y partos. Fecha estimada de parto
- Edad gestacional
- Tratamiento actual y posibles alergias
- Hora de última ingesta de líquidos o alimentos
- Signos vitales maternos
- Frecuencia cardíaca fetal y características de esta
- Presencia o ausencia de movimientos fetales
- Patrón de contracciones uterinas (frecuencia, intensidad, duración)
- Presencia o ausencia de sangrado vaginal
- Estado de la membrana amniótica

- Presencia o ausencia de náuseas, vómitos o diarrea
- Presencia o ausencia de dolor abdominal
- Presencia o ausencia de síntomas urinarios.

7.2.- CÓDIGO MATER

Sistema de atención de respuesta rápida, concebida como una estrategia hospitalaria para la atención multidisciplinaria de la urgencia obstétrica

❖ OBJETIVO

Prevenir y/o disminuir la mortalidad materna y perinatal mediante el ABC:

- Identificar: Hipertensión o hipotensión arterial, convulsiones, sangrado transvaginal, taquicardia, taquipnea, cianosis, hipertermia.
- Tratar: controlar sangrado obstétrico, preeclampsia.
- Trasladar: a unidad toco quirúrgica.

La enfermera por ser el personal de primer contacto junto con el médico gineco-obstetra es quien vocea o activa el código mater con indicación previa.

Durante la activación de un código mater aproximadamente colaboran cuatro enfermeras; cada una tiene destinadas funciones diferentes, lo cual da por objetivo: lograr una intervención rápida, oportuna y eficaz a la paciente que presente una urgencia obstétrica.

Funciones de la enfermera en la activación del código mater:

Valoración de signos vitales:

- presión arterial cada 15 minutos
- frecuencia cardíaca y respiratoria
- temperatura.
- Valoración del estado de conciencia.
- Instalación de acceso venoso periférico con catéter de calibre grueso.
- Toma de muestras sanguíneas.

- Administración de medicamentos; una o dos enfermeras son las encargadas de pasarlos medicamentos y otra únicamente de registrarlos en la hoja de enfermería con los datos correctos: vía de administración, dosis, horario y nombre del medicamento.
- Reducción de estímulos que puedan provocar una convulsión.
- Valoración de la presencia de edema.
- Vendaje compresivo de miembros pélvicos.
- Instalar sonda vesical para tomar muestra de orina y cuantificación de líquidos.
- Valorar características de la orina.
- Colocar oxigenación con puntas nasales.
- Colocar a la paciente en la posición más óptima para el binomio, acostada lateralmente de lado izquierdo.
- Valorar Frecuencia Cardiaca Fetal.
- Valorar reflejos osteotendinosos.
- Valorar presencia de sangrado transvaginal o de otros sitios.

7.3.- TRANSPORTE DE UNA PACIENTE OBSTÉTRICA EN ESTADO CRÍTICO

La vigilancia mínima requerida para una paciente en estado crítico durante el traslado incluye electrocardiograma y oximetría de pulso continuas, así como la valoración regular de los signos vitales. Todas las pacientes críticamente enfermas deben tener un acceso venoso seguro antes del transporte, las pacientes que ya tengan colocadas líneas centrales o arteriales u otros dispositivos invasivos de control deben tenerlos también vigilados.

En las mujeres que están con ventilación mecánica se debe haber confirmado y asegurado la posición del tubo endotraqueal antes de su transporte, y tienen que haber sido evaluadas para una adecuada oxigenación y ventilación.

La supervisión fetal y tocodinamica durante el transporte es probablemente viable, pero de utilidad no comprobada. Las medidas simples, tales como el

desplazamiento uterino hacia la izquierda y el oxígeno suplementario se deben aplicar de forma sistemática durante el traslado.

7.4- HALLAZGOS EN UNA PACIENTE OBSTÉTRICA QUE PUEDEN SUGERIR ADMISIÓN A LA UCI

Las pacientes obstétricas se deben referir a la unidad de cuidados intensivos si requieren apoyo circulatorio o pulmonar, lo cual es evidente con base en diversos signos y síntomas, así como en estudios, tales como:

- **EXPLORACIÓN FÍSICA GENERAL**

Inspeccionar el nivel de conciencia como una alteración en la capacidad sensorial o un nivel de conciencia disminuido, la presencia de taquicardia, taquipnea, dificultad respiratoria, cianosis, obstrucción respiratoria, diaforesis, oliguria, anuria, indican una paciente enferma.

- **SIGNOS VITALES**

- Presión arterial. Una caída de la presión arterial sistólica menor a 80 mm Hg, o una presión arterial media menor que 60 mm Hg sugieren disminución del volumen intravascular, aumento de la capacitancia venosa, o bien, depresión miocárdica, los aumentos de la presión arterial diastólica mayor a 120 mm Hg, pueden indicar crisis hipertensivas agudas, respuesta al estrés, ansiedad o una excesiva terapia vasopresora

- Frecuencia cardiaca. Las pacientes pueden tener taquicardia, bradicardia o alteraciones en el ritmo

- Frecuencia respiratoria. Si es mayor a 35 respiraciones por minuto sugiere insuficiencia respiratoria.

- Temperatura. La elevación de la temperatura se presenta en infecciones, sin embargo, las pacientes en choque séptico pueden estar hipotérmicas.

- Las pupilas desiguales. Pacientes con pérdida de la conciencia, pueden tener su origen en alguna patología intracraneal.

- **SATURACIÓN DE OXIGENO**

En condiciones normales la saturación de oxígeno arterial al respirar el aire del ambiente es de 97% a 98%. El grado de hipoxia se puede clasificar en:

- leve: 90 a 94%

- moderada: 75 a 89%

- severa: menor a 75%

- **PRESIÓN VENOSA CENTRAL**

Una baja de la presión venosa central indica hipovolemia; los valores normales son de 5 a 10 mm Hg

- **GASTO URINARIO**

La producción de orina por hora constituye una aproximación general de la perfusión renal, considerando que el paciente tenga un volumen adecuado y sin enfermedad renal preexistente.

- **ESTUDIOS DE LABORATORIO**

Los valores de laboratorio tales como gasometría arterial, electrolitos séricos, hematocrito, perfil de coagulación y glucemia se deben medir y los valores se consideran severamente anormales si:

- El nivel de sodio sérico es menor que 120 mEq/L o mayor que 160 mEq/L

- El nivel de potasio sérico es menor que 3 o mayor que 5.5 mEq/L

- Altos niveles de glucosa en sangre

Se realiza electrocardiografía y se indica admisión a la UCI en:

- Infarto de miocardio con arritmia compleja

- Inestabilidad hemodinámica o insuficiencia cardíaca congestiva

- Taquicardia ventricular sostenida o fibrilación ventricular
- Bloqueo cardíaco completo con inestabilidad hemodinámica

7.5- TRANSPORTE MATERNOFETAL

El transporte maternofetal se plantea para ofrecer asistencia obstétrica – neonatal optima a problemas que no pueden asumirse en un determinado centro. Todos los centros deben conocer sus recursos y sus limitaciones para adecuar las indicaciones generales de transporte a su situación particular.

El transporte maternofetal es preferible al neonatal. Con él se obtienen mejores resultados en términos de mortalidad, morbilidad, tiempo de ingreso de los recién nacidos en unidad de cuidados intensivos neonatales. Además, el vínculo madre e hijo se mantiene unido. Es deseable plantear el transporte en situación de estabilidad maternofetal (no urgente), frente a un traslado intempestivo (urgente). El traslado en sí mismo constituye un elemento desestabilizador, por lo que es importante definir bien su indicación. El transporte debe estar disponible de forma permanente, 24 horas al día, 7 días a la semana.

7.6-INDICACIONES DEL TRANSPORTE MATERNOFETAL

La indicación de transporte maternofetal debe hacerse de forma individualizada y es siempre una decisión de los facultativos del centro emisor, en función de la situación clínica de la paciente, respuesta al tratamiento, así como otras variables.

Las indicaciones a considerar son:

- **Causa materna:**
 - Preelampsia grave
 - Síndrome de HELLP
 - Hemorragia anteparto
 - Embarazo complicado con enfermedades de base mal controladas: diabetes mellitus, cardiopatías/nefropatías, hemopatías/coagulopatías.

- Previsibles complicaciones en el posparto.
- Situaciones que puedan propiciar parto prematuro
- **Causa fetal:**
 - Amenaza de parto prematuro, con o sin ruptura de membranas
 - Gestación múltiple
 - Malformaciones fetales que requieran asistencia neonatal inmediata.
 - Polihidramnios u oligohidramnios graves.
 - Retraso grave de crecimiento intrauterino.
 - Isoinmunización Rh grave.
 - Diagnóstico prenatal de enfermedad metabólica que requiera control inmediato.

7.7-CONTRAINDICACIONES PARA EL TRANSPORTE MATERNOFETAL

- Inestabilidad clínica materna (hemorragia anteparto que condicione shock).
 - Pérdida de bienestar fetal (cardiotocograma, acidosis en pH).
 - Prolapso de cordón o de extremidades.
 - Parto inminente.
 - Otras: falta de personal entrenado para el transporte, condiciones meteorológicas o de tráfico que contraindiquen iniciar el transporte.
- ❖ ANTES DEL TRASLADO
- Hacer la indicación del traslado
 - Contactar con el centro de destino y exponer el problema. Obtener autorización para el traslado.
 - Estabilizar madre y feto. Según el motivo de traslado, valorar el inicio de tratamiento.
 - Preparar informe de remisión y documentación anexa si la hubiera (cardiotocogramas, imágenes ecográficas, etc.)
 - Preparar hoja de transporte maternofetal, la cual debe contener:

1.- datos administrativos:

filiación de la paciente, día y hora de traslado, teléfonos de contacto.

2.- datos clínicos:

- motivo de traslado
- fecha de última regla, fecha probable de parto, semanas de gestación.
- trabajo de parto: inicio, frecuencia, duración e intensidad de las contracciones.
- tacto vaginal: estado de la bolsa amniótica, indicar si existe o no sangrado vaginal.
- constantes vitales: presión arterial, frecuencia cardíaca, temperatura, frecuencia cardíaca fetal.
- medicación administrada.

3.- evaluación ruta:

determinar vehículo de transporte y personal acompañante, informar a la paciente y a la familia. Obtener consentimiento informado.

❖ DURANTE EL TRASLADO

- Mantener a la paciente en decúbito lateral izquierdo, evitar el decúbito supino. Adecuada sujeción y comodidad, brindar apoyo psicológico a la paciente.
- Control materno fetal (constantes vitales y trabajo de parto). Reflejarlo en la hoja de transporte maternofetal.
- Mantener tratamiento instaurado.
- Mantener contacto permanente con los centros emisor y receptor.

❖ AL LA LLEGADA AL CENTRO RECEPTOR

- Transferir a la paciente al facultativo responsable. Facilitar la documentación acompañante.
- Informar verbalmente de las incidencias en ruta.

7.8.- URGENCIAS GESTACIONALES DEL PRIMER TRIMESTRE

Una urgencia gestacional es aquel estado de salud que pone en peligro la vida de la mujer y/o al producto y que además requiere de atención médica y/o quirúrgica de manera inmediata. Estas urgencias se pueden manifestar en el primer, segundo o tercer trimestre de embarazo y estas tienen sus consecuencias dependiente a la semana de gestación que se encuentre la paciente. Las urgencias gestacionales más comunes son las siguientes:

- Hemorragia
- Inducción farmacológica del aborto
- DIU y embarazo inicial
- Aborto tardío
- Incompetencia cervical

❖ HEMORRAGIA

la hemorragia o metrorragia del primer trimestre es todo aquel sangrado que aparece durante las primeras 12 semanas de gestación. Se trata de la patología más frecuente durante este periodo. Dependiendo de la cantidad del sangrado, de los síntomas presentes y de los signos ecográficos se establecerá la etiología.

- EVALUACIÓN CLINICA INICIAL

1.- Anamnesis:

- Historia ginecoobstétrica con fórmula menstrual.
- Confirmación de la edad gestacional.
- Sintomatología acompañante.
- Otros problemas coexistentes.

2.- ecografía transvaginal:

- Confirmar edad gestacional y viabilidad del embarazo.

- Valorar signos de amenaza de aborto: tamaño de la vesícula vitelina, despegamiento del saco, frecuencia cardiaca embrionaria.

- Descartar gestación ectópica.

3.- exploración genital:

- Valoración del sangrado.

- Toma de muestra de exudado vaginal si se tiene sospecha de infección.

- Tacto vaginal: tamaño del útero, estado del cuello uterino, valoración de tumoración anexial.

- MANEJO DE LA SITUACIÓN AGUDA

1.- En el caso de aborto en curso:

- Situación de emergencia que requiere la realización de un legrado obstétrico en caso de un sangrado abundante y mantenido.

- Según la pérdida hemática puede ser necesario una transfusión sanguínea, en los casos más graves.

- TRATAMIENTO

- Etiológico si el origen no es la gestación (infección, eritroplasia, etc.)

- En el caso de que se trate de una amenaza de aborto, la actitud será expectante:

- Reposo relativo de la paciente hasta cese del sangrado.

- Control clínico y ecográfico a la semana.

- Se puede añadir progesterona vía vaginal (200 mg. c/12-24 horas).

- Si se confirma gestación no evolutiva y ausencia de expulsión espontánea, se llevará a cabo la evaluación médica y/o quirúrgica.

❖ INDUCCIÓN FARMACOLÓGICA DEL ABORTO

El aborto médico o farmacológico se define como aquel en el que se produce la completa expulsión del producto de la concepción sin instrumentación quirúrgica, es la expulsión de su madre de un embrión o feto de menos de 500 gramos de peso, independientemente de si hay o no evidencia de vida o si el aborto fue espontáneo o provocado. El aborto solo se debe realizar si la vida de la madre está en peligro. Los abortos se clasifican en:

- Aborto precoz: es el que ocurre antes de las 12 semanas de gestación.
- Aborto tardío: es el que tiene lugar con 12 o más semanas de gestación.

El tratamiento farmacológico sería el método de elección en los siguientes casos:

- La mujer desea evitar una intervención quirúrgica
- Obesidad
- Malformaciones cervicouterinas
- Cuando no se precisa estudio histológico del aspirado
- EVALUACIÓN CLÍNICA INICIAL
- Anamnesis
- Exploración física
- Estudio básico de coagulación
- Grupo sanguíneo y Rh
- Prevención de las complicaciones infecciosas
- Valoración preanestésica
 - MANEJO DE LA SITUACION AGUDA
- Contraindicaciones del tratamiento médico o farmacológico
- Mujeres que no prefieran esta opción
- Inestabilidad hemodinámica

- Sospecha de tejidos infectados
- Contraindicación para el tratamiento médico
- Sospecha de enfermedad trofoblástica
- Beneficios del tratamiento médico o farmacológico
- Considerado más eficaz que el quirúrgico en primeras semanas del embarazo
- Menor riesgo de complicaciones: infecciones, perforaciones, menor síndrome adherencial.

- TRATAMIENTO

Para ello se cuenta con varios tipos de medicación:

- Prostaglandinas y análogos
- Antiprogestagenos
- Metotrexato

❖ HIPEREMESIS GRAVÍDICA

Se define como la presencia de vómitos frecuentes e incoercibles que impiden una correcta nutrición de la gestante y conllevan la aparición de un trastorno metabólico. Se estima su frecuencia en alrededor del 1% de las gestantes. Su aparición es típica de entre las semanas 4 y 8 de embarazo.

- DIAGNÓSTICO CLÍNICO

- Vómitos incoercibles refractorios a tratamiento ambulatorio.
- Pérdida de peso mayor al 5 % previo al embarazo.
- Ausencia de otra sintomatología: infecciosa, digestiva, neurológica.
- Cetosis, cetonuria
- En casos más graves puede conllevar:

-Alteraciones hidroelectrolíticas: hipocloremia, hiponatremia, hipopotasemia, hemoconcentración, alcalosis metabólica.

- Insuficiencia renal

-Alteraciones metabólicas: aumento de transaminasas, bilirrubina, hipertiroidismo.

- MANEJO DE LA SITUACIÓN AGUDA

- ✓ Dieta absoluta

- ✓ Tratamiento farmacológico:

- Ranitidina 150 mg cada 8 horas vía oral o intravenoso

- Omeprazol 20 – 40 mg cada 12 horas vía oral o intravenoso

- ✓ En caso de ambiente psicoafectivo alterado:

- Aislamiento

- Dlacepam: 5 - 10 mg cada 12 horas vía oral.

- TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO

- ✓ Cambios en la dieta y estilo de vida:

- repartir comidas, comer pequeñas cantidades, separar sólidos y líquidos, evitar bebidas frías y muy azucaradas

- disminuir el estrés e incrementar las horas de sueño.

- importante mantener el aporte de ácido fólico y vitamina B6.

- RIESGOS DE LA HIPEREMESIS GRAVIDICA

- Resultado perinatal adverso: recién nacidos con bajo peso para su edad gestacional, prematuridad, test de APGAR de 7- 7 o menor.

- Complicaciones neurológicas: Encefalopatía de Wernicke, neuropatía periférica.

- Complicaciones digestivas: rotura esofágica.

- Complicaciones torácicas: neumotórax, neumomediastino

- Coagulopatía: déficit de vitamina k.
- Complicaciones de nutrición parenteral: sepsis.
- Muerte materna.

- MANEJO DE LAS COMPLICACIONES

- Ante sospecha de complicación neurológica se añadirá vitamina B1 al tratamiento y se contactará con neurología.
- Ante complicaciones graves de otras especialidades se consultará con el especialista adecuado.
- Ante cuadro refractario se valorará la posibilidad de interrupción legal del embarazo.

7.9-. URGENCIAS GESTACIONALES DEL SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE

❖ ABORTO TARDIO

Interrupción del embarazo entre a semana 12 – 22 de la gestación (segundo trimestre), o que el feto sea inferior a los 500 gramos de peso al nacer. El aborto es la complicación más común de la gestación, si bien su frecuencia disminuye conforme avanza la edad gestacional: un 80 % ocurren antes de la semana 12, mientras que en la semana 15 la incidencia de esta complicación disminuye a un 0.6 %.

- ETIOLOGÍA

- Anomalías cromosómicas. Su incidencia es mayor cuanto menor es la edad gestacional
- Causas traumáticas: traumatismo abdominal materno o más frecuentemente yatrogénico: técnicas invasivas como amniocentesis o biopsia corial
- Factores maternos:
- Anomalías uterinas congénitas o adquiridas

- incompetencia cervical congénita y adquirida
- infecciones maternas agudas
- endocrinopatías maternas: enfermedad tiroidea, síndrome de Cushing, diabetes mal controlada.
- estados de hipercoagulabilidad por trombofilias congénitas o adquiridas y anómalas del sistema inmunatorio.

- EXPLORACIÓN FÍSICA

- Anamnesis

Se sospechará un aborto o amenaza de aborto en una mujer de edad fértil con retraso menstrual o un embarazo confirmado que presente metrorragia, dolor abdominal tipo cólico y eventualmente pérdida de restos ovulares.

- examen abdominal y genital
- Determinar el tamaño del útero
- Descartar irritación peritoneal, tumoraciones abdominopelvicas y valorar el estado del cérvix
- Identificar con ayuda de un espejulo el origen del sangrado y la presencia o no de restos gestacionales en vagina o cérvix.
- Ecografía: Es la principal herramienta para el diagnóstico. Determina si el embarazo es intrauterino, si existe vitalidad embrionaria o si ha sido expulsado totalmente o parcialmente.

Diagnostica hematomas subcoriales que tienen diferente pronóstico según la localización. También podrá evaluarse la presencia o ausencia de tumoraciones anexiales y colecciones líquidas en Douglas, así como la sospecha de enfermedad trofoblástica.

- Exámenes de laboratorio

Analítica completa incluyendo grupo sanguíneo y Rh

- Si hay sangrado abundante: pruebas cruzadas para reserva de sangre
- En caso de aborto séptico: muestras de sangre y endometriales para cultivo.

- **TRATAMIENTO**

Amenaza de aborto: manejo expectante. El uso de progesterona es controvertido y los datos de que se dispone son insuficientes para recomendar o no su uso. Así mismo el reposo en cama y la abstinencia de relaciones sexuales tampoco ha demostrado beneficios en prevención de la pérdida fetal, si bien son recomendaciones generalizadas.

Aborto incompleto: no precisa tratamiento, salvo administración de gammaglobulina anti-D en pacientes Rh negativas

- ❖ **INCOMPETENCIA CERVICAL**

Condición médica en la cual el cuello uterino de una mujer embarazada comienza a dilatarse o ensancharse y al mismo tiempo sus paredes adelgazan antes de la fecha probable de parto.

- **FACTORES DE RIESGO**

Los principales factores de riesgo para nacimiento prematuro debido a una incompetencia cervical incluyen:

- Diagnóstico de incompetencia cervical en un embarazo anterior,
- Antecedente de parto prematuro por ruptura de membranas,
- Antecedente de biopsia cervical,
- Exposición al medicamento dietilestilbestrol, el cual suele causar defectos anatómicos, y
- Anomalías uterinas.

Ciertos procedimientos obstetricos usados de manera repetitiva, incluyendo la dilatación mecánica, especialmente durante embarazo tardío, puede crear un riesgo de insuficiencia cervical. Además, cualquier trauma importante al cuello uterino puede debilitar los tejidos implicados en la aparición de insuficiencia cervical.

- DIAGNÓSTICO

- Antecedentes de dilatación cervical no dolorosa normalmente después del primer trimestre y sin contracciones o trabajo de parto y ante la ausencia de otra patología evidente.

- Longitud cervical medida en el segundo trimestre para identificar el acortamiento cervical con el uso de ultrasonido.

- Uso graduado de dilatadores cervicales para calcular un índice de resistencia cervical.

- TRATAMIENTO

La incompetencia cervical no suele ser tratada a menos que amenace con terminar de manera prematura el embarazo. La incompetencia cervical puede ser tratada utilizando cerclaje cervical, una técnica quirúrgica que refuerza el músculo cervical al colocar suturas por encima de la apertura cervical para hacer que el canal cervical sea más angosto.

7.10-. CUIDADOS INMEDIATOS AL RECIÉN NACIDO

Aunque no siempre es posible predecir si un recién nacido va o no a necesitar reanimación, la recogida de información sobre los factores de riesgo durante el embarazo o en el curso del parto, va a permitir desde un punto de vista organizativo anticiparse a los problemas.

Los factores de riesgo que nos alertan de aquellas situaciones en las cuales el niño puede necesitar reanimación son:

FACTORES DE RIESGO PRENATALES	FACTORES DE RIESGO INTRAPARTO
Diabetes materna	Cesárea urgente
Hipotensión arterial gestacional o crónica	Parto precipitado
Anemia	Prolapso del cordón umbilical
Muertes neonatales o fetales previas	Placenta previa
Infección materna	Bradicardia fetal
Malformación fetal	Ministración de narcóticos a la madre 4 horas antes del parto
Actividad fetal disminuida	Hipoxia

- Respiración

El llanto es la confirmación de una adecuada ventilación. Si no existe, hay que observar la frecuencia, profundidad y simetría de los movimientos respiratorios o la existencia de patrones anómalos como la respiración en boqueadas o quejido.

- Frecuencia cardíaca

Evaluada auscultando con fonendoscopio o tomando el pulso en la base del cordón umbilical.

- Color

Se observará si tiene un color sonrosado, está cianótico o pálido. La cianosis periférica es habitual y no significa en sí misma hipoxemia.

- Test de APGAR

La valoración del recién nacido se realiza mediante el test de APGAR, que se realiza al minuto del nacimiento y a los 5 minutos

Se valoran 5 parámetros, con una puntuación de 0-1-2. Entre más bajo sea el resultado más atención médica ocupará el recién nacido. El test de APGAR es el siguiente:

VALORACIÓN DE APGAR

signo	Frecuencia cardiaca	Movimientos respiratorios	Color de la piel	Tono muscular	Respuesta a estímulos
puntuación					
2	Superior a 100 por minuto	Llanto fuerte	Normal, rosada	Movimientos activos	enérgicas
1	Inferior a 100 por minuto	Llanto lento, irregular	Rosado, excepto manos y pies(cianóticos)	Extremidades flexionadas	muecas
0	ausente	Ausente	Cianótico e ictericia	Flacidez generalizada	Nulas

8.- CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES OBSTÉTRICAS

8.1- CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EMBARAZADAS

Los cuidados de enfermería abarcan diversas atenciones que un enfermero debe dedicar a su paciente. Sus características dependerán del estado y la gravedad del sujeto, aunque a nivel general puede decirse que se orientan a monitorear la salud y a asistir sanitariamente al paciente.

Los cuidados de enfermería en obstetricia proporcionan una buena higiene tanto para la madre como para el bebe, evitando así posibles infecciones.

Los planes de cuidado de enfermería durante el embarazo suelen incluir la educación de la paciente como un objetivo y como una intervención de enfermería. Enseñar a la paciente embarazada la forma de reconocer los síntomas normales y anormales en su cuerpo proporciona una línea extra de defensa contra los riesgos de la salud fetal que de otra forma podrían no notarse o tratarlos demasiado tarde. También ayuda a las futuras madres a sentirse más cómodas con el proceso de nacimiento y la vida postparto. Esto podría incluir información sobre la dieta adecuada, los riesgos y los beneficios de los medicamentos y las actividades que se deben evitar durante el embarazo e inmediatamente en el postparto.

8.2- MANEJO DE LA PACIENTE EMBARAZADA

Los cuidados durante el embarazo, son fundamentales para la vida del bebe, los síntomas del embarazo deben ser tratados mes a mes con las debidas precauciones.

❖ **PRIMER TRIMESTRE:**

El primer trimestre comprende desde la implantación hasta la semana 14.

En este primer trimestre la enfermera debe tomar pruebas de ecografía y análisis de laboratorio, se preguntará a la paciente sobre su última menstruación y se informará sobre la fecha probable de parto.

En este periodo de tiempo los órganos del producto evolucionan y el feto es más susceptible a daños por toxinas, drogas e infecciones.

En este primer trimestre la enfermera debe de realizar la historia clínica obstétrica, la cual incluye:

1.- Interrogatorio: se debe realizar la ficha de identificación corroborando el nombre completo de la paciente de preferencia tomado de un documento legal, fecha de nacimiento, sexo, estado civil, religión, domicilio, fecha y lugar de nacimiento, grado de escolaridad, nombre del cónyuge o persona responsable y su teléfono.

- Antecedentes gineco obstétricos: la enfermera debe preguntar a la paciente el número de gestaciones, el número de embarazos a término, prematuros, abortos ha tenido y cuantos hijos vivos ha tenido.
- Antecedentes heredofamiliares: la enfermera debe preguntar a la paciente si alguno de sus familiares cercanos padece alguna enfermedad como son el asma, diabetes, cáncer y los tipos, tuberculosis, diabetes gestacional, pancreatitis, hipotiroidismo, dependencia alcohólica, enfermedad de crohon, enfermedades neurológicas, cardiopatías, psicopatías, lepra, drogadicción en la familia.

Antecedentes personales: la enfermera debe preguntar a la paciente:

- Tiene antecedentes quirúrgicos, la causa de estos y si estos tuvieron complicaciones
- Evento traumático
- Férulas, yesos, a qué edad
- Alergias a alimentos o medicamentos y desde cuando se conoce
- Grupo RH
- Transfusiones, que cantidad, la causa y si hubo reacciones
- Enfermedades infecto contagiosas de la infancia
- Toxicomanías

- Signos y síntomas subjetivos: como son las náuseas, vómitos, estreñimiento, alteraciones emocionales, adinamia, sialorrea, mareos, poliuriuria, astenia, hiporexia, somnolencia, apetito caprichoso, cefalea.

2.- Exploración física: debe realizarse en un área privada, iluminada, evitar corrientes de aire, protegiendo su intimidad, la paciente debe ir con algún acompañante. El material que se ocupa para esta técnica es:

- Lámpara
- Termómetro
- Martillo de reflejo
- Estetoscopio
- Oxímetro
- Reloj
- Cama de expulsión
- Bata
- doppler o estetoscopio de pinnard
- Espejo vaginal
- Guantes
- Lubricante
- Oftalmoscopio
- Otoscopio
- Laringoscopio
- Abate lenguas
- Sabanas

La enfermera debe valorar en la paciente:

- Signos vitales.
- Hábitos exteriores.
- Cabeza.
- Pabellón auricular.
- Ojos.
- Nariz.

- Boca.
- Encías.
- Cuello.
- Tórax
- Mamas
- Axilas
- Abdomen
- Extremidades
- Anexos tegumentarios

3.- Impresión diagnóstica: Se debe realizar un diagnóstico de acuerdo con lo ya preguntado y valorado a la paciente. Ejemplo:

Primigesta con embarazo de 38 semanas de gestación con trabajo de parto en fase activa complicado con pre eclampsia leve.

4.- Pronóstico: Siempre es en cuanto la salud y la vida es para la madre y el hijo, puede haber complicaciones, bueno para la madre y malo para el producto, o bien, malo para la madre y bueno para el producto.

5.- Plan de manejo: Son los cuidados y las medidas generales que el medico tiene que indicar para la atención de la paciente ya hospitalizada, los cuales son:

- Signos vitales
- Dieta
- Posición en la que debe estar la paciente
- Vigilar actividad uterina, percepción de movimientos fetales
- Escuchar la frecuencia cardiaca fetal
- Vigilar micción espontanea
- Vigilar las evacuaciones

❖ **SEGUNDO TRIMESTRE**

El segundo trimestre se extiende desde la semana 14 a la 27.

La enfermera debe valorar en cada consulta prenatal:

- signos vitales y peso (comparación con los valores normales).
- Tensión arterial siempre en el mismo brazo y sentada
- Presencia de edemas.
- Medición de la altura uterina.
- Valoración fetal: la medición de la altura uterina sobre la sínfisis púbica se usa como indicador del crecimiento fetal y de la edad gestacional. Una altura uterina estable o que decrece puede indicar retraso en el crecimiento uterino. Un aumento excesivo puede indicar la presencia de un embarazo múltiple o un hidramnios.
- Edad gestacional: se determina a partir de la historia menstrual y los datos obtenidos durante la valoración clínica o mediante ecografía. El avivamiento (percepción de vida) se refiere a la primera percepción que tiene la madre de los movimientos fetales (entre las semanas 16-19 de gestación). El estudio de la salud fetal se valora por la comprobación de los movimientos fetales y los latidos cardiacos fetales.
- Complicaciones potenciales maternas o fetales, los cuales son:
 - Vómito pertinente o excesivo → puede indicar hiperémesis gravídica
 - Hemorragia vaginal → amenaza de aborto
 - Crecimiento uterino retardado
 - Ruptura prematura de membranas
 - Frecuencia fetal irregular o ausente o ausencia de movimientos fetales, puede ser causa de sufrimiento fetal o muerte fetal intrauterina.
 - contracciones uterinas puede indicar un parto prematuro.
 - Trastornos visuales, edemas, cefaleas puede indicar hipertensión arterial en el embarazo

❖ **TERCER TRIMESTRE:**

El tercer trimestre comprende desde la semana 27 a la 40. En este trimestre es donde se valoran las complicaciones en el embarazo.

La enfermera debe realizar:

1.- Valoración materna:

- Se revisan todos los sistemas físicos de la embarazada profundizando si existen hallazgos sospechosos.
- Se identifican las adaptaciones relacionadas con las molestias del embarazo.
- Se valora el conocimiento de la mujer sobre su autocuidado.

2.- Examen físico:

- Se evalúan los signos vitales, el peso, y la existencia de edemas y varices.
- Se confirma la edad gestacional y si existe algún riesgo.

3.- Riesgos potenciales:

- Situaciones hipertensivas inducidas por el embarazo.
- Situaciones hemorrágicas: amenaza de aborto, placenta previa, apoplejía útero-placentaria (también denominada abrupto placentaria) a desprendimiento total o parcial en su zona natural.

4.- Pruebas de laboratorio:

- EGO: para descartar diabetes mellitus
- proteinuria para descartar eclampsia
- leucocituria para descartar una infección
- Tiempos de coagulación: para determinar el valor de la hemoglobina, si la paciente va a ser sometida a una cesárea.

5.- Valoración fetal:

- Se valora la presentación, la posición del feto con las maniobras de Leopold.
- Las mediciones uterinas y el tamaño del feto se comparan con el tiempo de gestación.
- La ecografía permite determinar el peso fetal, midiendo el diámetro biparental y diagnosticar un posible crecimiento intrauterino retardado, un embarazo múltiple o una fecha probable de parto errónea.

- Se le pide a la madre que describa los movimientos fetales y que informe de señales de alarma como la rotura de membranas o la disminución o ausencia de movimientos fetales.

8.3- CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL EMBARAZO DE ALTO RIESGO

Un embarazo de alto riesgo es el que tiene factores asociados que pueden afectar negativamente a la salud de la madre o del feto. Un buen control de la gestación resulta clave para evitar problemas mayores.

Existen determinadas acciones enfermeras comunes para todas las gestantes como es:

- Control de constantes vitales
- Identificación y compensación de necesidades básicas alteradas
- Canalización de vía venosa periférica en caso necesario
- Ministración del tratamiento farmacológico
- Registro de actividades realizadas

A su vez, se deberán aplicar unos cuidados más específicos en función de la patología o complicación que la gestante presente y que ha precipitado su ingreso hospitalario. Algunas de las patologías son:

❖ **PACIENTES CON HIPEREMÉSIS GRAVÍDICA:**

Se deberá mantener ayunas las primeras 48 horas, a partir de las cuales se aumentará la ingesta gradualmente según tolerancia, asegurando en todo momento un buen balance hidroelectrolítico. La intervención más significativa es el manejo del vómito que incluye actividades como: valoración del aspecto del vómito y su duración y frecuencia, mantener la vía respiratoria permeable previniendo la aspiración, proporcionar alivio durante y después del vómito, disminuir los factores emetizantes y desarrollar el uso de técnicas no farmacológicas para el control del vómito, realizar peso diario y fomentar el descanso.

❖ **PACIENTES CON TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS:**

Se deberá mantener a la paciente en reposo en decúbito lateral izquierdo, el control de signos vitales debe ser cada 4 horas y se debe llevar a cabo un balance hídrico estricto y peso diario. Ministración de tratamiento según orden médica, control de edemas y control diario de la proteinuria mediante tira reactiva. Si aparece eclampsia, se debe realizar acciones para mantener la vía aérea permeable, como la aspiración de secreciones; y evitar lesiones si la paciente convulsiona.

Además, se realizarán actividades para el manejo de la hipertermia, como instauración de medidas físicas.

❖ **PACIENTES CON ALTERACIONES PLACENTARIAS SIN O CON ESCASO SANGRADO:**

Se mantendrá reposo relativo y toma de constantes por turno. Además de mantener una vía periférica permeable. En caso de metrorragia, se mantendrá a la paciente en ayunas y reposo absoluto.

A pesar de establecerse unos cuidados generales, se debe siempre individualizar los cuidados, atendiendo a las necesidades específicas de cada paciente y proporcionando una asistencia sanitaria integral.

8.4- APOYO PSICOLÓGICO A LA PACIENTE EMBARAZADA

El embarazo constituye una etapa de cambios que requieren una gran adaptación y madurez emocional de la gestante

El principal rasgo es la ansiedad materna, que aumenta conforme lo hace el riesgo gestacional y en situaciones de hospitalización. Existen estudios que afirman que la ansiedad materna puede provocar efectos negativos sobre la gestación y el desarrollo del bebé. El personal de enfermería disfruta de una posición privilegiada, ya que es el profesional que tiene mayor contacto con la paciente y puede proporcionar unos cuidados más amplios y globales.

Para proporcionar apoyo emocional y psicológico, es necesario:

- Proporcionar un ambiente íntimo y apropiado que facilite la comunicación.
- Asegurar la confidencialidad, y mostrarse tranquilo, controlando el lenguaje no verbal y demostrando empatía.
- Escuchar activamente las inquietudes y sentimientos de la gestante y su familia, respondiendo con claridad a las preguntas que puedan presentarse.
- Cubrir la necesidad de información, explicando la situación actual y las medidas terapéuticas que se van a adoptar, disminuye en gran medida la ansiedad ante el desconocimiento.

8.5.- ATENCIÓN PRENATAL DE ENFERMERIA

Es el conjunto de acciones que se realizan a la mujer con el objetivo de promover una buena salud materna, el desarrollo normal del feto y la obtención de un recién nacido en óptimas condiciones desde el punto de vista físico, mental y emocional, disminuyendo la mortalidad materna y mortinatalidad perinatal. Los cuales son:

- Confirmar el embarazo y determinar el riesgo obstétrico
- Realizar la historia clínica obstétrica
- Determinar el riesgo obstétrico una vez efectuadas las actividades anteriores
- Proporcionar las intervenciones de enfermería necesarias para la estabilización de la embarazada ante la presencia inminente de complicaciones.
- Programar el número de consultas de acuerdo con el estado general, edad gestacional y características individuales y familiares.
- Iniciar terapéutica preventiva encaminada a evitar procesos anémicos en la madre y defectos del producto al nacimiento.
- Capacitar a la embarazada para que identifique oportunamente signos y síntomas de alarma en el embarazo.
- Proponer acciones de preparación del ambiente familiar para recibir al recién nacido.
- Promover la adquisición de hábitos higiénicos y dietéticos saludables durante el embarazo.

- Preparar física y emocionalmente a la pareja para la lactancia materna.
- Promover la integración de la pareja en el programa de atención prenatal.

8.6.- EL CUIDADO DE LA SALUD DURANTE LA GESTACIÓN

La atención obstétrica juega un papel importante durante todo el embarazo. Durante el embarazo se realizan pruebas de rutina para detectar y ayudar a guiar el tratamiento de problemas potenciales.

- ATENCIÓN PRENATAL:

Las visitas regulares al médico a lo largo del embarazo reducen el riesgo de muerte materna.

La atención prenatal alerta al personal adiestrado sobre situaciones que pudieran requerir cuidados especiales, como un embarazo múltiple, hipertensión, problemas cardíacos o renales y diabetes, Entre las semanas veintiséis y veintiocho de gestación, se les hacen pruebas para detectar la presencia de estreptococos del grupo B. Si estas bacterias están presentes en el intestino grueso, pueden infectar a la criatura durante el parto.

La futura madre ha de estar lista para aportar a los profesionales de la salud toda la información de que disponga, incluido su historial médico. También debe sentirse libre para preguntar cuanto crea pertinente. Es esencial que busque ayuda médica de inmediato en caso de hemorragia vaginal, inflamación repentina del rostro, fuertes o continuos dolores de cabeza o de los dedos, sensación súbita de visión borrosa o disminuida, fuertes dolores abdominales, vómitos persistentes, escalofríos o fiebre, cambios en la frecuencia o intensidad de los movimientos fetales, pérdida de líquido por la vagina, dolor al orinar o expulsión incompleta de la orina.

- ALCOHOL Y DROGAS

El consumo de alcohol, drogas o tabaco ya sea fumadora activa o pasiva por parte de la embarazada aumenta el riesgo de que él bebe nazca con retraso mental,

anomalías físicas y hasta trastornos de conducta. Incluso se ha sabido de madres drogadictas cuyos recién nacidos han presentado síndrome de abstinencia. Aunque hay quienes creen que un vaso de vino de vez en cuando no es perjudicial, los especialistas suelen recomendar la abstinencia total durante el embarazo.

- MEDICAMENTOS

No se debe tomar ninguna medicación a menos que la recete específicamente un médico que sepa del embarazo y haya sopesado bien los riesgos. Algunos suplementos vitamínicos también pueden perjudicar. Por ejemplo, un exceso de vitamina A puede provocar malformaciones fetales.

- AUMENTO DE PESO

La embarazada debe evitar los extremos, el riesgo de muerte del recién nacido de bajo peso es cuarenta veces mayor que el de él bebe que nace con un peso normal. Por otro lado, comer por dos solo contribuye a la obesidad. El aumento de peso adecuado indica que la embarazada está comiendo la cantidad debida para satisfacer las necesidades incrementadas de su organismo.

- HIGIENE

La embarazada puede bañarse o ducharse sin problemas, pero no es recomendable que utilice duchas vaginales. Ha de evitar el contacto con personas que padezcan infecciones virales como la rubéola. Además, para no contraer toxoplasmosis, debe evitar la carne poco cocida y el contacto con el excremento de gato. Es esencial que siga las normas básicas de higiene, como la de lavarse las manos y lavar los alimentos crudos. Las relaciones sexuales no suelen constituir un riesgo, salvo durante las últimas semanas del embarazo o en el caso de hemorragia, contracciones o aborto previo.

- DIABETES

No mantener su diabetes controlada durante el embarazo aumenta la posibilidad de que su bebé sufra de defectos de nacimiento u otros problemas. También puede causarle a usted complicaciones graves.

- EXPOSICIONES AMBIENTALES EN EL TRABAJO

Algunos riesgos en el lugar de trabajo pueden afectar su salud y la de su bebé en gestación. Aprenda a prevenir algunos riesgos en su lugar de trabajo.

8.7. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL TRIAGE OBSTÉTRICO

La enfermera debe participar en el manejo oportuno y adecuado en la atención de la paciente obstétrica, así como realizar la clasificación de acuerdo al Triage obstétrico establecido. La enfermera debe realizar:

- Toma y valoración de signos vitales, monitoreo de glucosa en sangre, detección de proteínas en orina, así como realizar los procedimientos necesarios para la correcta clasificación inicial de las pacientes de acuerdo a los signos y síntomas encontrados.
- Realizar una cuidadosa y puntual exploración física, para coadyuvar a determinar tempranamente el diagnóstico médico; así como valorar el ingreso hospitalario, tratamiento ambulatorio o en su caso referencia a otra unidad.
- Conocer y aplicar al 100% el Triage Obstétrico.
- Realizar el registro del 100% de las pacientes que son atendidas en el módulo de valoración inmediata.

8.8- CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA ACTIVACIÓN DEL CÓDIGO MATER

Por ser el personal de primer contacto junto con el médico gineco obstetra, es quien activa el código mater con indicación previa. Durante la activación del código mater la enfermera debe realizar distintas acciones, las cuales tienen como objetivo lograr una intervención rápida, oportuna y eficaz a la paciente que presente una urgencia obstétrica. La enfermera tiene las siguientes funciones:

- Valoración de signos vitales, la tensión arterial debe ser tomada cada 15 minutos.
- Valoración del estado de conciencia

- Instalación de acceso venoso periférico con catéter de calibre grueso.
- Toma de muestras sanguíneas.
- Ministración de medicamentos.
- Registrar los medicamentos ministrados en la hoja de enfermería.
- Valoración de presencia de edema.
- Ministrar el oxígeno.
- Valorar frecuencia cardiaca fetal.
- Valora reflejos osteotendinosos.
- Valorar presencia de sangrado transvaginal.

8.9- CUIDADOS DE ENFERMERÍA A LA PACIENTE EN TRABAJO DE PARTO Y EL PUERPERIO

❖ CUIDADOS DE ENFERMERÍA A LA PACIENTE EN TRABAJO DE PARTO

El parto es el conjunto de fenómenos fisiológicos que determinan y acompañan a la expulsión del feto viable y los anexos ovulares, desde la cavidad uterina al exterior a través del canal de parto.

El desarrollo de una evaluación sistemática permite incrementar la confianza, proporcionar atención continua a la paciente y prevenir la aparición de complicaciones que puedan afectar la seguridad de la madre y el feto contando con conocimientos y actitudes profesionales del personal de enfermería. Los cuidados son los siguientes:

- Al ingreso de la paciente, se aplicará el triage obstétrico, y en caso necesario se activará el código mater
- Cuando la paciente este en la unidad toco quirúrgica se valorarán los signos vitales constantemente, el estado de conciencia

❖ CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PUERPERIO

Se considera puerperio al período de tiempo que dura la recuperación completa del aparato reproductor después del parto, que suele durar entre cinco y seis semanas. La enfermera debe realizar los siguientes cuidados:

- Vigilar signos vitales
- Vigilar el sangrado transvaginal
- Valoración de la episiotomía
- Favorecer la lactancia materna

8.10- CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL NEONATO DURANTE EL PARTO

El recién nacido sufre cambios fisiológicos profundos en el momento de nacer cuando sale de la cavidad uterina donde tiene todas sus necesidades básicas, a un mundo externo frío, lleno de luz brillante y basado en la gravedad. La enfermera le debe brindar cuidados específicos para incorporarlo a la vida extrauterina, los cuales son los siguientes:

- Prevención de pérdida de calor
- Ligadura del cordón umbilical
- Pesar al neonato
- Tomar las medidas correspondientes
- Valoración APGAR
- Valoración de silverman
- Ministración de vitamina k
- Mantener las vías aéreas permeables

9.- CONCLUSIÓN

Yo concluyo, que muchas veces los jóvenes no mantienen una buena relación familiar y cuando se presenta alguna situación no toman las decisiones adecuadas o no tienen la confianza para dialogar en familia en temas como la sexualidad, lo que puede traer como consecuencia embarazos no deseados.

Se plantea además la posibilidad de que el embarazo adolescente sea una forma de escapar del mundo del trabajo y del mundo escolar, si la adolescente no se siente capaz de enfrentar las exigencias escolares y/o laborales. Así, al embarazarse no se le puede exigir como al resto, porque ella ha adquirido otras responsabilidades que pertenecen al mundo de los adultos.

Se señala además la presencia de una autoestima disminuida, habiéndose encontrado en varios estudios que las adolescentes embarazadas mostraban un bajo concepto de sí mismas. Se argumenta que buscan afecto para compensar su propia inseguridad.

Diversos estudios sobre fecundidad en adolescentes coinciden en que las relaciones familiares influyen considerablemente en el comportamiento sexual de la adolescente. La comunicación familiar es un factor determinante de las relaciones que se establece en el núcleo familiar y las relaciones que se establecerán con los demás.

Los cambios anatómicos, bioquímicos y fisiológicos son progresivos y son esenciales para soportar y proteger el feto en crecimiento y para preparar a la madre para el parto. Gran parte de los cambios empiezan después de la fecundación y continúan durante toda la gestación. Después del parto y del cese de la lactancia, la mujer regresa casi por completo a su estado previo al embarazo. Estos ajustes causan problemas menores para la mujer saludable; sin embargo, ciertos factores pueden afectar la capacidad individual para adaptarse a las demandas del embarazo, como edad materna y gestaciones múltiples. En la presencia de patologías clínicas o subclínicas, los cambios fisiológicos normales del embarazo pueden empeorar significativamente enfermedades en sistemas ya comprometidos, amenazando la vida tanto del feto como de la madre.

Los adolescentes necesitan programas que den cuenta de la necesidad que tienen de ser escuchados, de contar con servicios de salud que protejan su identidad e intimidad, que estén dispuestos a abordar cualquier tema, que ganen su confianza, vallan a donde ellos van. Programas en los cuales se eliminen los obstáculos burocráticos, la ineficiencia y la falta de atención empática y anónima. Si bien la experiencia es hasta ahora limitada, los programas han dado mejor resultado cuando se trabaja con los adultos responsables de su formación, cuando se involucra a los jóvenes en los diseños de los modelos fomentando la comunicación interpersonal, cuando se articula la educación a la prestación de servicios, cuando se prestan modelos de conducta que hacen más atractivo el comportamiento sin riesgos y sobre todo, cuando se invierte el tiempo suficiente y se cuenta con la actitud y disposición para atenderlos.

Los principales factores de riesgo para el desarrollo de complicaciones obstétricas observados entre las pacientes estudiadas fueron la edad menor a 19 años, la multigravidez, los abortos y la falta de control adecuados.

La mayoría de las adolescentes no planificó el embarazo, al enterarse la relación con la pareja fue inestable, más de la 1/3 parte abandonaron sus estudios, se presentó alteración de la salud mental con estrés, tristeza, depresión; recibieron apoyo moral y económico de la familia y de la pareja.

La atención prenatal tardía o deficiente, se asocia con el riesgo de presentar anemia, deficiencia de hierro y de zinc.

10. BIBLIOGRAFÍA

10.1- BÁSICA

- Liu S, Joseph KS, Liston RM. Incidence, risk factors, and associated complications of eclampsia. *Obstet Gynecol.* 2011;118: 987
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a Safer Health System. Vol 6: National Academies Press; 2000
- González (2011). Amenaza de aborto. *Revista médica de centro américa.* Vol. LXVIII (599) 495-498
- Gabbe G Niebyl J Leigh J et al. *Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies.* Elsevier Saunders. Philadelphia – USA. 6 th edition, 2012
- Rowe T. Placenta Previa. *J Obstet Gynaecol Can* 2014; 36(8): 667–668
- Directriz: Administración diaria de suplementos de hierro y ácido fólico en el embarazo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012
- Navarro JR, Castillo VP. Código rojo, un ejemplo de sistema de respuesta rápida. *Revista, Colombiana de Anestesiología.* 2011;38(1):86-99.
- Departamento de Epidemiología. Estadísticas Hospitalarias. Hospital General de Ecatepec "Las Américas". 2012.
- Briones GJC, Castro NJ, Díaz de León PMA, Briones VCG. Monitoreo hemodinámico con bioimpedancia torácica en pacientes con preeclampsia severa. *Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int.* 2012;26:201- 208.
- Ricci SE. *Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;2015.
- Watson J. Ponencia del Primer congreso internacional de Enfermería. Facultad de Enfermería y Nutriología. Universidad Autónoma de Chihuahua. 2011
- Sáenz Viviana. "Resultados Perinatales Relacionados con Trastornos Hipertensivos del Embarazo". "Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia". 2012, vol. 38 n 1, pág. 40-42 .Cuba
- Baker, Arthur, Haeri Sina." Estimating the impact of pelvic immaturity & Young maternal age on fetal malposition". "Baylor College of Medicine, Obstetrics and Gynecology".2011.USA.

- Gómez PI, Molina R, Zamberlin N. Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe. Primera ed. ginecología FLdSdoy, editor. Lima Perú; 2011.
- OSAR OeSSyR. Embarazo en niñas y adolescentes en Guatemala. Guatemala: OSAR, Estadística; 2011.
- Medrano V SJ, Lopez M DJ, Rosales D GC, Rodenas G EA. Complicaciones obstétricas y perinatales en el embarazo de adolescentes. Tesis de Médico y Cirujano. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Ginecología y Obstetricia; 2013.
- Vega R, Barrón A, Acosta L (2013) Atención prenatal según la NOM007 relacionada con morbilidad materna en una unidad de salud en San Luis Potosí durante 2008. Rev Fac Nac Salud Pública 30: 265-272.
- Rangel D, González E, Barrera M, Pereda H (2012) Embarazo en la adolescencia: su comportamiento en San Luis. Rev Ciencias Médicas 16: 74-83.
- Huanco A, Ticona R, Ticona V, Huanco A (2012) Frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en hospitales del Ministerio de Salud del Perú, año 2008. Rev Chil Obstet Ginecol 77: 122-128.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado el 17 de Diciembre de 2013.
- Colombia. Ministerio de la Protección Social. Lactancia materna y estado nutricional. Encuesta nacional de demografía y salud 2011. Bogotá: Ministerio de salud y protección social; 2011.
- National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI) of the National Institutes of Health. The National High Blood Pressure Education Program (NHBPEP) Coordinating Committee. The '2000 Working Group Report on High Blood Pressure in Pregnancy'. 24 October 2000.
- Peña-Rosas JP, De-Regil LM, Dowswell T, Viteri FE. Daily oral iron supplementation during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Dec 12; 12: CD004736.

- Perinatal care at the threshold of viability. ACOG Practice Bulletin No. 38. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2002; 100:617–24.
- Manghnani, M., López, E., Rovira, R., et. al. Interrupción del embarazo. Estudio comparativo entre diferentes pautas de inducción médica. Barcelona; *Prog Obstet Ginecol*. 2005;48(12):581-9.
- Medicamentos y embarazo: Actualización. INFAC VOLUMEN 21 • Nº 7 • 2013.
- Munro MG: Medical management of abnormal uterine bleeding. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2000; 27: 287-304.
- Anticoncepción hormonal combinada versus no hormonal versus anticoncepción con sólo progestina en la lactancia. *Cochrane Plus*. 2005 nº 2. Oxford, Update Software Ltd. Página consultada el 14/02/2006.
- Organización de las Naciones Unidas. Objetivos del desarrollo del Milenio. Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas. New York. Mayo 2005. [acceso 14 de enero del 2012]. [9- 10].
- CEPAL. Flórez CE, Soto VE. Fecundidad adolescente y desigualdad en Colombia. Consultado el 23 mayo 2012.
- Molina M, Ferrada C, Pérez R, Cid L, Casanueva V, García A. Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar. *Rev Méd Chile*. 2004; 132 (1): 65-70. Consultado el 9 junio de 2011.
- Villar J, Belizan JM. Same nutrient, different hypotheses: disparities in trials of calcium supplementation during pregnancy. *Am J Clin Nutr* 2000; 71S: 1375-1379.
- Observatorio de Mortalidad Materna de México, Numeralia 2011, México, 2013: _FEB_2013_.pdf (Consultado: 11 de febrero, 2013).
- De Santis M, Di Gianantonio E, Straface G, Cavaliere AF, Caruso A, Schiavon F, et al. "Ionizing radiations in pregnancy and teratogenesis. A review of the literature." *Reprod Toxicol*. 2011; 20: 323-329.
- Esper SA, Waters JH: Intra-operative cell salvage: a fresh look at the indications and contraindications. *Blood Transfus* 2011, 9(2):139-147.

- Jacob Alexander Lykke and cols. First-Trimester Vaginal Bleeding and Complications Later in Pregnancy. *Obstet Gynecol* 2011;115:935–44)
- MedlinePlus- Centro Nacional de Defectos Congénitos y Discapacidades del Desarrollo de los CDC, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (2011).
- Letty M P.Liu, Leila Mei Pang: Neonatal Surgical Emergencias: Pediatric Emergencias: *Anesthesiology Clinics of north America* Vol 19 N°2. June 2011.
- Flores M. Neurofisiología del dolor en el feto y el recién nacido. *Rev dol clín ter.* 2003;vol.2.15-20. [citado 2016 enero 20].
- Johonson, M et al. Clasificación Resultados de enfermería (CRE), Nursing Intervention Classification (NOC) Segunda Edición.Elsevier Science.Madrid 2011.

10.2 COMPLEMENTARIA

- U.S. Department of Health and Human Services (2011) *Healthy people 2010: Understanding and improving health* Washington, DC U.S. Department of Health and Human Services .
- Isla Pera P. El cuidador familiar. Una revisión sobre la necesidad del cuidado doméstico y sus repercusiones en la familia. *Cultura de los cuidados.* 2014; IV(7-8):187-94.
- Martins JdJ, Stein Backes D, Da Silva Cardoso R, Lorenzini Erdmann A, De Albuquerque GL. Resignificando la humanización desde el cuidado en el curso de vivir humano. *Rev enferm UERJ* 2015;16(2):276-5.
- Liaschenko J. Ethics in the work of acting for patients. *Nursing Therapeutics* 1995 dec; 18(2):1-12.
- MARQUEZ PARIENTE – AUCCASI ROJAS. “ Propuesta de Áreas y su Adecuación a la Investigación Producida en la Escuela de Sanidad Naval 1988 – 2015”.

- Zarate G. R., Antología de Gestión del cuidado. ENEO UNAM. México.2012.pp.36-37.
- Stetler, C. B. (2016). Updating the Stetler model of research utilization to facilitate evidence-based practice . Nursing Outlook , 49 (6), 272-279 .
- Beauchamp T, Childress JF. Principios de Etica Biomédica. 4ª Ed. Masson: España; 2013. (10) Hem MH, Heggen K. Is compassion essential to nursing practice?. Contemp Nurse 2004; 17(1):19–31.
- Lorda P. Problemas prácticos del Consentimiento Informado. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas- N.º 5. Barcelona: Editorial Fundació Víctor Grífols i Lucas, 2016.
- Simmonds AH. Autonomy and advocacy in perinatal nursing practice. Nurs Ethics. 2012; 15(3):363.

11. GLOSARIO

"A"

- **Acidosis:** trastorno que se produce por una presencia excesiva de ácidos en los tejidos y en la sangre
- **Alcalosis metabólica:** desequilibrio ácido – base en el organismo, caracterizado por un incremento en la acidez del plasma sanguíneo.
- **Amnios:** fina membrana que envuelve y protege al embrión
- **Anamnesis:** Conjunto de datos que se recogen en la historia clínica de un paciente con un objetivo diagnóstico.
- **Anastomosis:** Conexión creada entre estructuras tubulares, como los vasos sanguíneos o las asas del intestino.
- **Atresia:** Ausencia congénita de un orificio o estrechamiento de un conducto natural de un organismo.

"C"

- **Cianosis:** coloración azul de la piel y de las mucosas, que se produce a causa de una oxigenación deficiente de la sangre

- **Cigoto:** célula que resulta de la unión de las células sexuales femenina y masculina, y a partir de la cual se desarrolla el embrión de un ser vivo.
- **Cefalea:** dolor de cabeza
- **Cetosis:** situación metabólica del organismo originada por un déficit en el aporte de carbohidratos
- **Cetonuria:** Tasa de cuerpos cetónicos en la orina.
- **Coadyuvar:** Contribuir o ayudar a la consecución de una cosa.
- **Cuadro clínico:** El cuadro clínico es la relación entre los signos y síntomas que se presentan en una determinada enfermedad.

"D"

- **Diagnostico:** El diagnóstico es el procedimiento por el cual se identifica una enfermedad, entidad nosológica, síndrome o cualquier estado patológico o de salud.
- **Disnea:** dificultad para respirar
- **Dispareunia:** dolor en el coito

"E"

- **Edema:** presencia de un exceso de líquido en algún órgano o tejido
- **Enfermedad de crow:** enfermedad crónica de origen desconocido que tiene un componente autoinmune en la cual el sistema inmunitario del individuo ataca su propio intestino produciendo inflamación
- **encefalopatía de wernicke:** enfermedad neurológica y eventualmente psiquiátrica, producida principalmente por la deficiencia de vitamina B1.
- **Enterocolitis necrosante:** enfermedad que aparece en recién nacidos, especialmente en prematuros, y que consiste en inflamación que causa necrosis de cantidades variables de intestino
- **Epigastrio:** región superior del abdomen que va desde la punta del esternón hasta el ombligo

- **Episiotomía:** Incisión que se practica en el periné de la mujer, partiendo de la comisura posterior de la vulva hacia el ano, con el fin de evitar un desgarro de los tejidos durante el parto y facilitar la expulsión del feto.
- **Esternón:** hueso plano y alargado, situado en la parte central y delantera del tórax, con el que se unen las costillas verdaderas y las clavículas
- **Etiología:** parte de la medicina que estudia el origen o las causas de las enfermedades.

“F”

- **Factor de riesgo:** Un factor de riesgo es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud. Los factores de riesgo implican que las personas afectadas por dicho factor de riesgo, presentan un riesgo sanitario mayor al de las personas sin este factor.

“G”

- **Gastrosquisis:** Defecto en la pared abdominal, en el cual los intestinos y otros órganos se desarrollan fuera del abdomen del feto, a través de una apertura de la pared abdominal.

“H”

- **Hematoma:** Mancha de la piel, de color azul amoratado, que se produce por la acumulación de sangre u otro líquido corporal, como consecuencia de un golpe, una fuerte ligadura u otras causas.
- **Hemoconcentración:** Aumento de la viscosidad de la sangre sin que se haya producido un aumento absoluto del número de células, sino por una disminución del volumen plasmático
- **Hemodinamicamente:** Estudio del flujo sanguíneo dentro del sistema vascular.
- **Hernias inguinales:** protrusión del contenido de la cavidad abdominal por un punto débil del conducto inguinal.

- **Hipocloremia:** trastorno hidroelectrolítico en el que existe un nivel anormalmente bajo de ión cloro en la sangre.
- **Hiponatremia:** Afección que se presenta cuando el nivel de sodio en la sangre es demasiado bajo.
- **Hipopotasemia:** concentración demasiado baja de potasio en la sangre

"T"

- **Ictericia:** palidez de los tegumentos
- **Ístmico:** parte tercia de la trompa de Falopio

"L"

- **Leucorrea:** secreción vaginal blanquecina producida por la inflamación de la membrana mucosa del útero y la vagina

"M"

- **Metrorragia:** hemorragia uterina fuera del periodo menstrual
- **Metotrexato:** fármaco modificador de la enfermedad de primera elección en artritis reumatoide, también utilizado para el tratamiento del embarazo ectópico.
- **Morbilidad:** Cantidad de personas que enferman en un lugar y un período de tiempo determinados en relación con el total de la población.
- **Mortalidad:** Cantidad de personas que mueren en un lugar y en un período de tiempo determinados en relación con el total de la población.

"N"

- **Neumotórax:** Colapso del pulmón.
- **Neumomediastino:** presencia de aire o gas en el mediastino

"O"

- **Oligohidramnios:** volumen deficiente de líquido amniótico
- **Oliguria:** disminución de la producción de orina

- **Osteotendidosos:** Es un reflejo que se presenta cuando el organismo responde ante un estímulo mecánico

“P”

- **Perinatal:** Que afecta o concierne al bebé en el período inmediatamente anterior o posterior a su nacimiento.
- **Peristalsis:** serie de contracciones musculares como oleadas que transportan los alimentos a las diferentes estaciones de procesamiento del tracto digestivo.
- **Polihidramnios:** presencia excesiva o aumento de líquido amniótico
- **Poliuria:** aumento de la diuresis
- **Prurito:** comezón

“R”

- **RCIU:** restricción en el crecimiento intrauterino.

“S”

- **Saco de Douglas:** estructura anatómica que consiste en una membrana que recubre la cavidad abdominal entre el recto y el útero en las mujeres, y entre la vejiga y el recto en el caso de los hombres
- **Salpingitis:** inflamación de las trompas de Falopio
- **Sepsis:** Complicación potencialmente mortal de una infección.
- **Seroma:** acumulación de líquido seroso
- **Sialorrea:** trastorno en que se segrega una excesiva cantidad de saliva.

“T”

- **Taquipnea:** aumento de la frecuencia respiratoria por arriba de los valores normales.
- **Teratogenia:** alteración funcional, bioquímica o morfológica que se detecta durante la gestación, nacimiento o posteriormente y que es inducida durante el embarazo.

- **Tumoración anexial:** Masa en el tejido cerca del útero, por lo general en el ovario o la trompa de Falopio.
- **Tratamiento:** El tratamiento es el conjunto de medios de cualquier clase ya sean higiénicos, farmacológicos, quirúrgicos o físicos, cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas.