

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS VALLE DE SULA

CARRERA DE MEDICINA

POSTGRADO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA



**PERFIL EPIDEMIOLOGICO DEL EMBARAZO POSTERMINO EN
ADOLESCENTES**

PRESENTADO POR:

DAVID ENRIQUE LOBO GALINDO

PREVIA OPCION AL GRADO DE

ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

ASESORES:

TECNICO: DRA. EVA DIAZ

METODOLOGICO: DR. MARVIN RODRIGUEZ PhD

SAN PEDRO SULA, CORTES 24 DE NOVIEMBRE DEL 2016

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS VALLE DE SULA
CARRERA DE MEDICINA
POSTGRADO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA



PERFIL EPIDEMIOLOGICO DEL EMBARAZO POSTERMINO EN
ADOLESCENTES

PRESENTADO POR:

DAVID ENRIQUE LOBO GALINDO

PREVIA OPCION AL GRADO DE

ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

ASESORES:

TECNICO: DRA. EVA DIAZ

METODOLOGICO: DR. MARVIN RODRIGUEZ PhD

SAN PEDRO SULA, CORTES 24 DE NOVIEMBRE DEL 2016

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

UNAH

RECTORA

MSc. JULIETA CASTELLANOS RUIZ

VICERECTORA ACADÉMICA

DRA. RUTILIA CALDERON PADILLA

SECRETARIA GENERAL

ABG. ENMA VIRGINIA RIVERA

DIRECTORA DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA Y POSGRADOS

MSc. LETICIA SALOMÓN

DECANO DE FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DR. MARCO TULIO MEDINA

SECRETARIO DE FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DR. JORGE ALBERTO VALLE RECONCO

COORDINADORA GENERAL POSGRADOS DE MEDICINA FCM

DRA. ELSA YOLANDA PALOU.

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

UNAH-VS

DIRECTOR

DR. FRANCISCO JOSÉ HERRERA ALVARADO

SUBDIRECTOR ACADÉMICO

MTE. CARLOS ALBERTO PINEDA

SUBDIRECTOR VINCULACIÓN UNIVERSIDAD- SOCIEDAD

DR. FRANCISCO JAVIER SÁNCHEZ

SUBDIRECTOR DE DESARROLLO ESTUDIANTIL, CULTURA, ARTE Y DEPORTE

MSc. RAFAEL ENRIQUE MEJIA

SECRETARIA

DRA. JESSICA PATRICIA SÁNCHEZ MEDINA

COORDINADORA DE POSGRADOS

MSc. ISBELA ORELLANA RAMIREZ

DIRECTOR ESCUELA UNIVERSITARIA DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

DR. JOSÉ RAÚL ARITA CHÁVEZ

JEFE DEPARTAMENTO MEDICINA CLÍNICA INTEGRAL

DR. MARCO ANTONIO MOLINA SOTO

COORDINADOR CARRERA DE MEDICINA

DR. JOSÉ PASTOR LAÍNEZ MACÍS

**COORDINADORA GENERAL INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA POSGRADOS DE
MEDICINA. EUCS**

DRA. TANIA SOLEDAD LICONA RIVERA

COORDINADOR POSGRADO DE GINECOOBSTETRICIA

DRA. FRESIA MARÍA ALVARADO GÁMEZ

AGRADECIMIENTO

Agradezco primeramente a mi Padre Celestial y a Jesucristo por permitirme culminar esta noble especialidad.

A mi familia y amigos por la paciencia y apoyo que me brindaron.

A mis maestros por haberme enseñado y llevado de la mano por la vía del conocimiento, especialmente a la Dra. Noris Maldonado quien ha sido mi mentora y tutora en el embarazo de alto riesgo gracias Dra. por esas cátedras magistrales de RCIU y embarazo gemelar, admiro su vocación por enseñar y su rectitud, la voy a extrañar.

Al Dr. José Manuel Palomo por su apoyo incondicional desde que fui R1, gracias por esas cátedras de Oncología y por su defendernos siempre.

Al Dr. Abreu por enseñarme a tener carácter y ser un gran ejemplo de responsabilidad.

DEDICATORIA

A mi Padre que está en el cielo cuidándome todos los días.

INDICE

CAPITULO I: EL PROBLEMA	11
A.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
C.JUSTIFICACION	13
1.Conveniencia:	13
2. Relevancia:	13
3. Implicaciones practicas:.....	14
4. Valor teórico:.....	14
5. Utilidad metodológica:	14
1. OBJETIVO GENERAL	15
2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	15
E.PREGUNTAS ESPECÍFICAS DE LA INVESTIGACION	15
CAPITULO II: MARCO TEORICO	16
A.ADOLESCENCIA	16
B.EMBARAZO POSTERMINO	52
C.VARIABLE EN ESTUDIO: PERFIL EPIDEMIOLOGICO	66
CAPITULO III: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION	77
F.OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	81
CAPÍTULO IV: CONSIDERACIONES ÉTICAS	84
A.PRINCIPIOS ÉTICOS.....	84
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE LA INVESTIGACIÓN	84
CAPÍTULO V: RESULTADOS	85
CAPITULO VI: DISCUSIÓN	111
CAPITULO VII: CONCLUSIONES	113
CAPITULO VIII: RECOMENDACIONES	114
CAPITULO IX: REFERENCIAS	115

INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

EDAD DE LA PACIENTE	86
ESTADO CIVIL DE LA PACIENTE	87
RAZA DE LA PACIENTE.....	88
ESCOLARIDAD DE LA PACIENTE	89
ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS DE LA PACIENTE	90
MEDICAMENTOS UTERO INHIBIDORES QUE USAN LAS PACIENTES..	91
HGO DE LA PACIENTE	92
EDAD GESTACIONAL DE LA PACIENTE	93
CONTROLES PRENATALES DE LAS PACIENTES	94
RESULTADO DE ILA DE LAS PACIENTES	95
MONITOREO FETAL DE LA PACIENTE	96
RESULTADO DE PLACENTA POR USG	97
PACIENTES QUE RECIBIERON INDUCCION.....	98
PACIENTES QUE RECIBIERON CONDUCCION	99
OTROS DIAGNOSTICOS DE LAS PACIENTES	100
VIA DEL PARTO QUE RECIBIERON LAS PACIENTES	101
APGAR AL PRIMER MINUTO DE LOS RN	102
CLASIFICACION DE LA ASFIXIA (APGAR AL QUINTO MINUTO).....	103
CARACTERISTICAS DEL LIQUIDO AMNIOTICO DE LOS RECIEN NACIDOS DE LAS PACIENTES	104
PESO DE LOS RECIEN NACIDOS	105
PROFESIONAL QUE ATENDIO EL PARTO DE LA PACIENTE	106
PROCEDENCIA DE LAS PACIENTES	107
UNIDAD DE SALUD DEL CONTROL PRENATAL DE LAS PACIENTES..	108

INTRODUCCION

El embarazo posttermino en adolescentes representa una verdadera preocupación debido al riesgo elevado de muerte intrauterina de 2.5 veces en este periodo y a todas las complicaciones que este mismo conlleva, es de vital importancia el estudio de este tema debido a las escasas investigaciones en este campo de la medicina perinatal; así mismo representa un problema trascendental por la relación existente entre hipoxia fetal, asfixia perinatal y parálisis cerebral infantil, en todas estas podría estar mezclado como uno de los factores de riesgo el tema en discusión. Este estudio que a continuación se presenta se evidencian datos de aspecto personal tales como edad de las pacientes, su escolaridad, estado civil y antecedentes personales patológicos al mismo tiempo se evidencia que un buen número de las pacientes no asistió a controles prenatales y derivado de esto se describen complicaciones como alto índice de cesárea, tinción meconial en más de la mitad de los casos y por lo menos la tercera parte de los recién nacidos presento algún grado de asfixia. Esta tesis está dividida en ocho capítulos los que a continuación se dividen así:

El capítulo I plantea el problema de investigación, detallando la situación actual, sus características, relaciones, implicaciones, consecuencias, se delimita el problema, se presentan los objetivos y se fundamenta la importancia de caracterizar la vulnerabilidad de las pacientes con embarazos postterminos en el Hospital Mario Catarino Rivas comprendidas en el periodo de enero del

2015 a mayo del 2016. En el capítulo II se desarrolla el marco teórico, donde se describe la variable vulnerabilidad hacia las ITS, sus dimensiones biológica, demográfica, social y conductual, los indicadores, además del contexto de la investigación: la adolescencia y las ITS. El capítulo III presenta la metodología utilizada en esta investigación, se operacionaliza de la variable de estudio traduciéndola a cuatro dimensiones y a indicadores, se describe la muestra, se expone el instrumento utilizado para recolectar los datos, se explica el procedimiento y el plan de análisis. El capítulo IV da a conocer los resultados obtenidos de acuerdo con los objetivos de la investigación. En el capítulo V se discuten los resultados contrastándolos con el marco teórico y otras investigaciones relacionadas con el tema. El capítulo VI presenta las conclusiones y recomendaciones basadas en los objetivos formulados. El capítulo VII es un apartado dedicado a las referencias bibliográficas consultadas para la realización de esta tesis y el Capítulo VIII se presentan como anexos el instrumento de recolección de datos y el consentimiento informado.

CAPITULO I: EL PROBLEMA

A.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la FIGO (2004), el embarazo prolongado (EP) es un evento clínico que ocurre alrededor del 7,5 al 10 % de las embarazadas. Generalmente es una condición benigna desde el punto de vista de las perspectivas perinatales, aunque está asociado con significativa ansiedad por parte de los familiares cercanos a la gestante. La mortalidad perinatal (feto muerto y muerte neonatal precoz) en los países desarrollados se estima que esta alrededor de 1 en 3000 partos a término, y es mayor conforme el embarazo se prolonga, de manera que en la semana 42 es el doble que la mortalidad en la gestación a término y aumenta 6 veces más en la semana de gestación 43. (ACOG, 2004). Varía enormemente de acuerdo con los criterios utilizados, pero dadas las frecuencias observadas se considera que 1 de cada 10 embarazos va más allá de las 40 semanas y de este porcentaje 10% se relaciona con complicación fetal. De este porcentaje de mujeres que llegan a la semana 42, sólo 7.5% lo hace con fecha de última regla confiable, 2.6% por ecografía temprana (primer trimestre) y 1.1 % por FUR más ecografía temprana.(Rodriguez, 2004). La importancia del EP se relaciona con la morbimortalidad perinatal y materna, que se elevan en la medida en que el embarazo avanza más allá de las 42 semanas y esto constituye un riesgo, tanto para la madre como para el feto. El EP presenta actualmente 2 grandes problemas como son: su realidad y su alta mortalidad

perinatal, lo cual constituye un problema aún por resolver. Los diversos criterios para definir el tema son de orden matemático o basado en criterios clínicos biológicos secundarios a insuficiencia placentaria o signos de posmadurez en el recién nacido (RN). Sin embargo, el mayor problema es el gran riesgo vital para el feto antes del parto, en el período expulsivo, y en los primeros días de vida extrauterina. La causa fundamental de estos riesgos es: la anoxia, que para la mayoría de los autores está ligada a la senescencia placentaria, proceso fisiológico que se acentúa con el devenir del tiempo, y que una vez presente, requiere cuidados especiales perinatales. La literatura destaca la alta presencia de meconio en estos embarazos. La mortalidad perinatal aumenta después de las 42 semanas, asociada con la dismadurez. Algunas de las consecuencias del embarazo posttermino la conforman el trabajo de parto prolongado, alto índice de cesáreas debido a inducciones fallidas y si a esto le sumamos los altos costos monetarios que generan los medicamentos utilizados para esta patología y el estrés que le puede generar a la madre por estar en un trabajo de parto arduo y continuo entonces sabemos que es de gran importancia esta entidad en el ámbito de la obstetricia y que la mayoría de las veces pasa desapercibida.

Dentro de los factores de riesgo que pueden conllevar al desarrollo de esta patología tenemos que es mas frecuente en pacientes procedentes de zonas rurales por el poco o nulo acceso a los servicios de salud, mal control prenatal muchas veces generado por el desconocimiento de las normas por las que están regidas la instituciones; de acuerdo con esto es deber del personal de

salud estar ampliamente entrenado para identificar y saber priorizar las pacientes que estén en riesgo de desarrollar embarazo posttermino.

B.FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las características epidemiológicas del Embarazo Posttermino en Adolescentes atendidas en la sala de labor y parto del Hospital Mario Catarino Rivas de la Ciudad de San Pedro Sula, Cortes en los meses de enero a junio del año 2016?

C.JUSTIFICACION

1 .Conveniencia:

Debido a que el embarazo posttermino representa el doble de riesgo de muerte perinatal, conocer las características epidemiológicas ayudaría a los proveedores de servicios de salud a determinar dentro de la población de adolescentes los grupos vulnerables para implementar acciones que contribuyan a mejorar la calidad de la atención prenatal y los sistemas de vigilancia para reducir la prevalencia de esta situación.

2. Relevancia:

Los beneficiados serán las pacientes embarazadas que asistan a la emergencia del Hospital Mario Catarino Rivas, ya que al existir estudios propios de la institución se identificaran de manera precoz las condiciones que conllevan a la prolongación del embarazo más allá de las 42 semanas de gestación, reduciendo las tasas de morbilidad y mortalidad perinatal.

3. Implicaciones practicas:

A nivel institucional: la disminución de la ocurrencia de embarazo posttermino se reflejaría en una reducción de los ingresos en las salas de neonatología debido a la morbilidad secundaria contribuyendo a evitar el gasto elevado de presupuesto por el consumo de insumos para la atención como: material médico quirúrgico, medicamentos, laboratorio, y por la prolongación del promedio de días estancia hospitalario que repercute en el porcentaje ocupacional del servicio.

A nivel comunitario y de la sociedad: se evitaría el gasto de bolsillo de las familias producto del desabastecimiento de insumos y medicamentos en los hospitales públicos y además se evitaría el abandono del resto de la familia para el cuidado del RN hospitalizado.

4. Valor teórico:

Los resultados del estudio pueden servir de base para investigaciones con un nivel de pensamiento más elevado para verificar hipótesis de asociación causal para determinar factores de riesgo, efecto, influencia e impacto.

5. Utilidad metodológica:

Se diseñara un nuevo instrumento de recopilación, procesamiento y análisis de datos que se pondrá a la disposición de la comunidad científica nacional e internacional.

D.OBJETIVOS

1. OBJETIVO GENERAL

Describir el perfil epidemiológico del Embarazo Posttermino en Adolescentes atendidas en la sala de labor y parto del Hospital Mario Catarino Rivas de la Ciudad de San Pedro Sula, Cortes en todo el año 2015 hasta mayo del 2016.

2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar la prevalencia de periodo de embarazo en adolescentes en el Hospital Mario Catarino Rivas
2. Caracterizar los aspectos personales de las adolescentes con embarazo posttermino.
3. Identificar la procedencia de las adolescentes con embarazo posttermino.
4. Establecer la tendencia del embarazo posttermino en las adolescentes.

E.PREGUNTAS ESPECÍFICAS DE LA INVESTIGACION

1. ¿Cuál es la prevalencia del embarazo posttermino en adolescentes?
2. ¿Cuáles son los aspectos personales de las adolescentes con embarazo posttermino?
3. ¿Cuál es la procedencia de las adolescentes con embarazo posttermino?
4. ¿Cuál es la tendencia del embarazo posttermino en las adolescentes?

CAPITULO II: MARCO TEORICO

A.ADOLESCENCIA

1. Definición

Proviene del latín “adolescencia” que significa “joven, adolescente”, sin embargo, la palabra se deriva del verbo “adolesco” que significa “crecer, desarrollarse, ir en aumento” .La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad; Sin embargo la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo. (Flores & Vargas , 2013).

Cada individuo posee una personalidad y en esta etapa es cuando más la manifiesta generalmente, no solo de manera individual sino de forma grupal, para poder medir el grado de aceptación en los diferentes escenarios sociales e ir haciendo los ajustes o modificaciones necesarios para sentirse aceptado socialmente. El perfil psicológico generalmente es transitorio y cambiante es emocionalmente inestable. El desarrollo de la personalidad dependerá en gran

medida de los aspectos hereditarios, de la estructura y experiencias en la etapa infantil preescolar y escolar y de las condiciones sociales, familiares y ambientales en el que se desenvuelva el adolescente. Por la misma inestabilidad emocional, por desconocimiento, temor, experimentar una nueva vivencia o falta de una toma de decisión adecuada y en ocasiones combinado con una baja autoestima, es una etapa para una gran parte de ellos, muy susceptible de tomar una conducta inadecuada que puede tratarse desde las relacionadas con los hábitos alimenticios (trastornos de la conducta alimenticia), alteración en la relación personal o conductas más dañinas auto destructibles como hábito del tabaco, alcohol u otro tipo de droga. Esta situación nos lleva a la reflexión de que la labor de padres, inicia desde la misma planeación de estructurar una familia. El proporcionar el afecto y los cuidados necesarios en cada una de las etapas de su desarrollo son parte fundamental en la formación de su personalidad, esto llevará al adolescente, que en cualquier escenario, la toma de decisiones es la correcta y que es congruente con su integridad. (Flores & Vargas , 2013).

2. Cambios Biológicos del Adolescente

En la pubertad, se genera un rápido crecimiento en estatura y peso, cambios en las proporciones y formas corporales; y la madurez sexual. Se inicia con un aumento acentuado en la producción de hormonas sexuales. La regulación hormonal del crecimiento y las alteraciones del cuerpo dependen de la liberación de gonadotropinas, leptina, esteroides sexuales y hormonas del

crecimiento. Es muy probable que las interacciones entre estas hormonas sean más importantes que sus principales efectos, y que las modificaciones en el cuerpo y la distribución regional de la grasa, realmente sean signos que alteran los ejes de las hormonas periféricas y neuroendocrinas, procesos magnificados en la pubertad. Pico máximo de crecimiento: Durante la pubertad, los adolescentes emprenden un aceleramiento final hacia la altura adulta, a medida que el crecimiento en altura se acelera, llega a un pico y finalmente desciende hasta llegar a cero. El tiempo y sincronización de este pico de crecimiento puberal es altamente variable entre los individuos. El pico máximo de crecimiento dura normalmente cerca de 2 años; poco después de terminar, el joven alcanza la madurez sexual. Distintos estudios revelaron que en USA, el promedio de la velocidad de pico de crecimiento es de 8.3 cm por año en niñas y de 9.5 cm en niños, y las edades medias de 11.5 y 13.5 años respectivamente. Este aumento de crecimiento influye prácticamente en todas las dimensiones esqueléticas y musculares. Los ojos crecen con mayor rapidez, lo cual ocasiona un incremento en la miopía. El maxilar inferior se alarga y ensancha, el maxilar superior y la nariz se proyectan más. (Perez & Aliño, 2000).

3. Características sexuales primarias y secundarias:

Las características sexuales primarias involucran a los órganos necesarios para la reproducción. Durante la pubertad, estos órganos se agrandan y maduran. En los chicos, el primer indicio es el crecimiento de los testículos y el escroto.

Las características sexuales secundarias son indicios fisiológicos de maduración sexual que no se relacionan directamente con los órganos sexuales (ejemplo: el busto de las mujeres y los hombros más amplios en los varones). Otras características sexuales secundarias son los cambios en la voz y la textura de la piel, el desarrollo muscular y el crecimiento del vello púbico, facial y corporal. Herman-Giddens y col. (1997) evaluaron 17.077 niñas, determinando que la menarquia ocurrió a los 12.16 años en las afroamericanas y a los 12.88 años en las niñas blancas.^{7,8} Herman-Giddens y col. (2012), encontraron que el inicio del desarrollo genital para blancos no hispánicos, afroamericanos, y niños hispanicos fue de 10.14, 9.14, y 10.04 años; y para el vello púbico, 11.47, 10.25, y 11.43 años respectivamente. (Flores & Vargas , 2013)

4. Cambios en el cerebro durante la adolescencia:

A lo largo de la adolescencia, existen cambios en la estructura y función del cerebro. Las investigaciones han ilustrado muchos cambios distintos en el cerebro adolescente, sin embargo existen dos desarrollos básicos: La poda sináptica, proceso que ocurre desde el nacimiento, pero alrededor de la pubertad se vuelve más pronunciado, permitiendo la mejora en el procesamiento de la información. El segundo proceso básico tiene que ver con el sistema límbico y los neurotransmisores. El sistema límbico es responsable del procesamiento de la información que tiene que ver con las emociones, y muchos estudios han llevado a la conclusión que debido a los cambios en el

sistema límbico, los adolescentes son “sobre emocionales”, fácilmente afectados por el estrés, y serían responsables de su necesidad incrementada por la novedad y la búsqueda de sensaciones, así como una mayor tendencia a la toma de riesgos. Gotgay y Thompson indican que la evidencia apunta a que la adolescencia temprana es un tiempo de plasticidad cerebral, haciendo que este periodo sea de considerables oportunidades para la intervención.

5. Cambios Psicosociales del Adolescente

La adolescencia se divide en tres etapas; adolescencia temprana, media y tardía. La adolescencia temprana (11 a 14 años) se da después de la niñez, ofrece oportunidades de crecimiento- no sólo en dimensiones físicas, sino también en competencias cognoscitivas y sociales, autonomía, autoestima e intimidad- El interés hacia el cuerpo, favorece la intervención en salud. En lo emocional, cambian la dependencia afectiva de los padres y la trasladan a los pares. En la adolescencia media (14 a 16 años), la disminución del interés en el cuerpo limita las acciones en salud, sin embargo el creciente interés en la búsqueda de pareja puede ser un objetivo relacionado. En la adolescencia tardía (17 a 19 años), la comunicación se facilita porque existe la influencia familiar y de los pares en la toma de decisiones. Cada etapa trae nuevas crisis, que podrían reflejarse en la sociedad, siendo de interés para la salud pública, dado que tienen relación directa con la comprensión de este tema, como el uso de sustancias psicoactivas, tabaco, alcohol; desórdenes de la alimentación;

sexualidad; depresión, autolesiones y bullying. Trastornos de alimentación:

Obesidad, anorexia y bulimia nerviosa

Obesidad: tiene su raíz en una interacción compleja de factores biológicos genéticos, psicológicos, socio-económicos y culturales. La niñez y la adolescencia son consideradas periodos críticos porque aquí se instalan los hábitos alimentarios y de actividad física, y porque gran parte de los niños y adolescentes obesos seguirán siéndolo al llegar a

adultos. Los niños obesos presentan alturas mayores que los de peso normal, a pesar de que esta asociación no está presente en la adultez. La obesidad en los niños y adultos también está asociada con un desarrollo puberal avanzado. El Perú está en un proceso de transición epidemiológica, donde no se han solucionado los problemas de desnutrición y ya cuenta con altas tasas de obesidad infantil, estando dentro de uno de los países con mayor incremento de la obesidad infantil en los últimos años a nivel latinoamericano. Álvarez-Dongo y col., en un estudio observacional realizado en todo el Perú, mostraron que el sobrepeso y obesidad fue mayor en los adultos jóvenes (62.3%) y menor en los niños <5años (8.2%); encontrando además que en el Perú, los determinantes sociales del exceso de peso son no ser pobre y vivir en el área urbana.

Anorexia: es un trastorno alimenticio, donde las personas no mantienen su peso corporal mínimo. Este desorden puede caracterizarse porque la persona teme aumentar de peso, además de una imagen corporal distorsionada. Las estrategias que normalmente usan, son el consumo inadecuado de alimentos, y

la práctica de ejercicio de forma desproporcionada, que llevan a una acelerada pérdida de peso. Se calcula que afecta a 0.5% de las adolescentes y mujeres jóvenes y a un porcentaje más reducido, pero creciente, de chicos en los países occidentales.¹ Castaño y col. encontraron como factores asociados: consumo de alcohol, antecedentes familiares de trastorno de conducta alimentaria, percepción de sobrepeso, funcionalidad familiar, índice de masa corporal y todas las medidas antropométricas excepto talla. La muerte por anorexia se estima de 10 al 15%, siendo las razones el debilitamiento del sistema inmunitario debido a la desnutrición; la rotura gástrica; arritmias cardíacas, insuficiencia cardíaca; y suicidio. Bulimia: las características se centran en episodios incontrolados de comer en exceso seguidos normalmente por autoinducción de vómito (2 a 20 veces por día). (Perez & Aliño, 2000).

B. EMBARAZO

Tras la fecundación, todo el organismo se prepara para el largo proceso durante el cual tendrá que alojar al feto y cubrir sus necesidades metabólicas. De forma fisiológica, el organismo materno sufre modificaciones anatómicas y funcionales que le permiten, por una parte, crear un espacio en el que el feto se desarrolle adecuadamente y, por otra, prepararse para el delicado momento del parto y para un postparto en el que tendrá que amamantar al neonato. Todas las modificaciones, tanto físicas como psicológicas, que suceden durante la gestación, tienen la consideración de fisiológicas aunque sin duda suponen una severa alteración orgánica. Es fundamental para los profesionales de

enfermería-obstétrico ginecológica conocer cada una de las transformaciones que irán sucediendo para poder acompañar a la mujer adecuadamente en este periodo de su vida y actuar precozmente en el momento en que éstas rocen lo patológico. Es evidente que durante este periodo todo el organismo se ve afectado tanto anatómica como fisiológicamente en un proceso de adaptación a la nueva situación que se presenta en la mujer. Los cambios los podemos sistematizar por aparatos y sistemas: Modificaciones Circulatorias: Todas las modificaciones que sufre el sistema circulatorio tienen por objetivo principal asegurar la circulación placentaria para que el feto pueda recibir el oxígeno y los nutrientes que necesita. El aumento de la volemia (comentado con anterioridad), que puede llegar a ser hasta de un 50%, induce un aumento del gasto cardíaco. La tensión arterial y la frecuencia cardíaca permanecen dentro de los límites de la normalidad, aumentando en todo caso ligeramente la frecuencia en el último trimestre de gestación. Los trastornos más frecuentes que podemos encontrar son: Edema, Hipotensión, Varices, Edemas: están propiciados por los cambios electrolíticos (sodio y potasio) y por el aumento de la presión venosa en los miembros inferiores, debida principalmente a la dificultad del retorno venoso por la compresión que el útero ejerce sobre las venas cava inferior e ilíacas. Cuando los edemas son generalizados (incluyendo cara y manos), no ceden con el reposo y se acompañan de proteinuria e hipertensión arterial, deberemos ponernos en situación de alerta al ser esta la tríada clásica que precede a la aparición de un cuadro convulsivo tónico clónico

conocido como eclampsia, que probablemente debutará cuando la tensión arterial adquiera valores lo suficientemente elevados. La eclampsia es un cuadro convulsivo de mucha gravedad que puede incluso acabar con la vida del feto, por lo que su detección precoz, permitiéndonos actuar para disminuir la tensión arterial, puede ser decisiva. (ramirez, fisiología fetal, 2010). Cuidados de enfermería-obstétrico-ginecológica: La aparición de edemas se previene restringiendo la ingesta de sal, limitando el tiempo que la mujer permanece en bipedestación y fomentando el reposo en decúbito supino. Hipotensión: la tensión arterial en la mujer gestante se mantiene, por lo general, dentro de los límites de la normalidad. Aparece con frecuencia el denominado «síndrome de hipotensión en decúbito supino», que se produce como consecuencia de la compresión del útero sobre la vena cava inferior. La fuerza de la gravedad hace que el útero comprima la vena cava, al estar la mujer en decúbito supino provocando un cuadro de palidez, mareo, frialdad e hipotensión que mejora de inmediato al cambiar de posición. La progesterona, producida en grandes cantidades por la placenta, tiene un efecto vasodilatador al actuar sobre la fibra lisa lo que puede en ocasiones provocar la aparición de lipotimias. Varices: la dificultad del retorno venoso por la mencionada compresión del útero sobre la cava inferior y las iliacas, sumada a la acción de la progesterona, puede provocar varices en los miembros inferiores (con menos frecuencia en la vagina y la vulva) y también hemorroides. Los cuidados de enfermería-obstétrico-ginecológica en estos casos intentarán fomentar entre las gestantes los

ejercicios circulatorios, evitando la bipedestación prolongada, promoviendo el uso de medias de compresión, recomendando dormir o descansar con los pies elevados, usar un calzado cómodo. Modificaciones Hematológica: El volumen globular suele aumentar durante el embarazo. Este incremento se produce sobre todo por el aumento de plasma, lo que genera una situación de hemodilución, con un hematocrito disminuido (hasta el 35%) y una hemoglobina en los límites de la normalidad (11,5-12 gr/dl). Las necesidades de hierro están aumentadas, así que existe una disminución del hematocrito, de la hemoglobina y del número de glóbulos rojos totales acuñándose por tanto el término de la denominada Anemia Fisiológica de la Gestación, (recordemos que la OMS considera como anemia los valores de hemoglobina en la mujer adulta por debajo de 11,5 gr/dl) que se acompaña con pérdidas de hierro y proteínas. El número de leucocitos está levemente aumentada sobre los 12.000, la velocidad de sedimentación también suele estar aumentada en algunas ocasiones la cifra puede alcanzar los 50 mm. En el embarazo hay modificaciones de los principales factores de coagulación provocadas por las hormonas; estrógeno y progesterona. Estos cambios conducen en resumidas cuentas a una hipercoagulabilidad que garantice una rápida hemostasia en la superficie de adhesión de la placenta. Cuando el parto está próximo, aparecen aumentados los factores de la coagulación en previsión de hemorragias y también el número de leucocitos. (chavarrya & cabrera, 2009). Modificaciones en el Aparato Urinario: En el embarazo existen una serie de modificaciones tanto de orden

funcional como morfológicas, evidentemente no afectan en demasía al funcionamiento normal del aparato urinario pero deben conocerse para evitar confusiones posteriores. La estimulación hormonal que aparece durante el embarazo tiene como resultante la dilatación tanto de la pelvis renal como de ambos uréteres probablemente la hormona responsable será la progesterona que, como es bien sabido, comienza su formación hacia la décima semana. El flujo plasmático renal se incrementa en el primer trimestre, en una mujer no embarazada se cifra en torno a los 600 ml/min. Y en la mujer embarazada podemos cifrarla en unos 836 ml/min. Todo esto tiende a disminuir en el tercer trimestre. Se piensa que el responsable de dicho incremento en el primer trimestre suele ser el lactógeno placentario. Existe un marcado aumento del filtrado glomerular que podemos afirmar que se encuentra en torno al 50%. Este aumento del filtrado glomerular tiene una serie de consecuencias entre ellas: Glucosuria. Por el aumento del filtrado glomerular, aumento de ácido úrico en sangre. Por disminución de la reabsorción tubular de ácido úrico, la depuración de las sustancias nitrogenadas está elevada. Lo cual conlleva a una disminución de creatinina y de urea en sangre. Los trastornos que con más frecuencia aparecen durante el embarazo con relación al aparato urinario son: Poliuria, Polaquiuria, Nicturia, Glucosuria, Pielonefritis. Modificaciones en la Piel: En el tercer trimestre suelen aparecer las denominadas *estrías*; su número depende del caso así como su longitud y anchura. La superficie suele ser lisa, aunque en algunos casos suele aparecer pliegues. Su color es rojo violeta en

las recientes y blanco nacarado en las antiguas. Las estrías persisten durante toda la vida. Los factores que provocan las estrías no están muy claros, podemos atribuirlo a dos factores fundamentalmente: la distensión de la piel y/o al efecto de producción de corticoides que suele alterar al tejido elástico. Existe también un aumento de la pigmentación de la piel, sobre todo en ciertas zonas: Aumento de la pigmentación en la línea alba (localizada desde el borde superior del pubis al ombligo), Aumento de la pigmentación de la areola mamaria y de los pezones, Cloasma o aumento de la pigmentación en las mejillas, frente y nariz, el color es pardo amarillento. Aumenta su intensidad cuando se toma el sol. La explicación dada para este aumento de pigmentación es por un aumento de la hormona hipofisaria que a su vez estimula los melanocitos. Otra alteración que suele ocurrir en los embarazos es la aparición de las arañas vasculares, que son manchas rojas brillantes localizadas en cara brazo y cuello y a veces en la parte superior del tórax. El llamado eritema palmar es una variante de estas arañas vasculares pero con una mayor extensión, la causa principal que se le atribuye es una elevación de estrógenos. (hernandez & nachon , 2005).

Modificaciones en las Glándulas Endocrinas. Páncreas: Existe una serie de modificaciones que conlleva a una mayor sensibilidad a la insulina a dosis más bajas de glucosa. La concentración de insulina basal en el plasma está elevada en la segunda mitad del embarazo. Glándulas suprarrenales: Existe un aumento de las cifras de cortisol en plasma. Al estar fijado a una proteína denominada transcortina. Por tanto no existe sintomatología asociada debido a la asociación

con dicha proteína. Los niveles de ACTH también están elevados en plasma.

Ovarios: Las modificaciones más importantes son: Aumento de la vascularización del ovario, Hiperplasia del estroma, Aparición del cuerpo lúteo gravídico, su función hormonal es el responsable del mantenimiento de la gestación, Aparición de folículos atrésicos ya que durante el embarazo no se produce ovulación.

Tiroides: Las principales modificaciones las podemos resumir en: Aumento de su tamaño durante la gestación, Aumento de la concentración de la hormona tiroidea tiroxina o T3, Aumento de la concentración de la hormona triyodotironina o T4, La hormona estimulante tiroidea o TSH o está levemente elevada o no se modifica.

Hipófisis: Siguiendo el esquema visto hasta ahora podemos resumir las principales modificaciones en: Existencia de hiperplasia y de hipertrofia de la misma. Las gonadotrofinas hipofisarias FSH y LH están descendidas. Mantenimiento de los niveles de la hormona del crecimiento hipofisaria o HGH. Aumento de la PRL o prolactina hipofisaria aumentando a lo largo de la gestación. Recordemos la importancia de esta hormona para la preparación de las mamas para la lactancia tanto en su inicio como en su mantenimiento.

Aumento de la ACTH. Es discutible los cambios en cuanto a la producción de oxitocina y vasopresina. (abraham & roque , 2006).

Modificaciones del Aparato Digestivo: En el aparato digestivo pueden aparecer varios trastornos como son: náuseas, vómitos, malestar a primeras horas de la mañana, pirosis, estreñimiento, hemorroides y colestasis.

Las causas de las náuseas y los vómitos son muy variadas, aunque existe un

componente hormonal que es fundamental. La gonadotropina coriónica es muy elevada en el primer trimestre del embarazo, donde se produce una exacerbación de este cuadro. A partir del 2º trimestre (alrededor de la 12ª semana de gestación) suele desaparecer este cuadro. También existe un componente psicológico, ya que muchas mujeres gestantes asocian los vómitos y las náuseas a olores (comidas, guisos, etc.), al trabajo (estrés), a conducir, viajar, etc. El profesional de enfermería-obstétrico-ginecológica debe explicar el proceso a la gestante e informar de que, si transcurridas 12 semanas de gestación el cuadro no cesa ha de informar a su ginecólogo. Entre las medidas que debe adoptar están: No beber líquidos en ayunas, Comidas frecuentes y poco abundantes, No tomar bebidas gaseosas, Evitar tener el estómago vacío por lo que se le recomendará tomar algún alimento antes de levantarse, No fumar, No ingerir alcohol. La pirosis suele aparecer a partir del 3er trimestre (6º mes). Las causas pueden ser mecánicas y hormonales. La causa mecánica es debida a una digestión lenta producida por la compresión del estómago de la gestante, que acaba provocando un retardo en el vaciamiento del mismo. La causa hormonal es debida a la progesterona que actúa sobre el cardias. La gestante debe comer de forma poco abundante, con comidas fáciles de digerir, y reposar después de las comidas. El estreñimiento es otro proceso que puede aparecer en la gestante. Entre las causas del estreñimiento de la gestante destacan: Disminución del peristaltismo en los intestinos delgado y grueso, aumento en la absorción de agua y sodio en el colon (heces secas), El

sigmoides y el recto están comprimidos por el útero, Defectos de la dieta (poca fibra, exceso de azúcares, etc.). Los cuidados de Enfermería ante el estreñimiento incluyen: Evitar grasas, fritos, guisos, etc., en la dieta, Aumentar la ingesta de verduras, frutas, etc., con alto contenido en fibras, Aumentar de la ingesta de agua, Las hemorroides son producidas por el propio estreñimiento, así como por la compresión del útero que impide un adecuado tránsito venoso. Los cuidados de enfermería-obstétrico-ginecológica para las hemorroides de las gestantes incluyen los mismos que para el estreñimiento y, además, baños de asiento con agua fría, pomadas antihemorroidales e higiene más frecuente. Durante la gestación se produce un enlentecimiento del vaciado de la vesícula biliar aumentando la concentración de bilis. Esta colestasis puede ser el origen de prurito generalizado. (cutie, 2002). Modificaciones en el Aparato Respiratorio: Entre las principales modificaciones destacamos: La capacidad vital nos se modifica prácticamente nada durante el embarazo, El consumo de oxígeno está aumentado durante el embarazo. Aproximadamente un 25%, El volumen residual está disminuido, La capacidad inspiratoria está aumentada, El volumen respiratorio circulante aumenta de una manera muy evidente, La aparición de la disnea en la embarazada la podemos cifrar en un 60-70% de las mismas, la causa principal la podemos relacionar con la percepción que ellas tienen de su hiperventilación como un hecho anómalo, La ventilación por minuto suele estar aumentada en un 40%, Los cuidados de enfermería-obstétrico-ginecológica incluyen la recomendación de reposo frecuente para la

embarazada, evitando la fatiga excesiva y el tratamiento de la congestión nasal mediante lavados nasales con suero fisiológico, eludiendo el uso de fármacos vasoconstrictores. Modificaciones en el Metabolismo Debemos saber que estas modificaciones en el metabolismo deben ser interpretadas con cautela, ya que pequeñas alteraciones son consideradas como normales evitando considerarlas patológicas. Podemos asegurar que el metabolismo basal está incrementado en un 20%. En cuanto a los principios inmediatos fundamentales tenemos:

Hidratos de carbono Existe durante el embarazo una disminución de la utilización de glucosa de tipo periférico por lo tanto existe un aumento de los niveles en plasma de insulina. Podemos decir que el embarazo actúa sobre la glucosa, como lo haría la diabetes, para que de alguna manera se pueda asegurar el aporte de glucosa al feto. Por tanto se puede concluir que el embarazo tiene un cierto efecto diabetógeno. (ordoñez, 2010).

Lípidos: Existe una predisposición para la formación de cuerpos cetónicos, lo cual puede ser explicado por un aumento de los lípidos totales y de los ácidos grasos libres. Hasta ahora se han definido muchas teorías para poder explicar dicho aumento pero quizás la más defendida es la acción que tiene el HPL placentario que es de tipo lipolítica.

Proteínas: Al final del embarazo el balance nitrogenado es positivo, todo explicado por la alta síntesis de proteínas muy necesaria para la formación del feto, placenta, así como la necesidad de las mismas que tiene el útero.

Agua y electrolitos El incremento de agua durante la gestación suele ser de uno 7 litros, sin contar cuando existen edemas sobre todo en los tobillos,

donde el incremento es superior. La cantidad de agua es tanto a expensas del líquido extracelular como el intracelular. En cuanto a los principales electrolitos podemos asegurar que todos ellos son importantes, pero entraremos en el apartado destinado a las recomendaciones y educación a la embarazada para poder fijar las necesidades diarias de los mismos. Modificaciones del cuello uterino: El epitelio de revestimiento suele ser el que más cambio sufre. Este dato es importante, ya que investigaciones recientes apuntan al número de partos como factor predisponente en la aparición de cáncer de cérvix por los cambios asociados a los embarazos. Entre los principales cambios podemos citar: Eversión del conducto endocervical; dicha eversión empieza a producirse durante el primer trimestre. Los mecanismos de producción que la suscitan no están muy definidos, pero todo apunta a una teoría hormonal sobre todo las de origen placentario. Aparición de metaplasia escamosa. Diversos autores afirman que estas son producidas por la acción de las secreciones vaginales por su pH. Modificaciones en el tejido conjuntivo subepitelial: Existe un aumento de la vascularización y edemas, lo cual explicaría el tono violáceo que adopta esta zona durante la gestación. Modificaciones en la Piel: En el tercer trimestre suelen aparecer las denominadas *estrías*; su número depende del caso así como su longitud y anchura. La superficie suele ser lisa, aunque en algunos casos suele aparecer pliegues. Su color es rojo violeta en las recientes y blanco nacarado en las antiguas. La localización de las estrías más frecuente la tenemos en: Las estrías persisten durante toda la vida. Los factores que

provocan las estrías no están muy claros, podemos atribuirlo a dos factores fundamentalmente: la distensión de la piel y/o al efecto de producción de corticoides que suele alterar al tejido elástico. Existe también un aumento de la pigmentación de la piel, sobre todo en ciertas zonas: Aumento de la pigmentación en la línea alba (localizada desde el borde superior del pubis al ombligo), Aumento de la pigmentación de la areola mamaria y de los pezones. Cloasma o aumento de la pigmentación en las mejillas, frente y nariz, el color es pardo amarillento. Aumenta su intensidad cuando se toma el sol. La explicación dada para este aumento de pigmentación es por un aumento de la hormona hipofisaria que a su vez estimula los melanocitos. Otra alteración que suele ocurrir en los embarazos es la aparición de las arañas vasculares, que son manchas, rojas brillantes localizadas en cara brazo y cuello y a veces en la parte superior del tórax. El llamado eritema palmar es una variante de estas arañas vasculares pero con una mayor extensión, la causa principal que se le atribuye es una elevación de estrógenos. (morejon, 2000). Mamas: Las mamas sufren severas modificaciones durante el embarazo con el objetivo de que puedan cumplir su función como secretoras de leche. Los principales cambios en las mamas son: Aumento de tamaño desde el 2º mes de gestación con importante hipertrofia e hiperplasia glandular, Aumento de la vascularización, Aumento de la pigmentación, especialmente de la areola, Aumento progresivo de la sensibilidad y de la capacidad eréctil del pezón. En el primer trimestre del embarazo, los tubérculos de Montgomery aumentan de tamaño produciendo

una secreción sebácea que lubrica y protege el pezón. Entre el segundo y tercer trimestres se inicia la secreción de calostro. Esqueleto: Los trastornos más usuales del aparato musculo esquelético son: Calambres, Lumbalgias, Caries. Los calambres, que suelen aparecer a partir del tercer trimestre, están motivados principalmente por la compresión del útero de la mujer gestante sobre el sistema venoso. Existen una serie de factores predisponentes: Aumento del fósforo, Disminución del calcio, Las varices, Uso de tacones. Para el tratamiento de los calambres se suele recomendar calor local. Las lumbalgias son frecuentes a partir del tercer trimestre, cuando el aumento de peso y volumen provoca un cambio en el centro de gravedad de la embarazada lo que conduce a una lordosis lumbosacra de compensación, que se suele acompañar de la adopción de posturas incorrectas. Los cuidados de enfermería-obstétrico-ginecológica a gestantes que padecen lumbalgias son: Reposo en cama, Calor local. Usar fajas de embarazada. Realizar ejercicios. No usar tacones, etc. Las caries pueden aparecer durante el embarazo debido principalmente a cambios en el pH de la saliva. Se recomienda la visita a un dentista al comienzo del embarazo. Psicología de la mujer en el embarazo. A lo largo del embarazo vamos a tener una serie de contactos con la mujer, donde nos hará preguntas de muy diversa índole, en todas y cada una de ellas y no podemos olvidarnos jamás del aspecto psicológico de la mujer, haciendo una valoración del mismo en todo momento. El embarazo es uno de los períodos vitales con mayores implicaciones emocionales. A pesar de cada embarazada vivirá una experiencia

afectiva y física individual, ciertos cambios físicos y emocionales son comunes en todas las mujeres. Es evidente que los cambios psicológicos de la embarazada tienen que ver mucho con una serie de aspectos, entre los que destacamos: Experiencias vividas con anterioridad en torno al tema de la gestación: Las multíparas se enriquecerán con las experiencias previas. Si fueron satisfactorias, servirán de soporte a su tranquilidad. La relación que tiene con su pareja. Durante el embarazo la mujer suele tener una mayor dependencia afectiva, sobre todo con su pareja, es por lo tanto vital que los dos participen del embarazo. Condiciones sociales y esfera económica. La situación social de la mujer va a influenciar en este período de adaptación durante el embarazo, la relación con su familia, amigos, trabajo y su situación económica le harán mucho más fácil esta adaptación o realizaran un efecto totalmente contrario. (meza & affumicato, 2011). Personalidad previa de la mujer. Aquellas pacientes que ya son inestables emocional y psicológicamente antes del embarazo suelen sufrir mayores cambios que en aquellas mujeres que son más fuertes desde el punto de vista psicológico. El síntoma más frecuente de la embarazada es la ansiedad, en todas sus vertientes, relacionada sobre todo con el grado de información que la misma posea y por supuesto relacionada con las variables descritas anteriormente. Según el grado de evolución podríamos clasificar una serie de inquietudes que presenta la gestante; así podemos diferenciar por trimestres: Primer trimestre. Debemos investigar el grado de aceptación o rechazo que presente la mujer de su embarazo. Se suele

observar unos sentimientos encontrados de aceptación rechazo. Miedos y dudas sobre su imagen corporal, que evidentemente cambiará con el paso del tiempo. El grado de ansiedad disminuirá si se oferta una información clara y sencilla por un equipo de profesionales que le sean familiares con una relación basada en la confianza y en el respeto. Segundo trimestre. Durante este tiempo la mujer empezará a percibir los movimientos fetales donde ya la instauración de una nueva vida suele ser más patente. Suele ser, en resumidas cuentas, el trimestre más tranquilo. Tercer trimestre. A medida que se va acercando la fecha final del embarazo, la ansiedad de la mujer va aumentando. Los miedos los podemos resumir: dolor en el parto, posibles malformaciones del feto, etc. La mayoría de las mujeres se adaptan al proceso del embarazo sin ningún problema, sin embargo a lo largo de la gestación puede que surjan una serie de problemas derivados del intenso estrés que puede plantearse por el hecho del nacimiento del próximo hijo. Durante el embarazo pueden aparecer Con una buena preparación al parto y una educación maternal adecuada los temores y la ansiedad disminuirán en gran medida, en este punto todo el equipo tiene un papel fundamental, sobre todo la matrona/o que se convierte en el punto de referencia de la mujer embarazada, una relación empática suele ser fundamental tanto para el profesional como para la gestante. Atención, cuidados y autocuidados de la mujer gestante Atención y cuidados de enfermería-obstétrico-ginecológica de la mujer gestante Durante los meses que dura el embarazo, la gestante experimenta una serie de cambios fisiológicos y

psicológicos que van a repercutir en el desarrollo del embarazo. Algunos de estos cambios producirán en la embarazada situaciones de felicidad (el niño se mueve, la alegría de ser madre, etc.), pero en otras ocasiones existen otros cambios que hacen que la gestante se sienta incómoda e incluso irritable. Los cuidados de enfermería-obstétrico-ginecológica durante el embarazo se centran en ayudar a la gestante a prevenir y comprender: Las molestias que le pueden ocasionar esos cambios fisiológicos, Las posibles complicaciones que pueden surgir durante el parto, Los problemas psicológicos que pueden aparecer en la nueva madre. Las actividades de enfermería-obstétrico-ginecológica relacionadas con los cambios fisiológicos surgidos en la gestante son: Cuando la gestante padece de náuseas y vómitos se le aconsejará: Tomar algún alimento (galletas) por las mañanas antes de levantarse. Aumentar el consumo de alimentos fríos ya que el olor de los alimentos calientes favorece la aparición de náuseas. Realizar varias comidas al día (5-6), incluyendo en la dieta comidas líquidas (caldos, zumos, etc.). Informar a la paciente de que el aumento en la frecuencia de la micción durante los primeros meses es normal. También aparece un aumento al final del embarazo. Con respecto a las hemorroides que pueden aparecer en el embarazo se aconsejará: Realizar baños de asiento con agua templada varias veces al día. Tomar una dieta pobre en grasas y rica en fibras para evitar el estreñimiento. Evitar la presión sobre las venas rectales. Consultar al médico para que le prescriba algún medicamento antihemorroidal (nunca utilizar un medicamento antihemorroidal sin prescripción

médica). Si en la gestante aparecen edemas en los maléolos, pies y piernas, el profesional de Enfermería debe informar a la gestante de la conveniencia de: Evitar las dietas ricas en sal. Mantener las piernas elevadas por encima del nivel del corazón cuando esté acostada. Evitar el uso de prendas de vestir que compriman la circulación (ligas, fajas, etc.). Recomendar a la paciente que no se realice duchas vaginales ya que pueden aumentar el riesgo de infección. Para disminuir las molestias producidas por el aumento de flujo vaginal se recomienda: Usar pequeñas compresas. (fralluna & dericco, 2011). Lavarse la zona vaginal varias veces al día, utilizando para ello agua y un jabón no irritante. Si aparece disnea o dificultad respiratoria se aconseja a la gestante que se coloque almohadas adicionales bajo la cabeza y en la parte superior de la espalda. La prevención de los problemas materno-infantiles que puedan surgir durante el embarazo (y su control si los hubiera) se realiza mediante un control del embarazo. Este control es llevado a cabo por los profesionales del equipo de Salud (médico de familia, enfermera, auxiliares de Enfermería, psicólogo, matrona, trabajador social, etc.), y se realiza a través de varias visitas de la gestante al centro de Salud. Hemograma completo. El embarazo influye en el desarrollo de anemia (los límites de la normalidad serían Hb 11 gr/dl y Hto 33%). Bioquímica: Glucemia, creatinina, urea, ácido úrico, sideremia, ferritina, colesterol, triglicéridos, transaminasas. Las cifras de glucemia basal son poco fidedignas para el diagnóstico de Diabetes. Gestacional y algunos autores recomiendan realizar el test de tolerancia oral a la glucosa (test de

O'Sullivan) de forma sistemática. Se administran 50 gr de glucosa y si, a los 60 min., la glucemia es 140 mg/dl se debe realizar una prueba de sobrecarga oral. (aguirre & aguirre, 2008). Sedimento y urocultivo Grupo sanguíneo y Rh (opcionalmente el paterno). Si la madre es Rh negativo se debe realizar el test de Coombs (también en 2º y 3er trimestre). Serología: Lúes, toxoplasmosis, rubéola y hepatitis B; si presenta conductas de riesgo se determinará el VIH. Se calcula la fecha probable del parto: Fecha de la última regla – 3 meses + 7 días + 1 año (Regla de Nagüele) Se entregará el documento de Salud de la embarazada o cartilla maternal, y se iniciará desde la primera visita la Educación Sanitaria, insistiendo en la alimentación, higiene y hábitos. Se aclararán las dudas que pudiera tener la pareja. Realización de ecografías. Generalmente se practican tres: Primera ecografía (8-12 semanas). Segunda ecografía (16-22 semanas). Tercera ecografía (28-36 semanas). Con esta ecografía se realiza un estudio detallado de toda la anatomía fetal. Valorar los aspectos psicológicos de la gestante: Como hemos tratado anteriormente cada vez que la gestante acude a la consulta es conveniente tener un perfil psicológico de ella para poder realizar una atención correcta de sus demandas. Influirán sus experiencias, relación con la pareja, nivel socioeconómico, etc. En el primer trimestre se valorará el grado de aceptación del embarazo: pueden existir sentimientos ambivalentes hacia el hijo, se producen cambios en sus expectativas personales (trabajo, profesión, libertad personal), en su cuerpo y en su relación con el entorno. Son frecuentes en esta etapa la hipersomnolia, los

vómitos o las fantasías de aborto. El médico deberá explicar el proceso de implantación del embrión, los cambios corporales que sufrirá, las actividades que puede realizar y el porqué de las pruebas complementarias. En el segundo trimestre, que suele ser el de mayor tranquilidad, la mujer nota los movimientos fetales, con su pareja planifica el futuro y algunas mujeres, incluso, preparan el «ajuar» del bebé. En el tercer trimestre, y a medida que se acerca el parto, la ansiedad aumenta por el temor a malformaciones fetales, miedo a los dolores del parto o a morir en él. Evidentemente un grupo de riesgo importante lo constituyen las adolescentes. Actualmente hay un aumento del riesgo de embarazo a esa edad, debido fundamentalmente al adelanto de la menarquía, el inicio más precoz de las relaciones sexuales y el uso poco extendido de los métodos anticonceptivos. La mayoría de estas gestaciones son accidentales y las decisiones que deben tomar las adolescentes en tan poco tiempo son trascendentales. La morbilidad materna y perinatal a esta edad es mayor, principalmente si la adolescente es de nivel socioeconómico bajo (acude a menos controles médicos, el crecimiento físico y psicológico de la adolescente se complica con el embarazo). Todo ello hace que la adolescente requiera más comprensión y un mayor apoyo emocional por parte de su familia y su entorno, ya que, con un buen apoyo psicológico, los riesgos de prematuridad y de bajo peso al nacer (más frecuente a esta edad) disminuyen. (hernandez & nachon , 2005). Autocuidados en el embarazo. La educación maternal es el conjunto de actividades que profesionales sanitarios, individuos y comunidad realizan para

contribuir a que el embarazo se vivencie de forma positiva y facilitar un parto y un puerperio normal, tanto física como emocionalmente. La educación para la salud en la embarazada se convierte en la herramienta más importante en este proceso. Las diversas actividades de educación maternal, que pueden realizarse de forma individualizada o bien en grupos, comienzan desde el primer contacto que toma la mujer embarazada con las instituciones sanitarias y es importante crear desde el principio un clima de confianza y relax en la mujer. Los objetivos que persigue la educación para la salud en la embarazada los podemos sintetizar en uno solo: Conseguir que la vivencia del embarazo constituya una experiencia propia, natural y gozosa dentro del marco de la salud. Este objetivo último queda desgranado en los siguientes puntos: Instaurar los elementos para la educación para la salud que potencien el autocuidado. Establecer una relación de confianza entre el profesional de la salud, la mujer y familia. Estudiar todos los factores que intervienen en el embarazo, tanto los negativos como los positivos. Identificar todos los problemas que puedan incidir de manera negativa en el embarazo, entre ellos podemos citar, por ejemplo, los económicos. Asesorar a la pareja en la manera en que podrían resolver los problemas derivados del embarazo. Estructurar de forma coherente los contenidos de Educación Maternal sugeridos acordes con el tiempo de gestación. Para poder conseguir estos objetivos es importante tener unas mínimas normas de comportamiento que nos faciliten el desarrollo satisfactorio del proceso: El profesional debe acercarse gradualmente a la

embarazada para conseguir un clima de confianza y empatía, de manera que el clima de trabajo sea satisfactorio. A su vez el profesional estará capacitado para detectar las necesidades más importantes y saber encauzarlas con el suficiente cuidado para no crear la dependencia excesiva del profesional. Prestar atención tanto a la comunicación verbal como la no verbal, ya que a veces no expresan todo aquello que les preocupa. Evitar usar un lenguaje cargado de tecnicismo, lo cual creará desconfianza en la mujer ya que puede entenderse como alardes de autoridad. Cuidado con los reproches y los juicios éticos y morales. Los contenidos en que debemos centrarnos en cada visita o entrevista dependerán, por un lado, del trimestre de gestación en que se encuentre la paciente y, por otro, de las particularidades de ésta. De forma orientativa podemos establecer la siguiente estructuración de temas: Primer trimestre: Nutrición en el embarazo, Informar sobre las molestias generales en este primer trimestre, Cuidados generales, Valoración de la actitud psíquica de la pareja ante el embarazo, Prevención de los riesgos más comunes, Sexualidad y gestación. Segundo trimestre: Reforzar actitudes de nutrición y los cuidados generales. Informar sobre las molestias generales en el segundo trimestre: Fisiología del embarazo. Seguimiento de la actitud psicológica de la pareja. Seguimiento sobre los riesgos prevenibles. Tercer trimestre: La embarazada ya debe estar implicada en la educación. Reforzamiento de actitudes a nivel individual. Insistir en aspectos de puericultura, lactancia y planificación familiar. Aspectos del autocuidado de la embarazada. A la hora de planificar los autocuidados en la

mujer embarazada, debemos tener en cuenta las recomendaciones genéricas para la educación maternal, específicamente la que hace referencia al empleo de un lenguaje llano y fácilmente comprensible. Estructuraremos nuestro trabajo en las siguientes áreas: Respiración, Nutrición-Hidratación, Eliminación, Actividad-Reposo, Seguridad-Bienestar, Comunicación-Relación social, Hábitos tóxicos.

Respiración: El aumento del volumen inspiratorio propicia cierto grado de disnea en el último trimestre del periodo gestacional, que se ve favorecida por la disminución de la movilidad diafragmática debido a la compresión que ejerce el útero en crecimiento y por la hemodilución. Hay que recomendar reposo frecuente para la embarazada evitando la fatiga excesiva. La congestión general de las mucosas puede provocar ronquera y congestión nasal, que podrá mejorarse mediante lavados nasales con suero fisiológico, eludiendo el uso de fármacos vasoconstrictores. En general será conveniente que la embarazada limite al máximo el consumo de fármacos o que, en cualquier caso, consulte al ginecólogo o a la matrona antes de su uso. (perfumo, 2006).

Nutrición-Hidratación: Una alimentación equilibrada proporciona los nutrientes adecuados para favorecer el crecimiento y desarrollo del bebé, manteniendo el nivel de energía a lo largo del embarazo, parto y post-parto, prevenir anemias y activar la producción de la leche. Lo ideal es realizar tres comidas diarias que contengan alimentos de buena calidad y variedad. Si aparecen síntomas digestivos (náuseas, vómitos, pirosis...) se comerán cantidades menores y con mayor frecuencia. Se debe: Comer con calma masticando despacio, Consumir

verduras sin pelar, para no perder su valor nutritivo, cociéndolas al vapor, al horno o ligeramente sofritas, Consumir las frutas crudas, Evitar en lo posible tomar alimentos azucarados y refinados, Tomar mucha agua, preferiblemente fuera de las comidas, ésta contribuye a una buena función renal y evita el estreñimiento, Consumir suficiente fibra (hortalizas, vegetales, ensaladas) para evitar el estreñimiento, Requerimiento energético En la actualidad se considera suficiente incrementar las necesidades energéticas de una mujer embarazada, sana y bien nutrida, en 200 a 300 Kcal/día durante el segundo y tercer trimestres, para un total de 2000 Kcal que sería el requerimiento diario durante el embarazo (1700 + 300 Kcal). Requerimiento Nutricional: Carbohidratos: Deben proporcionar alrededor del 50% del aporte energético total. Se encuentran en las patatas y tubérculos en general, cereales, leguminosas. Se deben ingerir unas 6 raciones/día, repartidas entre las comidas y las meriendas. Proteínas: Las necesidades proteicas en una mujer adulta son de 1 g/kg/día. Durante el embarazo estas necesidades aumentan por la síntesis de nuevos tejidos, tanto maternos como fetales, especialmente en el último trimestre. A partir del segundo trimestre, la mujer embarazada debe consumir de 10 a 12 gr de proteínas adicionales, especialmente si es una madre joven. Los alimentos ricos en proteínas son las carnes de res, aves, pescado, huevos, granos, nueces. Se deben alternar los diferentes tipos de carnes distribuidos entre 210 a 240 gr diarios repartidos entre el almuerzo y la cena, no se deben consumir más de dos huevos a la semana. Grasas: La cantidad de lípidos en la dieta será

un 30% aproximadamente de la energía total. No sólo es importante la cantidad sino la calidad de la grasa que se ingiere durante la gestación. Se debe tomar en cuenta la necesidad de ciertos ácidos grasos, que son importantes para la formación del sistema nervioso y la retina del feto, y este aporte se garantiza incluyendo pescado en la dieta. Se encuentran en las carnes, productos lácteos y aceites vegetales. Se deben ingerir de 2 a 3 vasos de leche/día, que se pueden intercambiar con 2 rebanadas de queso o una ración de 30 gr de cuajada, requesón o yogurt. Vitaminas: En principio, si se guarda una dieta equilibrada, no tiene por qué ser necesario ningún aporte vitamínico extra. Las vitaminas se obtienen principalmente por medio del consumo crudo de frutas y vegetales. Es de especial importancia la vitamina C para la absorción de hierro y el ácido fólico, ya que es necesario aumentar la ingesta en un 122% debido al crecimiento del feto y la placenta, así como el aumento de la producción de los glóbulos rojos maternos. En la actualidad se recomienda que toda mujer en edad reproductiva consuma 400 mcg/día desde tres meses antes del embarazo, con el fin de reducir el riesgo de defectos del tubo neural. (crispi, 2012).
Minerales: Hierro, Calcio y fósforo, Sodio, Zinc. Hierro: Los requerimientos diarios de hierro en circunstancias normales son de 15 mg/día, y durante el embarazo se pueden ver aumentados hasta más del doble, principalmente por el aumento de volumen sanguíneo. El hierro es un componente esencial de la hemoglobina que, a su vez, es la responsable del transporte de oxígeno a los órganos. La anemia ferropénica se ha asociado con prematuridad y recién

nacidos de bajo peso. Al estar tan aumentados los requerimientos de hierro, y dada la trascendencia que puede ocasionar su falta, se suele recomendar el consumo de productos ricos en este mineral y un aporte suplementario, especialmente en la segunda mitad del embarazo, manteniéndolo hasta la lactancia. El hierro lo podemos obtener en una dieta rica en carnes, hígado y mariscos acompañados con frijoles, lentejas, garbanzos, frutas secas que, aunque contienen este nutriente, es difícil de asimilar, por lo que deben estar acompañados de frutas como la guayaba y la naranja, y de verduras como el brócoli y el pimentón, que contienen mucha vitamina C, la cual ayuda a absorber mejor el hierro. Es importante evitar tomar con la comida o inmediatamente después té o café porque inhibe la absorción del hierro. Calcio y fósforo: Los requerimientos diarios de calcio son 400 mg adicionales a los 800 mg que se recomiendan para las mujeres adultas. Su deficiencia es poco habitual y es suficiente con ingerir entre 250 cc y 1000 cc de lácteos diarios para asegurar el aporte necesario. Los requerimientos de fósforo son similares a los de calcio. Son importantes para la formación del esqueleto fetal. Sodio: El aumento de líquidos durante el embarazo genera unas mayores demandas de sodio, por lo que no tiene sentido la restricción sistemática. Como regla general 2 a 3 gr en la dieta son suficientes para cubrir los requerimientos diarios. Se desaconsejará el consumo de alimentos muy salados, manteniendo el hábito de condimentación habitual de los alimentos. Zinc: Los requerimientos diarios son de 15 mg para prevenir malformaciones fetales. Eliminación: El estreñimiento es

un proceso habitual en la gestante, debido principalmente a: Disminución del peristaltismo en los intestinos delgado y grueso, Aumento en la absorción de agua y sodio en el colon (heces secas), Compresión del sigmoides y el recto por el útero, Defectos de la dieta (poca fibra, exceso de azúcares, etc.). Para evitar este problema será suficiente con: Evitar grasas, fritos, guisos, etc., en la dieta. Aumentar la ingesta de verduras, frutas, etc., con alto contenido en fibras. Aumentar de la ingesta de agua. Sólo en situaciones especiales y ante el fracaso de las medidas preventivas se puede proceder a la administración de supositorios de glicerina sólida o de enemas de limpieza. Actividad-Reposo. El ejercicio físico: El ejercicio físico durante la gestación es absolutamente saludable, pero hay una serie de precauciones mínimas que hay que tener presentes antes de practicar cualquier actividad: Se debe comenzar con actividades físicas de baja intensidad e ir aumentándolas progresivamente. Sin exceder nunca el tiempo de ejercicio aeróbico por el riesgo de hipoglicemia (15-45 minutos). Antes de comenzar cualquier actividad física hay que calentar suave y progresivamente durante 5-10 minutos. Al finalizar el ejercicio realizaremos la misma operación. Es preferible realizar un ejercicio regular en cortos periodos de tiempo (45 minutos, 3 veces a la semana) que un ejercicio excesivo seguido de largos periodos de inactividad. (figueras f. , 2016). Evitar el sobreesfuerzo, deteniendo la actividad si se exceden de 140 pulsaciones por minuto, o si se nota agotamiento (dificultad para respirar mareo). Tomar agua frecuentemente, durante y después del ejercicio para prevenir la deshidratación.

No participar en deportes y ejercicios en los que haya riesgo de caídas y golpes. No realizar ejercicios en decúbito dorsal, ya que disminuye el flujo sanguíneo al útero y al bebé. Cuidado con la espalda. Evitar posiciones y ejercicios que aumenten la flexión de la misma. Evitar la flexión o hiperextensión excesiva de las articulaciones, para eludir lesiones por la laxitud de las mismas durante el embarazo. Evitar cambios bruscos de dirección, saltos, gimnasia olímpica por la inestabilidad articular del embarazo. Evitar cambios posturales bruscos por el riesgo de hipotensión ortostática y desmayo. No hacer ejercicio si se está enferma o con fiebre. Utilizar un sostén adecuado para proteger los senos aumentados de tamaño. Contraindicaciones del ejercicio durante el embarazo: Relativas: Hipertensión arterial crónica. Patologías tiroideas, cardíacas o pulmonares. Problemas vasculares. Absolutas: Hipertensión inducida por el embarazo (preeclampsia). Ruptura prematura de membranas. Amenaza de parto pretérmino. Incompetencia cervical-cerclaje. Placenta previa. Retardo de crecimiento intrauterino. Sueño y descanso: Es conveniente que la mujer gestante duerma al menos 8 horas diarias acostada sobre su lado izquierdo. Esta postura beneficia la circulación sanguínea. Se puede utilizar una almohada o cojín para mantener la posición, por ejemplo, poniéndola entre las piernas, debajo de los pies, detrás de la espalda como soporte o debajo del cuello. Las siestas durante el día permiten reponer las energías y continuar con las labores normalmente. Aparece con frecuencia el denominado «síndrome de hipotensión en decúbito supino», que se produce

como consecuencia de la compresión del útero sobre la vena cava inferior. La fuerza de la gravedad hace que el útero comprima la vena cava, al estar la mujer en decúbito supino, provocando un cuadro de palidez, mareo, frialdad e hipotensión que mejora de inmediato al cambiar la mujer de posición. Los primeros meses de gestación la rigidez de los senos y el malestar general pueden perturbar el sueño de la mujer. Dormir boca abajo puede ser incómodo, igual que dormir boca arriba. Con el paso de los meses el peso recae en el útero, la vena cava, la vejiga y el aparato digestivo. Las hemorroides y las dificultades estomacales pueden aparecer en este período. (ordoñez, 2010). La vida sexual: En la mayoría de las mujeres, el embarazo conlleva cambios en la vida sexual con sus parejas. Mientras que algunas mujeres se sienten bellas y sensuales, otras pueden sentirse torpes y poco atractivas. Los cambios corporales como náuseas, fatiga, aumento de peso, mayor sensibilidad en los senos, y cambios hormonales, entre otros, pueden fluctuar a lo largo del embarazo y así afectar las relaciones sexuales, provocando una disminución de la libido. El cariño, la complicidad, la paciencia, las caricias, y, sobre todo, la comunicación con la pareja se volverán esenciales en estos momentos. Algunas parejas desean hacer el amor con mayor frecuencia durante el embarazo, mientras que en otras disminuye. Lo más común es que el deseo tenga fluctuaciones, a menudo aumentando en la fase media del embarazo y reduciéndose de acuerdo con la proximidad al parto. No existe ninguna razón médica por la cual no deban mantenerse relaciones sexuales. A menos que el

ginecólogo indique expresamente lo contrario, unas relaciones sexuales cómodas y agradables no perjudican en absoluto al feto y pueden ayudar a fortalecer la unión entre la pareja y la autoestima de la mujer. (pages, 2002).

Hábitos tóxicos. Alcohol: El alcohol atraviesa la barrera placentaria por lo que el consumo de la madre afectará directamente al feto. En madres que son consumidoras abusivas de alcohol, se ha descrito el síndrome de abstinencia en el recién nacido. El alcohol puede causarle al feto problemas de salud que le duran para toda la vida. El denominado síndrome alcohólico fetal, que aparece en bebés de madres consumidoras de alcohol durante el embarazo, se caracteriza por: Niños con cabeza pequeña y defectos en el corazón. Retrasos en el crecimiento. Problemas de aprendizaje. Es importante eliminar o reducir al mínimo el consumo de alcohol durante el periodo de gestación. Café: La cafeína en pequeñas dosis no es dañina pero es preferible evitarla, especialmente después de las comidas, porque interfiere en la absorción del hierro tan necesario en la etapa de la gestación. La cafeína se encuentra en el café, el chocolate, en algunos tipos de té y refrescos y hasta en medicinas. Tabaco: El consumo de tabaco puede provocar numerosos trastornos en el feto: Fetos con bajo peso. Aumento de los nacimientos prematuros. Retrasos en el crecimiento. Un embarazo sano inexcusablemente va unido al abandono del consumo de tabaco, por lo que, si es posible, la madre deberá abandonar el hábito de inmediato. Si el abandono repentino del tabaco genera en la madre una ansiedad y angustia excesiva habrá que estudiar la posibilidad de que se

someta a una terapia de deshabitación o, al menos, que reduzca al máximo el consumo. Medicamentos: Como norma, durante el periodo de gestación deberá abstenerse de consumir ningún medicamento, al menos que sea prescrito o autorizado de forma expresa por el ginecólogo. Para consumir cualquier medicina, por inofensiva que ésta pueda parecer, la gestante deberá consultar al equipo de salud, pues algunas de ellas pueden suponer un riesgo severo para el feto o para ella misma. Otras drogas: Las mujeres embarazadas no deberían consumir ninguna droga. Los bebés nacidos de madres adictas a las drogas pueden tener problemas que les duran para toda la vida. Algunos hasta se mueren. El uso de cocaína puede desencadenar abortos naturales, o daños irreversibles en el cerebro del bebé. El consumo de marihuana puede causar el nacimiento de bebés con bajo peso. Los bebés de madres adictas a la heroína pueden nacer adictos y sufrir síndromes de privación de la droga.

B. EMBARAZO POSTERMINO

1. Definición

En 1954, Clifford reconoció que el embarazo prolongado podría resultar en restricción de crecimiento intrauterino, al describir el síndrome de pos madurez con disfunción placentaria. Fue únicamente en la década de 1970 cuando llegó a ser aparente la elevada mortalidad perinatal en embarazos prolongados, y que la evaluación fetal combinada con uso selectivo de inducción podría contribuir a la mejoría de los resultados perinatales, varía enormemente de acuerdo con los criterios utilizados, pero dadas las frecuencias observadas se considera que 1 de cada 10 embarazos va más allá de las 40 semanas y de este porcentaje 10% se relaciona con complicación fetal. De este porcentaje de mujeres que llegan a la semana 42, sólo 7.5% lo hace con fecha de última regla confiable, 2.6% por ecografía temprana (primer trimestre) y 1.1 % por FUR más ecografía temprana. En un análisis de mujeres noruegas, la incidencia de un nacimiento postérmino aumentó de 10 a 27% si el primer embarazo había sido postérmino, y a 39% si existían 2 anteriores (Bakketeig y Bersjo, 1991). La mortalidad perinatal aumenta 2 veces a la semana 43 y de 4 a 6 veces a la semana 44. (rodriguez & adriana, 2002). Para describir los embarazos cuya duración excede el límite superior de una gestación normal se han usado, laxamente, diferentes términos. La falta de consenso lleva a definiciones de términos como “posmadurez”, “posfechado”, “postérmino” o “embarazo prolongado”, que combinada con la ausencia de una definición precisa del límite

superior del término de una gestación normal, lleva a un rango amplio de embarazos reportados como prolongados. En esta guía se usará el término embarazo prolongado para referirse a las gestaciones de más de 42 semanas de duración. La definición del límite superior es algo arbitraria e imprecisa. La definición estándar es 42 semanas completas de gestación (294 días desde el primer día del último periodo menstrual). Esta definición está avalada por el American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). Se basa en datos derivados del uso de métodos de evaluación fetal, y el uso de ultrasonido para fechar las gestaciones. En vista de datos recientes de mortalidad perinatal en embarazos fechados adecuadamente, debería ser razonable iniciar manejo en el embarazo cuya duración es igual o mayor a 41 semanas. Embarazo posfechado es el que ha sobrepasado la fecha probable de parto confiable calculada (40 semanas). Embarazo posmaduro hace referencia a la descripción de un neonato con aspectos clínicos reconocibles que indican un embarazo prolongado. Se define como fecha de última regla confiable aquella que se presenta en mujeres con ciclos regulares que no han estado expuestas a anticonceptivos hormonales o medicamentos que alteren el ciclo en los últimos tres meses, y que no hayan presentado sangrado en los primeros tres meses de embarazo, que sepan con exactitud la fecha del primer día de la última regla. Cálculo de la fecha probable de parto (en términos generales, cualquiera de estos métodos corresponde a

una edad gestacional de 40 semanas): 38 semanas después de la concepción. 40 semanas después del primer día de la última menstruación normal. A la fecha del primer día de la última regla se le agregan 7 días, y a esta fecha se le restan 3 meses más un año. En caso de última regla no confiable, la ecografía del primer trimestre se convierte en herramienta para calcular la edad gestacional con una desviación estándar de 7 días. (espinal & padilla, 2001).

Tanto para este cálculo como para el de edad gestacional deberá usarse, preferiblemente, el gestograma.

1. Epidemiología

Por definición una gestación a término corresponde a las 37-42 semanas. La verdadera incidencia de embarazo prolongado no se conoce, pero probablemente es menor de lo que se ha pensado. La frecuencia varía entre 4 y 14%, y aquellas que completan 43 semanas 2-7%. La posibilidad que el parto ocurra a los 280 días exactos, luego del primer día de la última menstruación, es sólo de 5%. Uno de los mayores problemas en delinear la extensión del riesgo más allá del término se relaciona con la confiabilidad limitada del último periodo menstrual como base para predecir edad gestacional. Los datos confirman que el último periodo menstrual es un pobre predictor de la verdadera edad gestacional, si se compara con la biometría por ultrasonido. Por ejemplo, la incidencia de embarazo prolongado cambió de 7.5% por fecha de última menstruación, a 2.6% cuando se basó en ecografía temprana, y a 1.1% cuando

el diagnóstico requirió datos de ecografía y menstruales para alcanzar 294 días o más.

3. Etiología

El proceso normal del parto envuelve la aparición de una secuencia de cambios compleja, comenzando con el cerebro fetal e influyendo en el debido curso el hipotálamo, la hipófisis, glándulas adrenales, pulmones y riñones (y por ende la composición del líquido amniótico), la placenta, el amnios, el corion, al igual que aquellos cambios inducidos en el tejido materno: decidua, miometrio y cérvix. De acuerdo con esto, es posible que el defecto que lleva a la gestación prolongada resida en alguno de los siguientes tejidos:

a.Cerebro fetal: maduración cerebral tardía. Alteraciones en el eje hipotálamo-hipófisis y glándula adrenal.

b.Hipófisis: la anencefalia se asocia con prolongación del embarazo.

c.Glándulas adrenales: hipoplasia adrenal fetal primaria congénita.

d.Placenta: deficiencia de la enzima sulfatasa placentaria lleva a baja producción de estrógenos, asociada con embarazo prolongado, falla en la maduración cervical y dificultad en la inducción del trabajo de parto.

e.Membranas fetales y decidua: la decidua es la principal fuente intrauterina de prostaglandina F2 alfa (PGF2á), mientras el amnios es la principal fuente de prostaglandina E2 (PGE2). La capa entre estos dos tejidos es el corion, que contiene altas concentraciones de 15 hidroxiprostaglandina deshidrogenasa. En algunos casos de embarazo prolongado se ha demostrado disminución de la

actividad de esta enzima, diferencias regionales de su actividad. La síntesis de PGF2á y PGE2 puede ser inhibida por agentes como los antiinflamatorios no esteroideos. Está claro que la causa más común de embarazo prolongado es un error en determinar el tiempo real de gestación. Usar la fecha de la última menstruación para determinar la edad gestacional está lleno de inexactitudes. La falla para recordar el primer día de la última menstruación, combinada con la duración variable de la fase folicular del ciclo menstrual, puede resultar en una sobreestimación de la edad gestacional. Varias condiciones maternas se han sugerido como factores predisponentes para el desarrollo de embarazo prolongado. La primigravidez se identificó como la única variable materna que tuvo una asociación pequeña pero significativa con embarazo prolongado (riesgo relativo 1.069, IC 95% 1.05 – 1.07). (presa, 2009). La edad materna igual o mayor a 35 años y el uso de medicinas durante el embarazo estuvieron asociadas con un efecto protector pequeño pero significativo (OR 0.93), probablemente sugiriendo que mujeres mayores con enfermedades crónicas fueron inducidas antes de las 42 semanas. Zweidling sugirió que mujeres con un embarazo prolongado anterior tienen 50% de posibilidades de tener otro embarazo prolongado. Un estudio publicado en International Journal of Epidemiology en abril de 1999 expone que si una madre había tenido un embarazo prolongado al momento del parto de una hija, el riesgo relativo de que la hija tuviera un embarazo prolongado era moderadamente elevado (RR 1.3; IC. 1.0-1.7), con unas proporciones atribuibles a la población entre 2.1 y

4.6%. Si el embarazo anterior había sido prolongado, el RR para que el siguiente embarazo fuera prolongado se incrementaba 2 a 3 veces. Posibles factores de confusión como paridad, y edad maternal no alteran el riesgo. Con lo anterior, el factor familiar contribuye en una mínima parte a la ocurrencia de embarazo prolongado en la población general.

3. Diagnóstico

El término embarazo prolongado representa un diagnóstico basado en la mejor estimación disponible de la duración de la gestación al momento del parto. El diagnóstico óptimo de edad gestacional es entorpecido por la inexactitud en fechar el embarazo. Los métodos clínicos son inferiores para determinar la edad gestacional en comparación con la ultrasonografía temprana. La determinación de la edad gestacional por ecografía temprana resulta en disminución del número de embarazos prolongados. La edad gestacional determinada por ultrasonido disminuye la proporción de partos más allá de los 294 días de gestación en un 39%. Sin embargo, el ultrasonido también otorga un margen de error, el cual es aproximadamente de 1 semana para ecografías del primer trimestre, 2 semanas para ecografías hechas durante el segundo trimestre, y 3 semanas para ultrasonidos hechos en el tercer trimestre. Así, aun mujeres con edades gestaciones basadas en ecografías del primer trimestre pueden tener una ventana de tiempo de más o menos 14 días. (ramirez, fisiopatología del liquido amniotico, 2010). Además, debido a que la edad gestacional dada por ecografía está basada en el tamaño del feto o del embrión, una asociación entre

el tamaño al momento del ultrasonido y los resultados posteriores puede crear sesgos sistemáticos en la evaluación del riesgo asociado con la edad gestacional. Por ejemplo, puede sobrestimarse la edad gestacional por ultrasonido, en fetos grandes para la edad gestacional, lo que podría llevar a la conclusión errónea de macrosomía asociada a edad gestacional avanzada. Lo mismo sucede con fetos pequeños para la edad gestacional. Se ha determinado un incremento significativo en la mortalidad fetal a partir de las 41 semanas de gestación, la restricción del crecimiento intrauterino se asocia independientemente con una tasa de mortalidad alta en las gestaciones prolongadas. Tres variables han sido identificadas como predictores independientes de mortalidad perinatal:

- a. Pequeño para la edad gestacional.
- b. Edad materna mayor o igual a 35 años.
- c. Grandes para la edad gestacional estuvieron asociados con un modesto efecto protector para muerte perinatal.

Campbell et al. compararon 65.796 embarazos en Noruega mayores o iguales a 42 semanas con 379.445 nacimientos al término (37 a 41 semanas) y concluyeron que la prolongación del embarazo estuvo asociada con el incremento significativo en resultados adversos. El compromiso fetal fue mayor en fetos pequeños para la edad gestacional, mientras que la distocia de hombros, disfunción del trabajo de parto, trauma obstétrico y hemorragia materna fueron más comunes en fetos grandes para la edad gestacional.

Clausson et al. evaluaron una base sueca de embarazos a término y pos término, con neonatos normalmente formados, y mostraron que el embarazo prolongado estaba asociado con el aumento en la frecuencia de convulsiones neonatales, síndrome de aspiración de meconio y valores de Apgar menor de 4 a los 5 minutos. De nuevo la morbilidad en los pequeños para la edad gestacional pos término fue mayor que en los de adecuado peso para la edad gestacional. Según un estudio realizado por Smith, en el que se analizó el riesgo de muerte perinatal a diferentes edades gestacionales, las de 38 semanas estuvieron asociadas con el menor riesgo. La gestante que esté pasada dos semanas de su fecha probable de parto experimenta varios problemas. El primero es la tensión emocional de aprehensión, expectativa y ansiedad; el segundo se relaciona con la intervención médica en términos de evaluaciones e intentos de parto; y el problema potencial final es el trauma físico que puede ser experimentado en el parto de un feto macrosómico. Los problemas fetales asociados con gestación prolongada pueden dividirse en dos categorías:

a. Los asociados a función uteroplacentaria disminuida, resultando en oligoamnios, crecimiento fetal disminuido, paso de meconio, asfixia, y riesgo potencial de muerte fetal.

b. Los asociados con función placentaria normal, resultando en crecimiento fetal, con el subsecuente riesgo aumentado de trauma durante el parto, incluyendo distocia de hombros con posible daño neurológico permanente.

i. Oligohidramnios

El oligohidramnios, definido como un índice de líquido amniótico menor o igual al percentil 5 para la edad gestacional, tiene una incidencia de 8.5 a 15.5%. En ausencia de ruptura de membranas o alteración en el tracto urinario fetal, los valores bajos de líquido amniótico pueden relacionarse con pobre función placentaria. Nicolaidis et al. presentaron la hipótesis que la hipoxemia fetal resultará en redistribución del flujo sanguíneo, con disminución de la perfusión renal y disminución de la producción de orina, lo cual, de hecho, causará oligohidramnios. Un círculo vicioso podría desarrollarse, con oligohidramnios favoreciendo compresión del cordón, resultando en hipoxemia adicional, oligohidramnios y alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal. Bajo estas circunstancias, la hipoxemia fetal podría causar relajación del esfínter rectal y permitir la salida de meconio, resultando en síndrome de aspiración de meconio. Según lo expuesto por Divon et al. en 1995, independientemente de la tasa de cambio del índice de líquido amniótico, los embarazos prolongados se relacionan significativamente con desaceleraciones de la frecuencia cardíaca fetal y meconio, cuando se encuentra un índice de líquido amniótico menor a 5cm. Luego de un estudio, Bar Hava determinó que el oligohidramnios no se asoció con redistribución del flujo sanguíneo en gestaciones prolongadas, sugiriendo que la causa del oligoamnios se relacionaba con el peso al nacer más que con la perfusión renal. (gallardo, 2015).

El oligohidramnios se relaciona con compresión aguda del cordón, que puede ocurrir cuando el volumen de líquido amniótico desciende a volúmenes muy bajos. Frecuentemente los accidentes del cordón no son previsibles, aunque desaceleraciones variables de la frecuencia cardiaca fetal y mediciones del índice de líquido amniótico por ecografía pueden ayudar al diagnóstico. Todos los embarazos prolongados deberán ser evaluados para oligohidramnios.

ii. Macrosomía

Se define como un peso mayor de 4.000 gr. La posibilidad de que este problema aparezca aumenta si la madre es obesa o tiene diabetes mellitus. Las consecuencias de la macrosomía incluyen obstrucción del trabajo de parto, trauma durante el nacimiento, especialmente distocia de hombros, lesión del plexo braquial e hipoxia. La predicción de macrosomía fetal puede ser posible por evaluación ecográfica y medida de la altura uterina. La circunferencia abdominal es la medida más importante para predecir macrosomía. Una circunferencia abdominal fetal mayor de 36 cm sugiere macrosomía (error de 10%). Una altura mayor de 40 cm en una mujer no obesa sugiere macrosomía. En un estudio efectuado por Pollack et al. con 519 mujeres embarazadas el valor predictivo positivo del peso estimado fetal mayor o igual a 4.000 gr en la predicción de un peso al nacer mayor o igual a 4.000 gr fue únicamente 64%. (aguirre & aguirre, 2008).

iii. Sufrimiento fetal

La incidencia de sufrimiento fetal puede alcanzar la tercera parte de los embarazos prolongados. La causa de esta hipoxia fetal hay que buscarla en la insuficiencia placentaria, que se manifiesta clínicamente mediante el oligohidramnios, el meconio y alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal.

iii. Aspiración de meconio

El feto rara vez pasa meconio antes de la semana 32, luego de la cual la frecuencia del paso de meconio aumenta progresivamente con el aumento de la edad gestacional. Algunos fetos pasan meconio en respuesta a la hipoxia. En embarazos prolongados la incidencia del paso de meconio es mayor a 25%. Una complicación asociada es que el volumen de líquido amniótico disminuye, y el meconio será menos diluido, resultando en un meconio espeso que estará disponible para la aspiración del feto. El meconio espeso obstruirá el tracto respiratorio. En adición el meconio bloquea la acción del surfactante para reducir la tensión superficial y así interfiere con la función pulmonar. (meza & affumicato, 2011).

iv. Insuficiencia placentaria

La reserva placentaria comprometida puede presentarse con un amplio espectro de cambios, incluyendo pobre crecimiento fetal, pérdida de la grasa fetal y el glicógeno, paso de meconio, disminución de movimientos fetales, disminución del líquido amniótico, frecuencia cardíaca fetal no reactiva, desaceleraciones tardías, hipoxia y acidosis, bajos valores de Apgar, daño del sistema nervioso central y muerte. La placenta alcanza su máximo tamaño y

superficie a las 37 semanas de gestación, y el pico de su función se alcanza casi al mismo tiempo. Luego de esta época, la superficie y la función disminuyen gradualmente. Si el feto continúa creciendo, la relación placenta feto disminuye, y la transferencia de sustancias críticas puede alcanzar un punto en el cual la existencia intrauterina está comprometida. La eritropoyetina fetal, liberada en respuesta a la hipoxia, está aumentada en muchos embarazos prolongados. Para sobrevivir en el útero bajo estas condiciones anormales, el feto puede disminuir sus requerimientos de energía mediante dos vías. Primero, el feto puede disminuir su tasa de crecimiento, lo cual lleva a una pérdida de la grasa depositada y del glicógeno. Luego mostrará signos de restricción de crecimiento intrauterino y dismadurez, con piel arrugada y descamada y uñas largas. La estimación ultrasonográfica del peso estimado fetal es útil para predecir restricción de crecimiento intrauterino en embarazos prologados. Segundo, puede parar de moverse. El feto puede demostrar hipoxia durante el reposo, pero más a menudo ocurre luego del estrés de las contracciones uterinas, especialmente si son lo suficientemente fuertes para dilatar el cervix. En muchos de estos infantes comprometidos, bradicardia fetal con hipoxia y acidosis se desarrollan durante el trabajo de parto. (fetal, 2010).

Síndrome de posmadurez

El estado de posmadurez se divide en tres estadios:

- I: líquido amniótico claro.
- II: piel teñida de verde.

- III: coloración de la piel verde amarillenta.

El neonato afectado presenta la piel arrugada, que se descama en parches, cuerpo largo y delgado por pérdida de grasa subcutánea y masa muscular, que sugiere emaciación y una madurez avanzada porque el niño tiene los ojos abiertos, está inusitadamente alerta y tiene una apariencia de viejo y preocupado; las uñas son típicamente muy largas. Muchos de estos niños afectados mueren afectados por asfixia y aspiración de meconio. Este síndrome ocurre en alrededor de 10% de los embarazos entre las 41 y 43 semanas de gestación. Malformaciones fetales. También son más frecuentes en el embarazo prolongado, especialmente las relacionadas con el sistema nervioso central, como la anencefalia.

4. Evaluación fetal

Se usa para observar cuidadosamente la seguridad del embarazo prolongado, mientras se espera la aparición espontánea del trabajo de parto o la maduración cervical antes de la inducción electiva. La evaluación prenatal plantea dos contratiempos; uno son los test falsos positivos que llevan a intervenciones innecesarias, que podrían ser potencialmente riesgosas para la madre. Y el otro es que ningún test de evaluación fetal elimina por completo la posibilidad de muerte fetal. Conteo de movimientos fetales: debe realizarse diariamente. Perfil biofísico: debe efectuarse, al menos, dos veces por semana o a criterio médico. Índice de líquido amniótico (ILA): debería hacerse valoración, al menos, una vez por semana o según criterio médico. El ILA debe

ser mayor de 5 cm, para indicar un volumen de líquido amniótico normal. Monitoría fetal: por seguridad y facilidad, la monitoría sin estrés es la más usada; se recomienda dos veces por semana. Se considera reactiva si hay dos aceleraciones de más de 15 latidos, por más de 15 segundos en un trazado de 20 minutos.

5. Manejo

Entre las opciones para el manejo del embarazo prolongado se encuentra la inducción del trabajo de parto a las 41 o más semanas, maduración cervical, o estrategias que impulsen la aparición del trabajo de parto (estimulación de pezón, desprendimiento de membranas) y la evaluación fetal continua, dejando la inducción según indicaciones maternas o fetales. Debido al riesgo de morbilidad perinatal, que va en aumento a partir de las 41 semanas de gestación, podría decirse que todo embarazo mayor a 41 semanas debería inducirse en institución de segundo o tercer nivel. Pauta asistencial en la gestación prolongada La conducta obstétrica, el tipo de pruebas que se utilizarán y la prioridad con la que deberán aplicarse deben quedar a criterio de cada centro asistencial, en función de sus posibilidades asistenciales y su experiencia profesional. No obstante, a modo de referencia sugerimos la siguiente pauta: Condiciones obstétricas favorables y seguridad de gestación como mínimo a término: inducción del parto. Condiciones obstétricas desfavorables y normalidad de las pruebas de bienestar fetal, sin patología obstétrica asociada: control de bienestar fetal mediante monitoría fetal preparto,

perfil biofísico, valoración del volumen del líquido amniótico. La anormalidad de estos controles será indicación de finalizar el embarazo tal como se indica en el apartado. Condiciones obstétricas desfavorables, normalidad de las pruebas de bienestar fetal y patología obstétrica asociada: en función del tipo de patología obstétrica asociada, será esta la que primará a la hora de decidir el momento más oportuno para finalizar el embarazo. Anormalidad de las pruebas de bienestar fetal: indicación de finalización del embarazo. La vía de parto se definirá de acuerdo con criterio médico según las condiciones obstétricas. Inicio de las pruebas de control de bienestar fetal más estricto a partir de las 40 semanas del embarazo como mínimo dos veces por semana. (meritano & abraham, 2010)

C.VARIABLE EN ESTUDIO: PERFIL EPIDEMIOLOGICO

En el enfoque epidemiológico el estudio es de un grupo de individuos, de sus problemas de salud/enfermedad en su entorno o ambiente externo. El enfoque epidemiológico de riesgo es un método que se emplea para medir la necesidad de atención por parte de grupos de población específicos. Ayuda a determinar prioridades de salud y es una herramienta para definir las necesidades de reorganización de los servicios de salud. Además, intenta mejorar la atención para todos pero prestando mayor atención a aquellos que más la requieran; por lo que se puede afirmar que es un enfoque no igualitario, pues discrimina a favor de quienes tienen mayor necesidad de atención. La hipótesis en que se basa el informe de riesgo, es que mientras más exacta sea la medición del

riesgo, mejor se comprenderán las necesidades de atención de la población, favoreciendo la efectividad de las intervenciones (Iliu, 2012). El enfoque epidemiológico, incluye una serie de indicadores y subindicadores, dentro de los indicadores se encuentran los siguientes:

a. Persona: El término persona proviene del latín *persōna*, y éste probablemente del etrusco *phersona* ('máscara del actor', 'personaje'), el cual según el Diccionario de la lengua española procede del griego πρόσωπον [*prósōpon*]. El concepto de persona es un concepto principalmente filosófico, que expresa la *singularidad* de cada individuo de la especie humana en contraposición al concepto filosófico de "naturaleza humana" que expresa lo común que hay en ellos. En el lenguaje cotidiano, la palabra persona hace referencia a un ser con poder de raciocinio que posee conciencia sobre sí mismo y que cuenta con su propia identidad. El ejemplo excluyente suele ser el hombre, aunque algunos extienden el concepto a otras especies que pueblan este planeta.

El indicador persona incluye los siguientes subindicadores:

- i. Edad: con origen en el latín *aetas*, es un vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo. La noción de edad brinda la posibilidad, entonces, de segmentar la vida humana en diferentes periodos temporales
- ii. Estado civil: Condición de soltería, matrimonio, viudez, etc., de un individuo.

Se define la condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo. El concepto de estado civil existe desde el momento en que el ser humano crea la institución del matrimonio, pero el mismo se vincula específicamente con el alcance que tiene el Estado como institución política para organizar y regir el establecimiento de vínculos de este tipo. Hay diferentes tipos de estado civil que varían de acuerdo al tipo de relaciones que una persona mantenga con otras. Entre los más comunes encontramos el de soltería (aquellas personas que no se encuentran comprometidas legalmente con otras), el de casado (aquellas que sí lo están) y otros como divorciado (las personas que han roto el vínculo amoroso o legal con sus parejas) o viudos (los que han perdido a su pareja por deceso). Estos son, entre otros, los vínculos que determinan el estado civil de una persona. Es importante señalar aquí que estos son los posibles estados civiles que una persona puede tener para el Estado ya que por ejemplo una persona puede responder que se encuentra 'en pareja' ante la pregunta pero si esa pareja no ha sido consumada legalmente en las oficinas del Estado, la misma no cuenta con validez a la hora de realizar diferentes tipos de trámites.

- iii. Escolaridad: tiempo durante un alumno asiste a la escuela o alguna institución de enseñanza.
- iv. Historia Gineco-obstetrica.

La Obstetricia (del latín *obstare* «estar a la espera») es la ciencia de la salud o especialidad médica que se encarga del embarazo, el parto y el puerperio¹ (incluyendo la atención del recién nacido) la historia gineco-obstétrica la podemos definir utilizando la siguiente clasificación Gx Px Cx Ax, donde Gx corresponde al número de gestaciones de la gestante (por ejemplo, "G:1" significa "1 gestación"), Px corresponde al número de partos eutócicos (sin complicaciones) y Cx al número de cesáreas de la paciente (por ejemplo, "C:1" significa "1 cesárea"). Ax es el número de abortos de la gestante. Todos estos datos están incluidos en los antecedentes gineco-obstétricos de la paciente.

- v. Inmunización: La inmunización es la administración de un agente a un organismo para generar una respuesta inmune. Si el agente provoca que el organismo lleve a cabo una respuesta inmune se habla de inmunización activa. Si es el propio agente el que aporta la inmunización se habla de inmunización pasiva. En el primer caso la respuesta es adaptativa y el organismo podrá responder de nuevo al mismo agente. La inmunización es la base de las vacunas frente a patógenos. En salud pública la inmunización ha demostrado ser una actividad de mayor costo beneficio y costo efectividad en los últimos dos siglos.
- vi. Estado Nutricional: Estado nutricional es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes. Evaluación del estado nutricional será por tanto la acción y efecto de estimar, apreciar y calcular la condición

en la que se halle un individuo según las modificaciones nutricionales que se hayan podido afectar. La evaluación nutricional mide indicadores de la ingesta y de la salud de un individuo o grupo de individuos, relacionados con la nutrición. Pretende identificar la presencia, naturaleza y extensión de situaciones nutricionales alteradas, las cuales pueden oscilar desde la deficiencia al exceso.

- vii. Antecedente Patológico: refiere a las diferentes patologías que ha padecido un individuo a lo largo de su vida.
- viii. Diagnóstico gestacional: La edad gestacional es el término común usado durante el embarazo para describir qué tan avanzado está éste. Se mide en semanas, desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha actual. debe medirse a más tardar en el segundo control prenatal y se divide según el número de semanas gestacionales en: Prematuro extremo si es menor de 28 semanas de gestación, muy prematuro si se encuentra entre 28 y 32 SG y prematuro si tiene una edad gestacional comprendida entre 32 y 36 SG, a término de las 37-42 SG y posterior a esta fecha se denomina posttérmino
- ix. Controles Prenatales: Control prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal. Mediante el control prenatal, podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo. De esa forma, se podrá controlar el momento de mayor

morbimortalidad en la vida del ser humano, como es el período perinatal y la principal causa de muerte de la mujer joven como es la mortalidad materna.

- x. Diagnóstico al momento de la cesárea: se refiere a la indicación obstétrica para la evacuación del producto por vía abdominal.
- xi. Tipo de cirugía: la cirugía se divide en base a su necesidad en : Cesárea de urgencia: Es el parto por vía abdominal en trabajo de parto asociado a factores como sufrimiento fetal, cesáreas anteriores, distocias o falta de progreso en el trabajo de parto, presentación pélvica, embarazos múltiples, fetos transversos, pelvis estrecha, hemorragia del tercer trimestre. Cesárea en curso de parto o de recurso: Se indica y realiza durante el curso del parto por distintos problemas, generalmente por distocia. Se incluyen: desproporción pélvica fetal, inducción del parto fallida, distocia de dilatación o descenso y parto estacionado. No existe riesgo inminente para la madre ni para el feto. (Protocolos de cesarea del hospital clinic de Barcelona, 2009)
Cesárea electiva: Según (Ortega-Medrano, 2013) definen la cesárea electiva como la cesárea que se programa para ser realizada en una fecha determinada, por alguna indicación médica ó a petición materna y que se lleva a cabo antes de que inicie el trabajo de parto.
- xii. Profilaxis Preoperatorio: La profilaxis antibiótica se ha definido como el uso de antimicrobianos con el fin de prevenir enfermedades causadas por agentes infecciosos sensibles a estos. En cirugía se utiliza específicamente con la finalidad de disminuir las infecciones postoperatorias. Los antibióticos

profilácticos se prescriben en el preoperatorio de aquellas cirugías que impliquen un riesgo elevado de infección a nivel de la herida quirúrgica

xiii. Categoría del cirujano: Médico Ginecólogo, Médico Residente

xiv. Antecedente de Ruptura de Membranas: se refiere a la condición de las membranas ovulares al momento de la cesárea, y el tiempo de evolución de la misma en caso de tener membranas ovulares rotas. Ruptura de membranas: Se refiere a la disrupción de las membranas amnióticas, que ocurre antes del inicio del trabajo de parto y cuyo signo es la hidrorrea vaginal (evidenciada en el examen físico ginecológico de la parturienta, como una clara salida de líquido a través del cuello uterino).Evolución-RPM: Se refiere al tiempo transcurrido entre el momento de la RPM y el nacimiento, medido en horas.

a. Índice o tasa de Cesárea: Proporción existente entre las cesáreas realizadas y el total de partos.

b. Índice o tasa de Infección del Sitio quirúrgico: Proporción existente entre las cesáreas realizadas y el total de pacientes que presentaron infección del sitio quirúrgico.

b. Tiempo: Magnitud física que permite ordenar la secuencia de los sucesos, estableciendo un pasado, un presente y un futuro. El término tiempo proviene del latín tempus. Como definición general, se entiende al tiempo como la duración de las cosas que se encuentran sujetas al cambio. Sin embargo su significado varía según el punto de vista que se tome y la disciplina en la que sea tratado.

- i. Tendencia: La palabra tendencia tiene su origen en el latín. Proviene del participio tendens, tendentis del verbo tendo, tendere, tetendi, tentum cuyo significado es extender, estirar, tender, tensar, dirigirse a. Este verbo se asocia a la raíz indoeuropea *ten- (extender, estirar). A la raíz verbal se le añade el sufijo -nt-ia que significa cualidad de un agente. Es una corriente o preferencia donde ocurre un evento en un tiempo determinado.
- ii. Duración de la cirugía: Tiempo transcurrido en minutos desde el inicio del procedimiento quirúrgico hasta su finalización.
- iii. Jornada: Jornada de trabajo es el tiempo en el cual el trabajador debe prestar el servicio prometido. Se divide en Matutina: 7:00 – 13:00, Vespertina: 13: 00- 19:00. Nocturna: 19:00 – 07:00
- c. Lugar: proviene del latín “locus” aludimos al espacio que ocupa un cuerpo. Todos los objetos los ocupan, y los hechos también necesitan de un espacio para ocurrir.
 - i. Procedencia: Del latín procedens, procedencia es el origen de algo o el principio de donde nace o el lugar de donde deriva.
 - ii. Lugar de trabajo: es un espacio de terreno limpio y firme donde se realizan diversas funciones o trabajos.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Estudia el problema de salud-enfermedad de un individuo, para lo cual recorre varias fases con sus distintas actuaciones, tratando de responder a las clásicas “preguntas”, qué, cómo y por qué para terminar actuando sobre el problema.

- a. Razonamiento clínico: El razonamiento clínico es la médula espinal de la práctica médica, en él confluyen los tres saberes: conocer, hacer y saber ser. Es la capacidad de observación, reflexión, inferencia, juicio integral de los problemas clínicos del paciente. Hay diversas definiciones y enfoques del concepto de razonamiento clínico: Facultad que permite resolver problemas médicos, extraer conclusiones y aprender de manera consciente de los hechos, estableciendo conexiones causales y lógicas necesarias entre ellos. Algunos autores consideran que es una combinación entre el razonamiento hipotético-deductivo y el reconocimiento de patrones. (Jaime Claudio Villarroel Salinas¹, 2014)
- i. Síntomas: es un término con origen en el latín *symptōma* que, a su vez, procede de un vocablo de la lengua griega. El concepto permite nombrar a la señal o indicio de algo que está sucediendo o que va a suceder en el futuro. En el ámbito de la medicina, un síntoma es un fenómeno que revela una enfermedad. El síntoma es referido de manera subjetiva por el enfermo cuando percibe algo anómalo en su organismo
- ii. Signos: Los signos clínicos son las manifestaciones objetivas, clínicamente fiables, y observadas en la exploración médica.
- iii. Laboratorio: prueba específica o examen de rutina que nos ayuda al diagnóstico y manejo de una patología. El cultivo de secreción nos permite conocer el agente patógeno responsable de producir la infección y ayuda a determinar el tratamiento adecuado.

b. **Conclusión Diagnóstica:** Es el procedimiento por el cual se identifica una enfermedad, entidad nosológica síndrome a cualquier condición de salud-enfermedad (el estado de salud también se diagnóstica). El diagnóstico es una palabra que tiene su origen etimológico en el griego y más aún en la unión de tres vocablos de dicha lengua. En concreto, es un término que está formado por el prefijo diag- que significa “a través de”; la palabra gnosis que es un sinónimo de “conocimiento”, y finalmente el sufijo –tico que se define como “relativo a” Por lo tanto, puede decirse que el diagnóstico es un procedimiento ordenado, sistemático, para conocer, para establecer de manera clara una circunstancia, a partir de observaciones y datos concretos. (Bautista, 2001).

c. **Tratamiento:** El origen etimológico del término tratamiento tenemos que dejar patente que este se encuentra en el latín. Así, podemos observar perfectamente que emana de la suma del verbo tractare, que puede traducirse como “tratar”, y del sufijo –miento, que es sinónimo de “instrumento o resultado”. El término tratamiento hace referencia a la forma o los medios que se utilizan para llegar a la esencia de algo, bien porque ésta no se conozca o porque se encuentra alterada por otros elementos. De forma que, según el contexto: es el conjunto de medios de cualquier clase cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas.

i. **Tratamiento Médico:** consiste en la aplicación de antibiótico de amplio

Espectro, por un tiempo determinado, ante una infección

ii. **Tratamiento Quirúrgico:** se refiere a los procedimientos realizados como ser

curaciones simples, desbridamiento quirúrgico y drenaje de colecciones o abscesos.

CAPITULO III: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

A. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

Cuantitativo: Se hace énfasis en la medición numérica y análisis estadístico (Sampieri Fernández Baptista, 2010)

B. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Observacional: Porque se estudió una situación ya existente que ocurre en la naturaleza donde no se tiene control de las variables y tampoco se puede influir o manipular las mismas.

Kerlinger (1985) lo define como “una indagación empírica y sistemática en la cual el investigador no tiene un control directo sobre las variables debido a que sus manifestaciones ya han ocurrido porque son inherentemente no manipulables ”

La investigación es de corte transversal porque se recolectaron los datos en un solo momento y en un tiempo determinado.

C. ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN

Descriptivo: Se detallan ordenadamente las características, propiedades, cualidades y atributos del problema sin tratar de determinar relación, asociación o causalidad.

D. POBLACIÓN Y MUESTRA

1. Población o Universo

Selltiz (1974) la define como el conjunto de todos los casos que concuerdan como una serie de especificaciones.

La población de estudio está constituida por 101 pacientes adolescentes con embarazo prolongado que fueron atendidas en la sala de labor y parto en el año 2015 y hasta el mes de mayo del año 2016.

2. Unidad de análisis : “Quienes van hacer medidos ” (Sampieri, Fernandez Baptista, 2010)

La unidad de análisis fue constituida por las pacientes.

3. Tamaño de la muestra:

El número de pacientes estudiadas resulta significativo basado en el teorema del límite central o de la ley de los grandes numero que indica que la varianza de la distribución se asemeja a la distribución normal cuando la suma de los elementos que integran la muestra es lo suficientemente grande (≥ 100).

4. Método de muestreo

Probabilístico, porque todos los casos tenían la misma probabilidad de participar en la investigación.

5. Técnica de muestreo: muestreo aleatorio simple

6. Criterios de inclusión

- a. Toda paciente adolescente con diagnóstico de Embarazo Posttermino.
- b. Atendida en la emergencia de labor y parto en el año 2015 y hasta el mes de mayo del 2016.

7. Criterios de exclusión

- a. Historias clínicas incompletas.

F. PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. Método de recolección

Se utilizó la encuesta que es un “procedimiento que consiste en hacer las mismas preguntas a la población en estudio obteniéndose información sobre un hecho de interés a través de la interrogación escrita” (Zacarias Ortez, 2001)

2. Técnica de recolección

La técnica de la encuesta es el cuestionario, es un conjunto de preguntas preparadas cuidadosamente sobre los hechos y aspectos que interesan en una investigación (Zacarias Ortes, 2001)

3. Instrumento de recolección

Es la herramienta del método, tiene como propósito recolectar la información en forma organizada y que ésta sea útil para alcanzar los objetivos de la investigación (Zacarias Ortes, 2001)

Para recolectar los datos se utilizó un formulario que contiene un total de 25 preguntas: 7 pregunta cerradas y 18 preguntas categorizadas.

Las variables y sus dimensiones se midieron de la siguiente manera:

Variables de persona: preguntas 1 a la 19.

Variable de lugar: 20 a 22.

Variable de tiempo: 23 a 26.

4. Validez del instrumento:

Es el grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir (Hernández Sampieri, 2010).

Se determinó la evidencia relacionada con la validez de contenido, que es el grado en que la medición representa el concepto medido, mediante el juicio de expertos que evaluaron y analizaron las preguntas del cuestionario, basándose en una matriz de adecuación que contiene los criterios:

- a. Induce a una respuesta determinada
- b. Sencillez en la redacción
- c. Ambigüedad
- d. Relación con el tema
- e. Claridad
- f. Adaptada al contexto de aplicación

Sin propuesta de cambios por parte de los jueces, el instrumento antes de su aplicación fue aprobado por el asesor metodológico.

5. Confiabilidad

Se refiere al grado en que la aplicación repetida del instrumento al mismo sujeto u objeto produce iguales resultados (Hernández Sampieri, 2010). Se determinó la confiabilidad en relación con el calificador, donde dos expertos calificaron los resultados obtenidos y se calculó la proporción de coincidencia entre ambos observadores que fue de 0.85

G. PLAN DE ANÁLISIS

1. Procesamiento de los datos

Los datos recolectores se organizaron, clasificaron y resumieron mediante una base de datos que se construyó con el programa estadístico SPSS versión 18.

2. Presentación de los datos

Los datos se presentan en de tablas de distribución de frecuencias y gráficos: para las variables cualitativas gráficos circulares y para las variables cuantitativas gráficos de barra.

3. Análisis e interpretación de la información

Se utilizaron medidas de resumen estadístico para investigaciones descriptivas de acuerdo a lo siguiente:

a. Para las variables cualitativas: medidas de frecuencia como el porcentaje y una medida de tendencia central (moda).

b. Para las variables cuantitativas: medidas de tendencia central (moda, mediana y media) y medidas de dispersión (rango, desviación estándar).

F. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
PERFIL EPIDEMIOLOGICO		Índice sumativo de los	1. PERSONA	a. estado civil b. raza c. escolaridad

		<p>indicadores de la variable caracteristic as epidemiologi cas</p>		<p>d. edad e. antecedente s personales patológicos f. uso de medicament os, g. historia gineco obstétrica, h. edad gestacional i. controles prenatales j. resultado de USG, k. monitoreo fetal, l. otros diagnosticos, m. inducción o conducción n. via de parto,</p>
--	--	---	--	---

				<ul style="list-style-type: none"> o. APGAR, p. peso, q. características del líquido amniótico, r. profesional que atendió el parto, s. estado del RN.
			2. LUGAR	<ul style="list-style-type: none"> a. procedencia, b. unidad de salud del control prenatal
			3. TIEMPO	<ul style="list-style-type: none"> a. tendencia, duración del trabajo de parto, b. hora del parto

CAPÍTULO IV: CONSIDERACIONES ÉTICAS

A.PRINCIPIOS ÉTICOS

Como toda investigación en seres humanos esta se realizó de acuerdo con tres principios éticos fundamentales:

1. Respeto por la dignidad humana: Es el respeto que tiene cada ser humano de ser respetado y valorado como ser individual y social, con sus características y condiciones particulares, por solo hecho de ser persona.
2. Beneficencia: es poner a disposición de los más necesitados todos los recursos para un buen desarrollo físico y personal.
3. Justicia: principio moral que inclina a obrar y juzgar respetando la verdad y dando a cada uno lo que corresponde.

CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE LA INVESTIGACIÓN

Categoría I (sin riesgo): se trata de una investigación observacional en la que no se realiza ninguna manipulación o intervención de las variables fisiológicas, psicológicas o sociales de las personas participantes.

CAPÍTULO V: RESULTADOS

A. DESCRIPCION DE LA POBLACION

La población estudiada fue de 101 pacientes que fueron seleccionadas mediante la aplicación de una definición estandarizada de embarazo posttermino según la OMS (año), atendidas en la sala de labor y parto del Hospital Dr. Mario Catarino Rivas de San Pedro Sula , durante el periodo comprendido entre el 1 de enero del 2015 al 30 de mayo del 2016 y que presentan las siguientes características epidemiológicas:

No. de casos del periodo: 101

Total de pacientes en el periodo: 2350

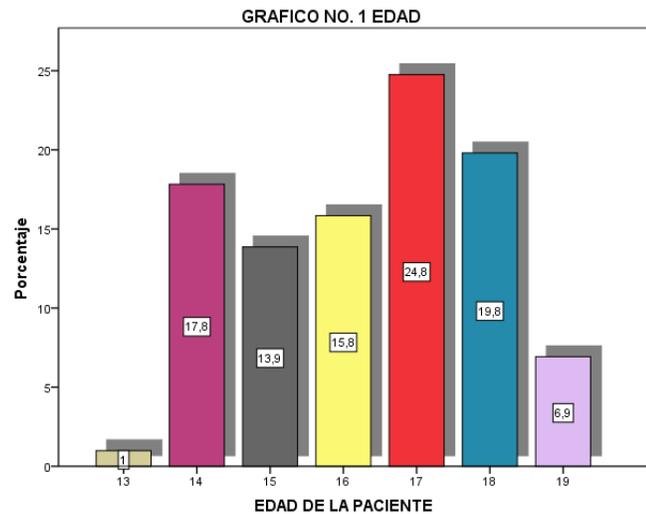
Prevalencia: 4%

A.DIMENSIÓN PERSONA

1. Edad

TABLA NO. 1 : EDAD DE LA PACIENTE

N	Válidos	101
	Perdidos	0
Media		16,33
Mediana		17,00
Moda		17
Desv. típ.		1,588
Rango		6
Mínimo		13
Máximo		19



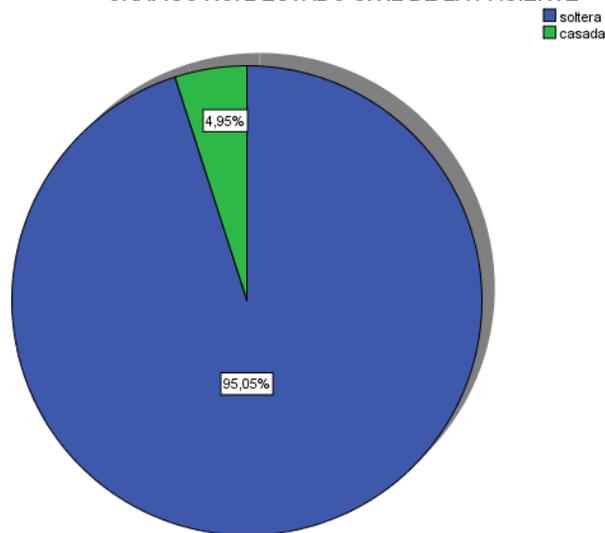
La edad más frecuente de las pacientes fue 17 años, el promedio de edad fue de 16 ± 2 años, el 50% de las pacientes tenían menos de 17 años, las pacientes de mayor edad tenían 19 años y las de menor edad tenían 13 años, con una diferencia de 6 años entre los extremos de edad.

2. Estado Civil

TABLA NO. 2 ESTADO CIVIL DE LA PACIENTE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	soltera	96	95,0	95,0	95,0
	casada	5	5,0	5,0	100,0
	Total	101	100,0	100,0	

GRAFICO NO. 2 ESTADO CIVIL DE LA PACIENTE



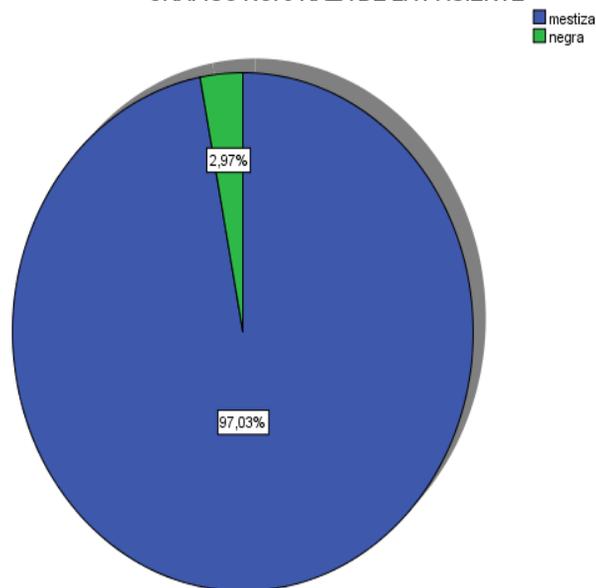
El estado civil predominante fue soltera (95.05%).

3. Raza

TABLA NO. 3 RAZA DE LA PACIENTE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	mestiza	98	97,0	97,0	97,0
	negra	3	3,0	3,0	100,0
	Total	101	100,0	100,0	

GRAFICO NO. 3 RAZA DE LA PACIENTE

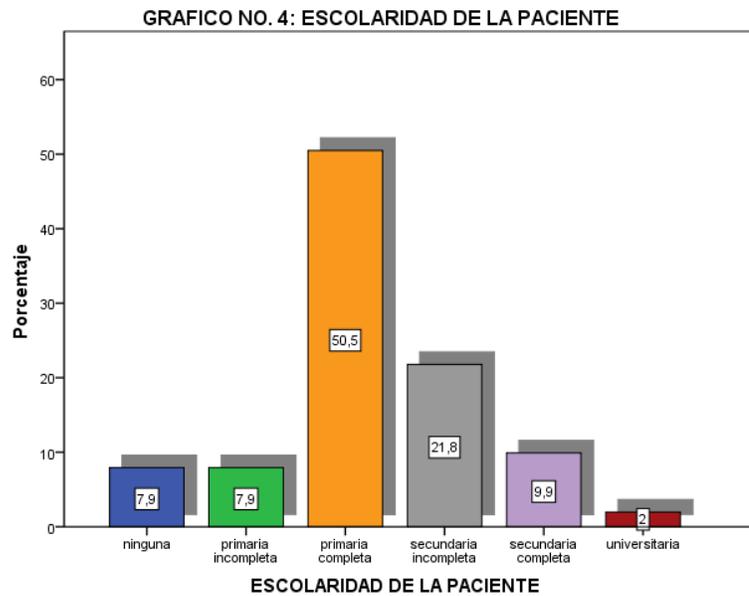


La raza más frecuente fue mestiza (97.03%).

4. Escolaridad

TABLA NO. 4 ESCOLARIDAD DE LA PACIENTE

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos ninguna	8	7,9	7,9	7,9
primaria incompleta	8	7,9	7,9	15,8
primaria completa	51	50,5	50,5	66,3
secundaria incompleta	22	21,8	21,8	88,1
secundaria completa	10	9,9	9,9	98,0
universitaria	2	2,0	2,0	100,0
Total	101	100,0	100,0	



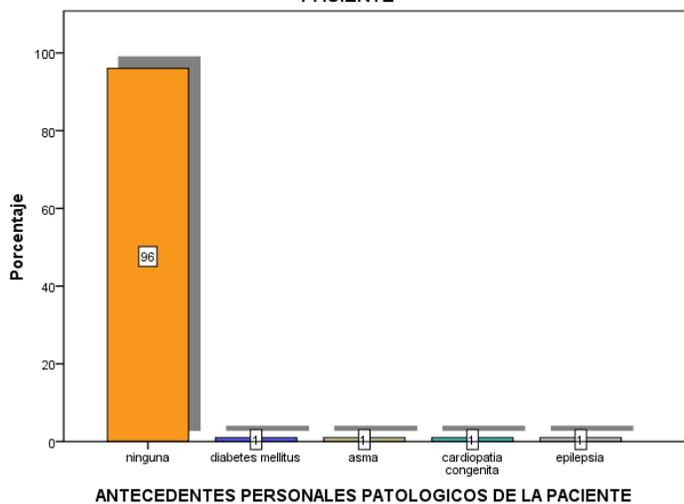
La escolaridad más frecuente fue primaria completa (50.5%), seguida de secundaria incompleta (21.8%).

5. Antecedentes personales patológicos de la pacientes

TABLA NO. 5 ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS DE LA PACIENTE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	ninguna	97	96,0	96,0	96,0
	diabetes mellitus	1	1,0	1,0	97,0
	asma	1	1,0	1,0	98,0
	cardiopatía congénita	1	1,0	1,0	99,0
	epilepsia	1	1,0	1,0	100,0
	Total	101	100,0	100,0	

GRAFICO NO. 5: ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS DE LA PACIENTE



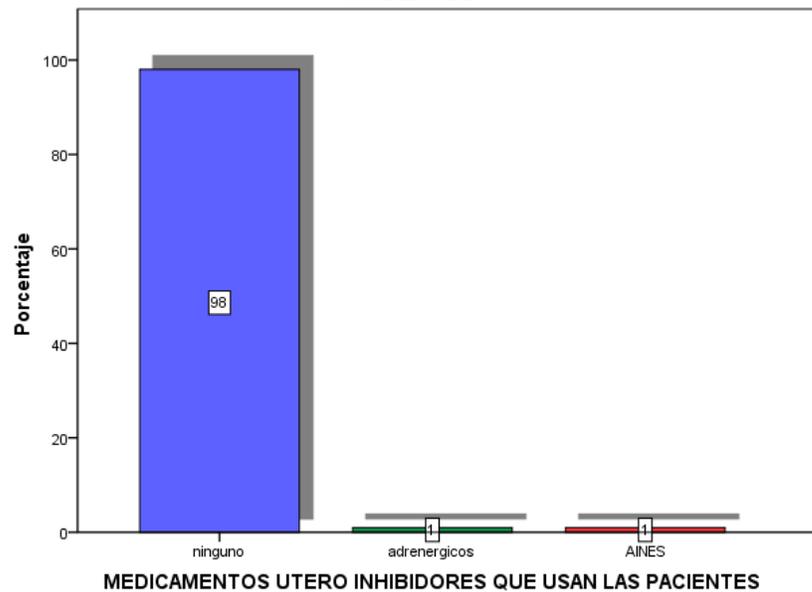
El 4% de las pacientes tenía antecedentes personales patológicos en la misma proporción, siendo estos: diabetes mellitus, asma, cardiopatía congénita y epilepsia.

6. Medicamentos uteroinhibidores que usan las pacientes

TABLA NO. 6 MEDICAMENTOS UTERO INHIBIDORES QUE USAN LAS PACIENTES

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	ninguno	99	98,0	98,0	98,0
	adrenergicos	1	1,0	1,0	99,0
	AINES	1	1,0	1,0	100,0
	Total	101	100,0	100,0	

GRAFICO NO. 6: MEDICAMENTOS UTERO INHIBIDORES QUE USAN LAS PACIENTES

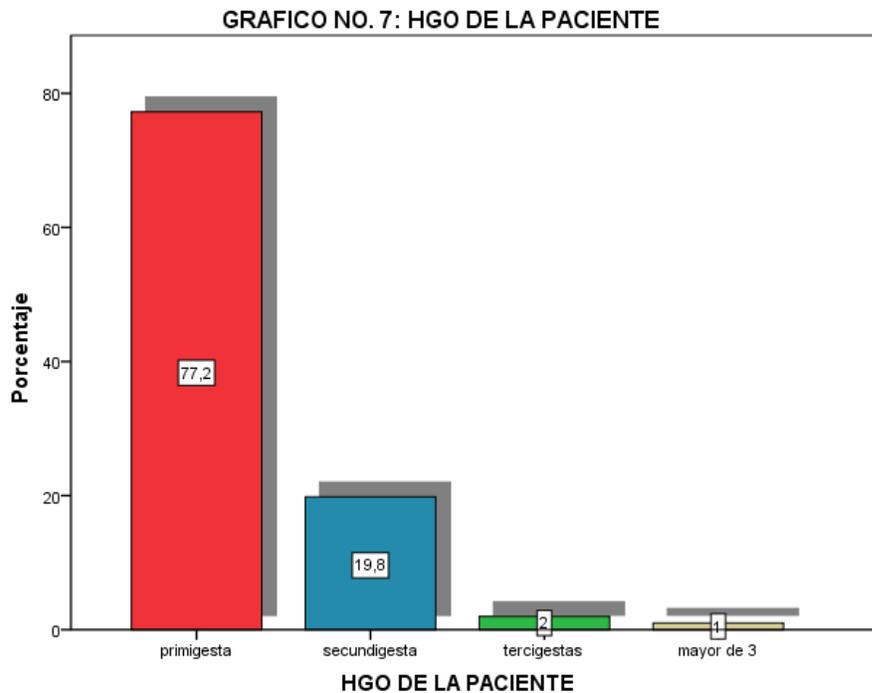


El 2% de todas las pacientes utilizo algún medicamento uteroinhibidor: AINES y Salbutamol.

7. Gestas

TABLA NO. 7: HGO DE LA PACIENTE

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos primigesta	78	77,2	77,2	77,2
secundigesta	20	19,8	19,8	97,0
tercigestas	2	2,0	2,0	99,0
mayor de 3	1	1,0	1,0	100,0
Total	101	100,0	100,0	

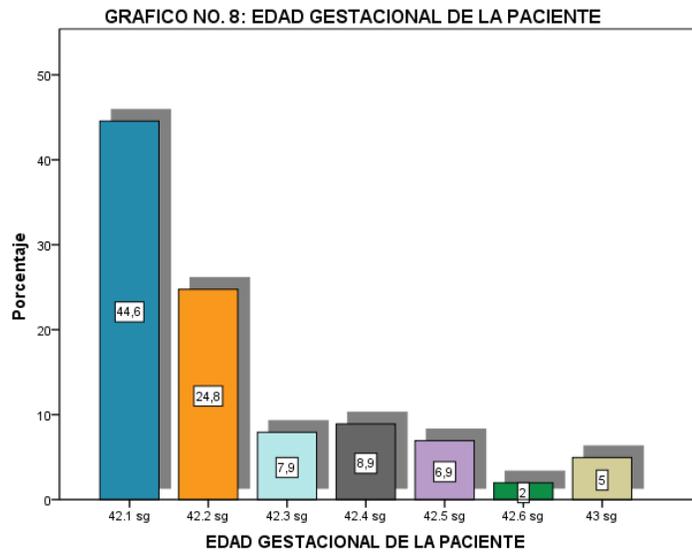


El antecedente ginecoobstetrico más frecuente fue primigesta (77.2%, el 19% secundigesta, 2% tercigesta y el 1% múltipara, una paciente tenía antecedente de cesarea.

8. Edad gestacional

TABLA NO. 8: EDAD GESTACIONAL DE LA PACIENTE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	42.1 sg	45	44,6	44,6	44,6
	42.2 sg	25	24,8	24,8	69,3
	42.3 sg	8	7,9	7,9	77,2
	42.4 sg	9	8,9	8,9	86,1
	42.5 sg	7	6,9	6,9	93,1
	42.6 sg	2	2,0	2,0	95,0
	43 sg	5	5,0	5,0	100,0
	Total	101	100,0	100,0	

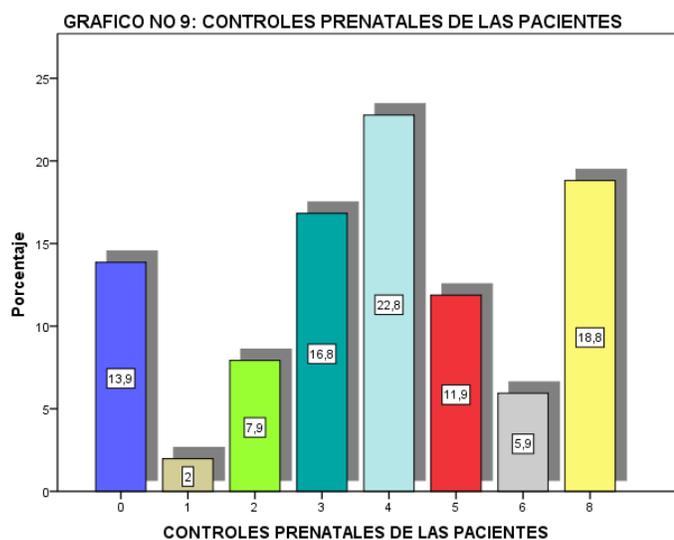


La edad gestacional más frecuente fue 42.1 SG (44.6%) y el máximo de edad gestacional fue 43 SG (5%).

9. Controles prenatales

TABLA NO. 9: CONTROLES PRENATALES DE LAS PACIENTES

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	14	13,9	13,9	13,9
	1	2	2,0	2,0	15,8
	2	8	7,9	7,9	23,8
	3	17	16,8	16,8	40,6
	4	23	22,8	22,8	63,4
	5	12	11,9	11,9	75,2
	6	6	5,9	5,9	81,2
	8	19	18,8	18,8	100,0
	Total	101	100,0	100,0	



El número de controles prenatales más frecuente fue de 4 (22.8%), el 37% tuvo 5 o más controles, y el 14% no asistió a control prenatal.

10. Índice de líquido amniótico

TABLA NO. 10: RESULTADO DE ILA DE LAS PACIENTES

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos anhidramnios	8	7,9	7,9	7,9
oligohidramnios severo	9	8,9	8,9	16,8
oligohidramnios leve	37	36,6	36,6	53,5
normal	47	46,5	46,5	100,0
Total	101	100,0	100,0	

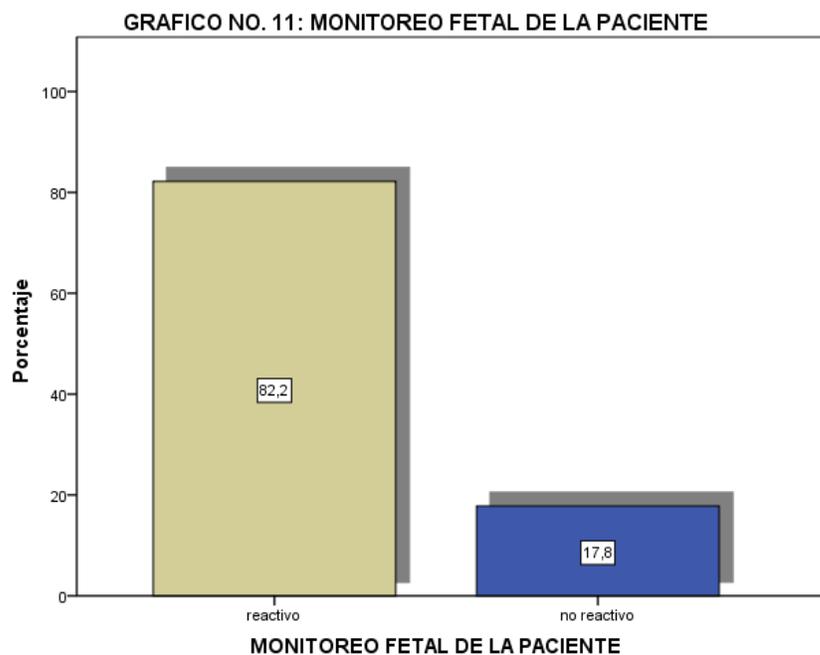


El 53.5% de las pacientes tenían alteraciones en el índice de líquido amniótico: oligohidramnios leve (37%), oligohidramnios severo (9%) y anhidramnios (8%).

11. Monitoreo fetal

TABLA NO. 11: MONITOREO FETAL DE LA PACIENTE

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos reactivo	83	82,2	82,2	82,2
no reactivo	18	17,8	17,8	100,0
Total	101	100,0	100,0	



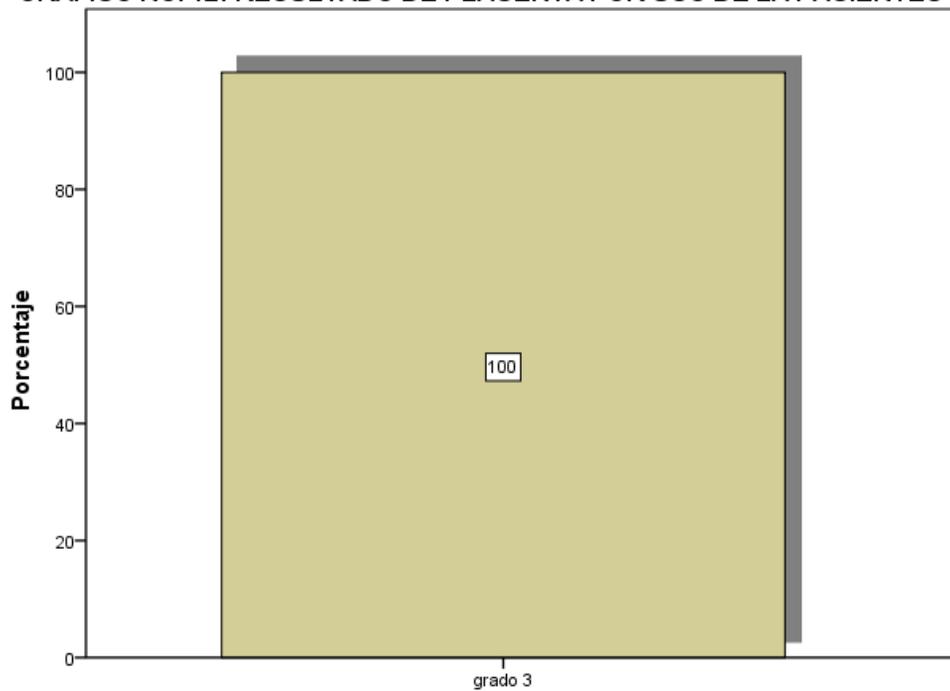
El 18% presentó monitoreo fetal no reactivo.

12. Grado de madurez placentario por ultrasonido

TABLA NO. 12: RESULTADO DE PLACENTA POR USG

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos grado 3	101	100,0	100,0	100,0

GRAFICO NO. 12: RESULTADO DE PLACENTA POR USG DE LA PACIENTES



RESULTADO DE PLACENTA POR USG DE LA PACIENTES

El 100% de los embarazos tenían grado 3.

13. Pacientes que recibieron inducción

TABLA NO. 13: PACIENTES QUE RECIBIERON INDUCCION

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	11	10,9	10,9	10,9
	no	90	89,1	89,1	100,0
	Total	101	100,0	100,0	

GRAFICO NO. 13: PACIENTES QUE RECIBIERON INDUCCION

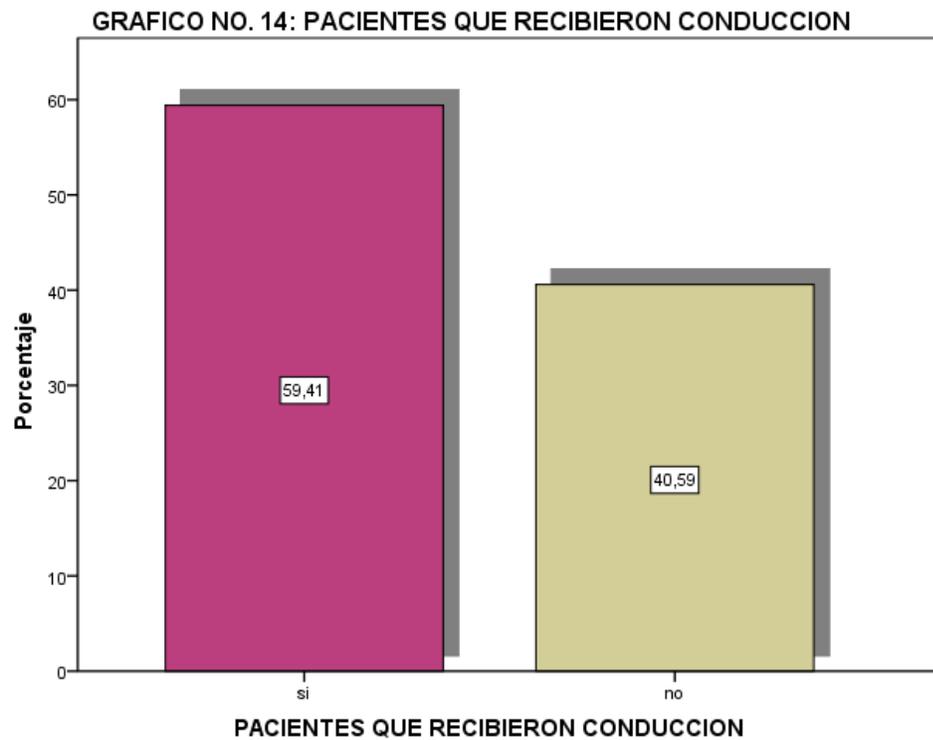


El 10.9% de las pacientes recibió inducción del trabajo de parto.

14. Pacientes que recibieron conducción

TABLA NO. 14: PACIENTES QUE RECIBIERON CONDUCCION

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	60	59,4	59,4	59,4
	no	41	40,6	40,6	100,0
	Total	101	100,0	100,0	

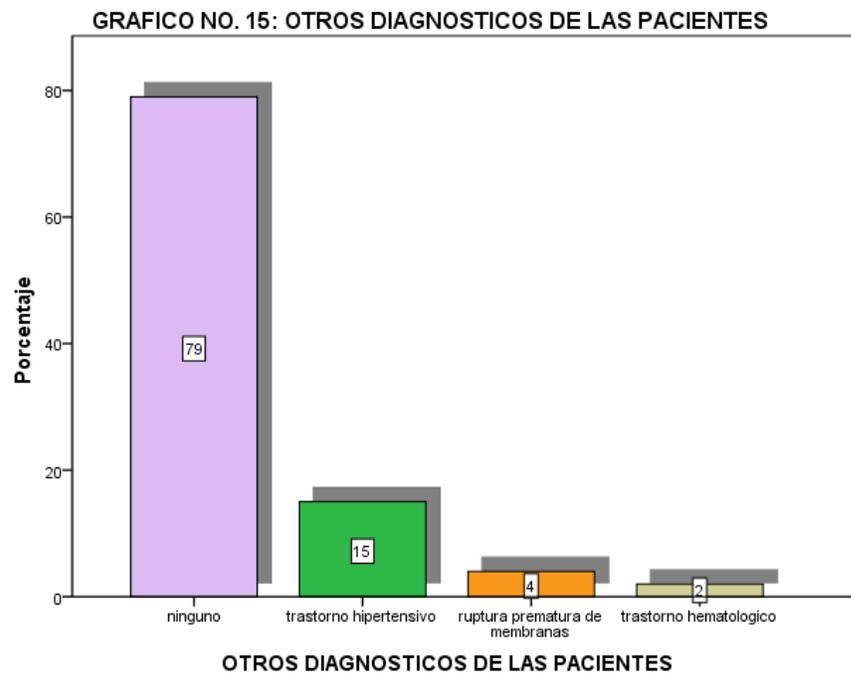


El 59.41% de las pacientes recibió conducción del trabajo de parto.

15. Otros diagnósticos

TABLA NO. 15: OTROS DIAGNOSTICOS DE LAS PACIENTES

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	ninguno	79	78,2	79,0	79,0
	trastorno hipertensivo	15	14,9	15,0	94,0
	ruptura prematura de membranas	4	4,0	4,0	98,0
	trastorno hematologico	2	2,0	2,0	100,0
	Total	100	99,0	100,0	
Perdidos	Sistema	1	1,0		
Total		101	100,0		

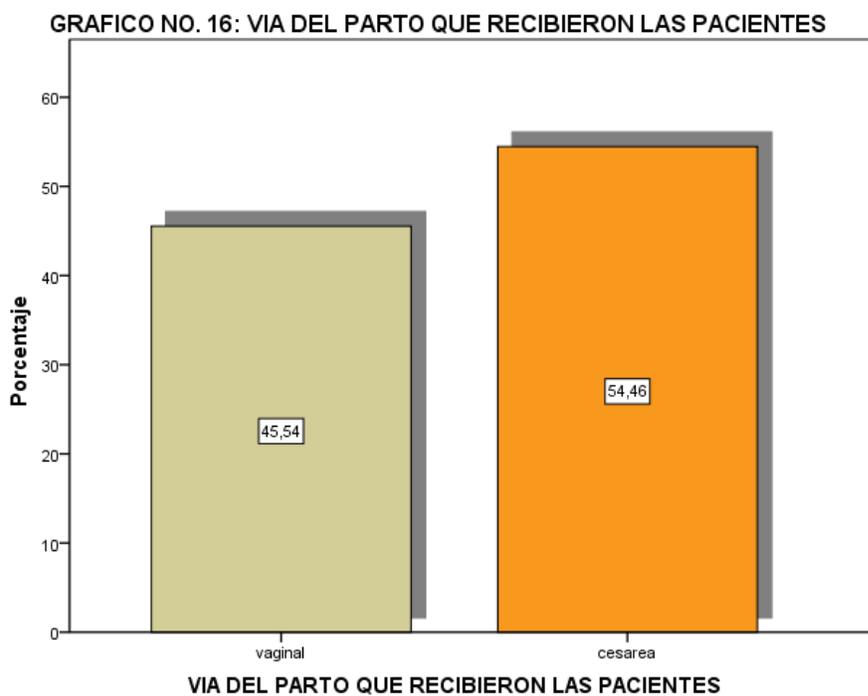


Dentro de los otros diagnósticos el más frecuente fue el trastorno hipertensivo (15%).

16. Vía del parto

TABLA NO. 16: VIA DEL PARTO QUE RECIBIERON LAS PACIENTES

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos vaginal	46	45,5	45,5	45,5
cesarea	55	54,5	54,5	100,0
Total	101	100,0	100,0	

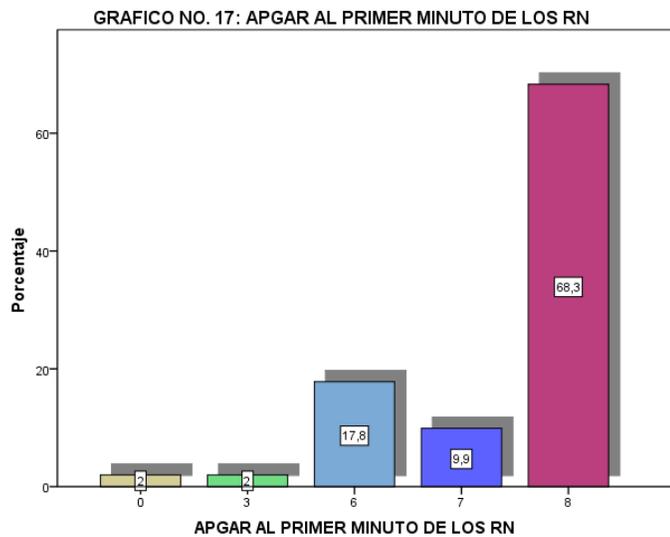


La vía del parto predominante fue la cesárea (54.46%).

17. APGAR al primer minuto

TABLA NO. 17: APGAR AL PRIMER MINUTO DE LOS RN

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	2	2,0	2,0	2,0
	3	2	2,0	2,0	4,0
	6	18	17,8	17,8	21,8
	7	10	9,9	9,9	31,7
	8	69	68,3	68,3	100,0
	Total	101	100,0	100,0	

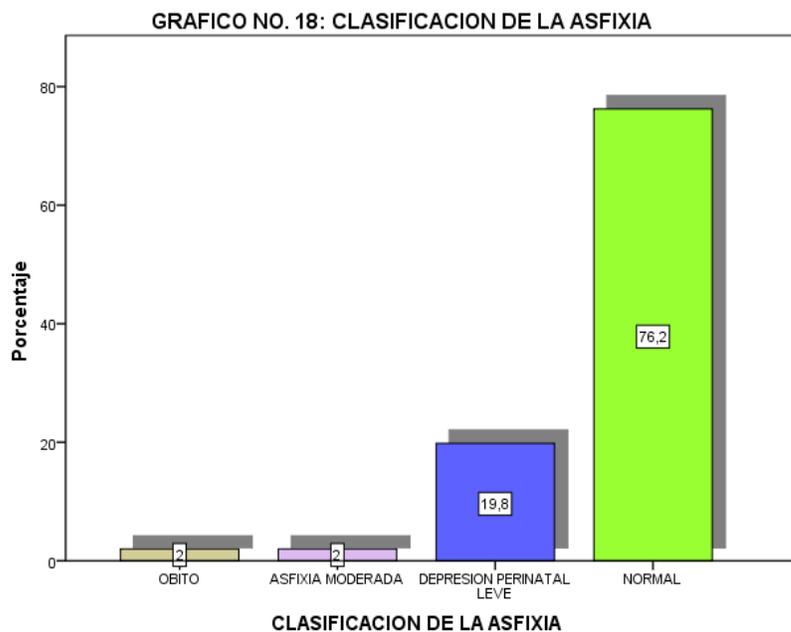


El APGAR más frecuente al primer minuto fue 8 (68.3%), 17.8% presentaron APGAR de 6, 2% APGAR de 3 y 2% sin APGAR.

18. Clasificación de la asfixia

TABLA NO. 18: CLASIFICACION DE LA ASFIXIA (APGAR AL QUINTO MINUTO)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	OBITO	2	2,0	2,0	2,0
	ASFIXIA MODERADA	2	2,0	2,0	4,0
	DEPRESION PERINATAL LEVE	20	19,8	19,8	23,8
	NORMAL	77	76,2	76,2	100,0
	Total	101	100,0	100,0	



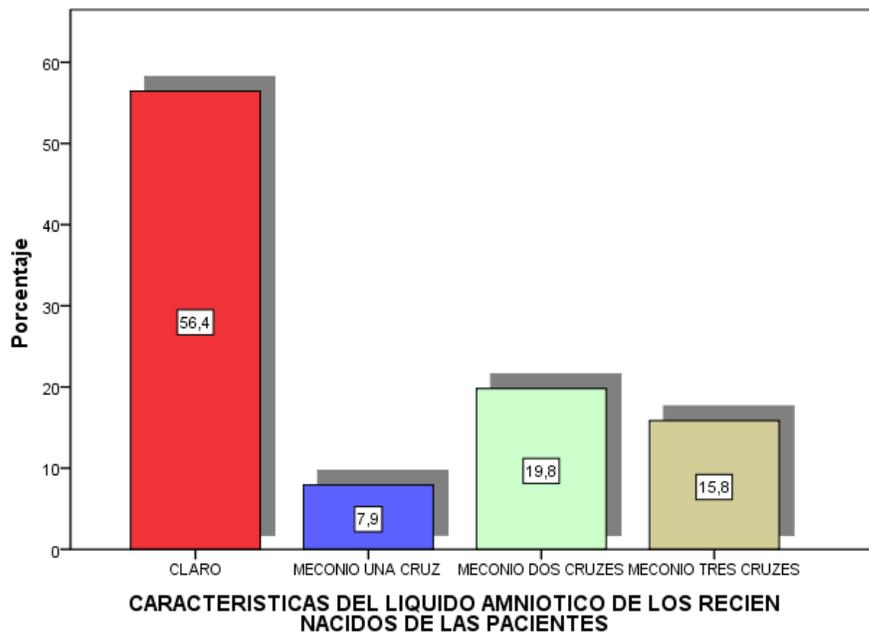
El 24% de los recién nacidos sufrió de algún tipo de asfixia: 20% depresión perinatal leve, 2% asfixia moderada y 2% muerte fetal.

19. Características del líquido amniótico

TABLA NO. 19: CARACTERISTICAS DEL LIQUIDO AMNIOTICO DE LOS RECIEN NACIDOS DE LAS PACIENTES

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	CLARO	57	56,4	56,4	56,4
	MECONIO UNA CRUZ	8	7,9	7,9	64,4
	MECONIO DOS CRUZES	20	19,8	19,8	84,2
	MECONIO TRES CRUZES	16	15,8	15,8	100,0
	Total	101	100,0	100,0	

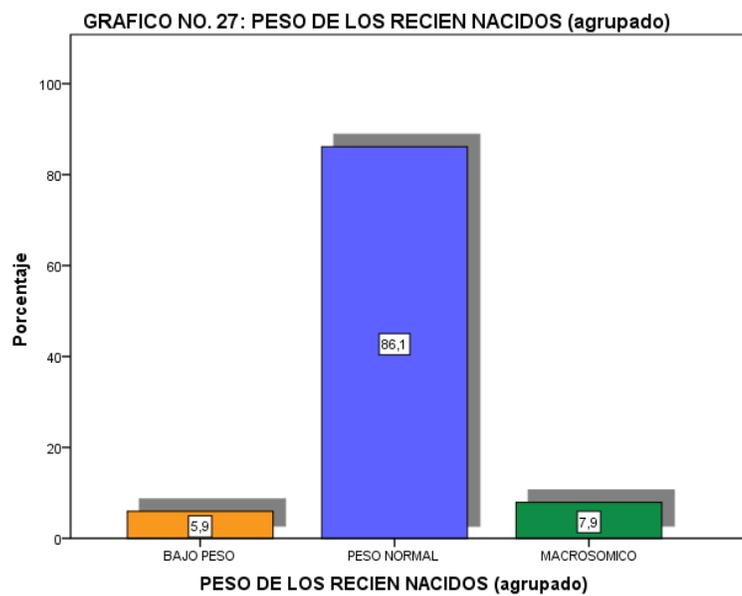
GRAFICO NO. 19: CARACTERISTICAS DEL LIQUIDO AMNIOTICO DE LOS RECIEN NACIDOS DE LAS PACIENTES



El 43% tenía líquido amniótico con meconio: meconio leve (8%), meconio moderado (20%) y meconio severo (16%).

TABLA NO. 24: PESO DE LOS RECIEN NACIDOS

N	Válidos	101
	Perdidos	0
Media		3361,94
Mediana		3400,00
Moda		3500
Desv. típ.		563,243
Rango		3360
Mínimo		1540
Máximo		4900



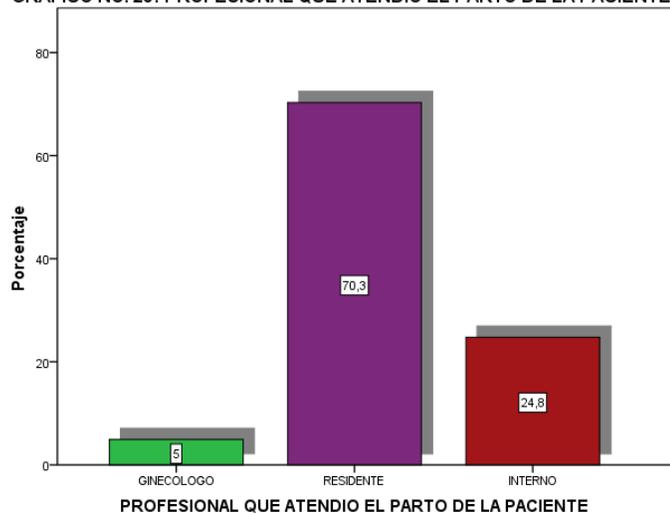
El peso de los recién nacidos más frecuente fue normal (86.1%), 8% fueron macrosómicos y 6% de bajo peso.

20. Profesional que atendió el parto

TABLA NO. 20: PROFESIONAL QUE ATENDIO EL PARTO DE LA PACIENTE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	GINECOLOGO	5	5,0	5,0	5,0
	RESIDENTE	71	70,3	70,3	75,2
	INTERNO	25	24,8	24,8	100,0
	Total	101	100,0	100,0	

GRAFICO NO. 20: PROFESIONAL QUE ATENDIO EL PARTO DE LA PACIENTE



La mayoría de los partos fueron atendidos por Médicos Residentes (70.3%).

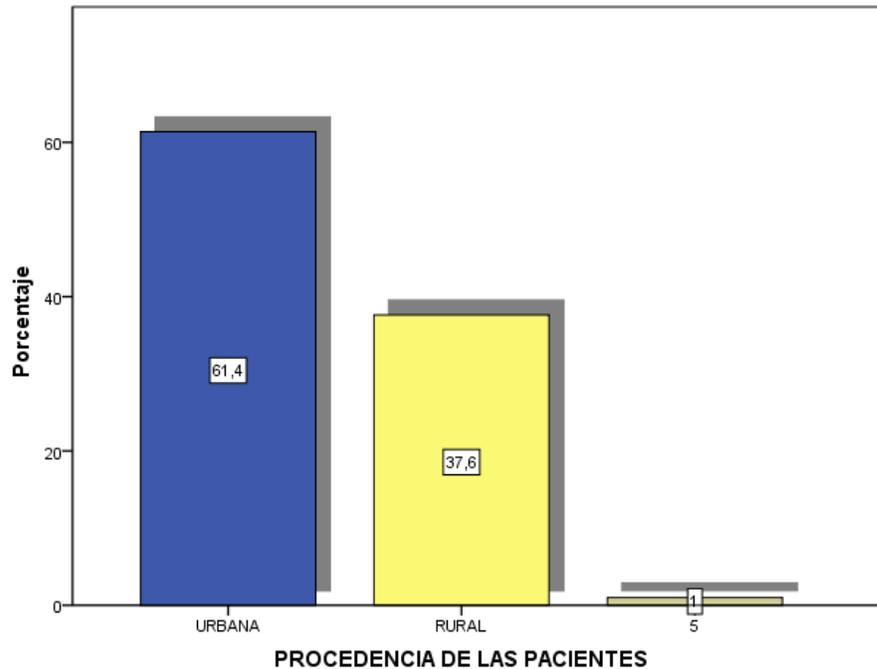
B, DIMENSIÓN LUGAR

21. Procedencia

TABLA NO. 21: PROCEDENCIA DE LAS PACIENTES

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	URBANA	62	61,4	61,4	61,4
	RURAL	38	37,6	37,6	99,0
	5	1	1,0	1,0	100,0
	Total	101	100,0	100,0	

GRAFICO NO. 22: PROCEDENCIA DE LAS PACIENTES



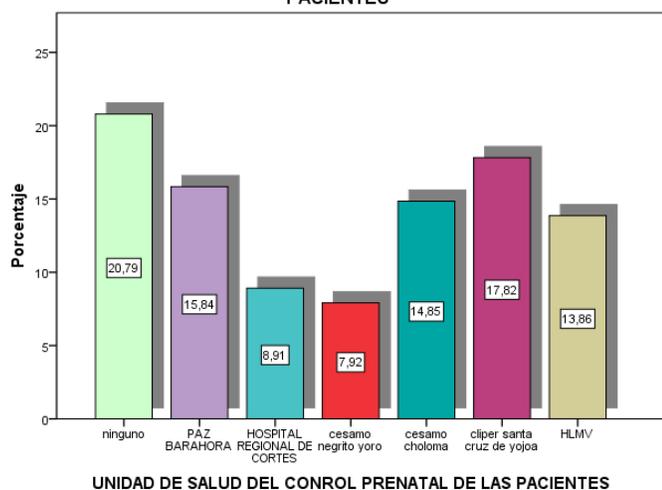
La procedencia predominante de las pacientes fue del área urbana (61.4%).

22. Unidad de salud del control prenatal

TABLA NO. 22: UNIDAD DE SALUD DEL CONTROL PRENATAL DE LAS PACIENTES

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos ninguno	21	20,8	20,8	20,8
PAZ BARAHORA	16	15,8	15,8	36,6
HOSPITAL REGIONAL DE CORTES	9	8,9	8,9	45,5
cesamo negrito yoro	8	7,9	7,9	53,5
cesamo choloma	15	14,9	14,9	68,3
cliper santa cruz de yojoa	18	17,8	17,8	86,1
HLMV	14	13,9	13,9	100,0
Total	101	100,0	100,0	

GRAFICO NO. 23: UNIDAD DE SALUD DEL CONTROL PRENATAL DE LAS PACIENTES



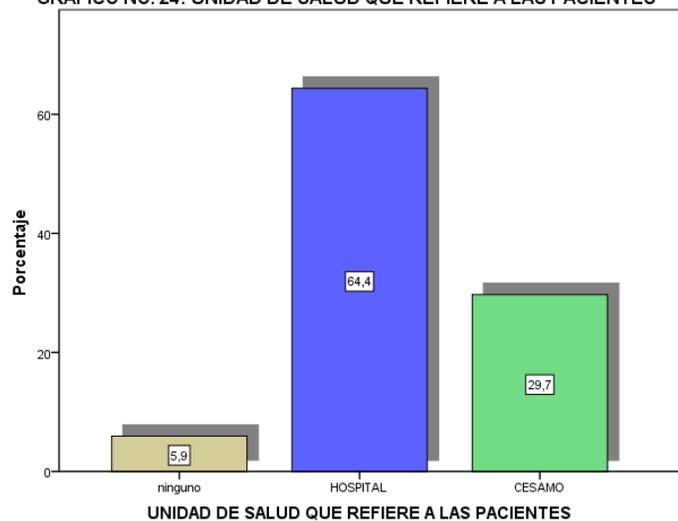
El 20% de las pacientes no asistió a control prenatal, el 18% de las pacientes recibieron atención prenatal en la CMI de Santa Cruz de Yojoa, seguida del CESAMO Dr. Miguel Paz Barahona (16%).

23. Unidad de salud que refiere

TABLA NO. 23: UNIDAD DE SALUD QUE REFIERE A LAS PACIENTES

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	ninguno	6	5,9	5,9	5,9
	HOSPITAL	65	64,4	64,4	70,3
	CESAMO	30	29,7	29,7	100,0
	Total	101	100,0	100,0	

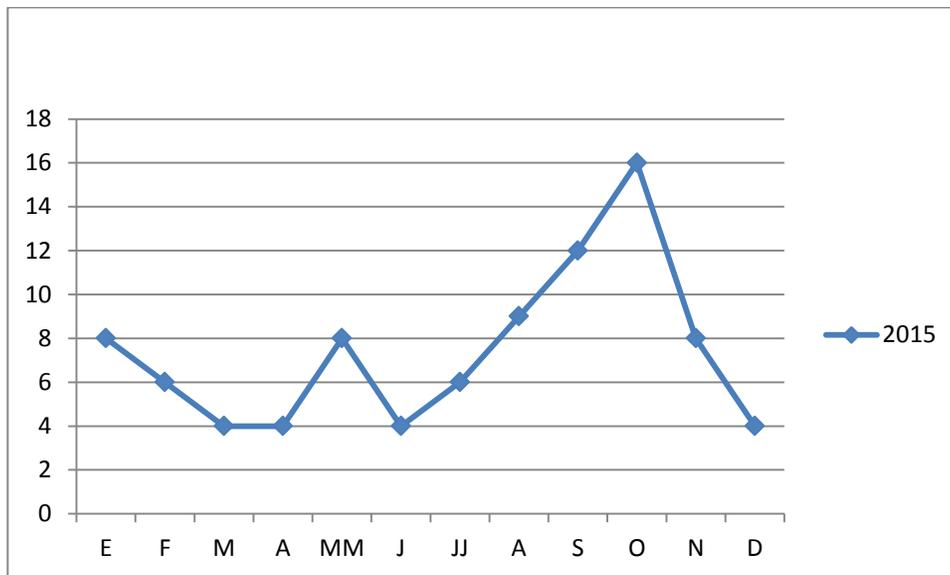
GRAFICO NO. 24: UNIDAD DE SALUD QUE REFIERE A LAS PACIENTES



El 64% de las pacientes con diagnóstico de embarazo posttermino fue referida de un hospital público.

C.DIMENSIÓN TIEMPO

Grafico No. 25 distribución de casos de embarazo por mes



La distribución de casos por unidad de tiempo es de tipo cíclica.

CAPITULO VI: DISCUSIÓN

El embarazo a término tiene una duración promedio de 280 ± 14 días, cuando se prolonga más de este tiempo se asocia con un mayor riesgo de muerte intrauterino y morbimortalidad neonatal.

El riesgo de mortalidad fetal aumenta en 2,5 veces en gestaciones de 41 a 42 semanas, así mismo está asociado con distocia de labor y cesárea. Se estima que de 4 a 19% de los embarazos alcanzan las 42 semanas y del 2 a 7% completan 43 semanas. La incidencia varía entre el 5 y 8%.

La evidencia científica disponible sobre este tema y adolescencia es escasa pero es de vital importancia el estudio en esta población en Honduras, donde la tasa de embarazos en adolescentes es aproximadamente del 22% constituyéndose en la segunda más alta de Latinoamérica, en el Hospital Dr. Mario Catarino Rivas se encontró una prevalencia casi del doble a la del país (41%) y de estas 4% se complicó con embarazo prolongado.

Chavarría (2009) en una investigación realizada en el Hospital Cayetano Heredia de Perú reportó que la mortalidad fetal aumenta después de las 42 semanas y se duplica a las 43 semanas. Aproximadamente un tercio de las muertes se deben a asfixia intrauterina por insuficiencia placentaria, datos similares se encontraron en esta investigación donde por lo menos un tercio de todos los recién nacidos presentó algún grado de asfixia concordando este con

la literatura ya citada. Ahora bien en el estudio en discusión los monitoreos fetales y ultrasonidos que se realizaron no se encontraron datos de insuficiencia útero placentaria. A la asfixia perinatal se agrega además, la compresión del cordón umbilical y el síndrome de aspiración meconial como consecuencias de la prolongación del embarazo. Otros efectos del embarazo prolongado son el retraso del crecimiento intrauterino y la macrosomía fetal. La macrosomía constituye factor de riesgo para traumatismo obstétrico que condiciona fractura de clavícula, parálisis braquial, céfalo hematoma constituyendo morbilimortalidad importante en recién nacidos, otros riesgos de los recién nacidos postterminos son la dificultad para regular la temperatura y complicaciones metabólicas como hipoglicemia y policitemia. El 20 a 25% de los recién nacidos posttérmino concentra el alto riesgo perinatal. En el estudio se encontró que casi la mitad de todos los recién nacidos presento meconio al momento del parto y un bajo porcentaje de recién nacidos presento macrosomia fetal y restricción en el crecimiento intrauterino.

CAPITULO VII: CONCLUSIONES

1. La prevalencia de periodo de embarazo posttermino en adolescentes en el Hospital Mario Catarino Rivas fue baja.
2. Las características personales más frecuentes de las pacientes fueron: edad promedio de 17 años, mestizas, solteras, escolaridad baja, sin antecedentes personales patológicos, sin uso de medicamentos en su embarazo, primigestas, con edad gestacional de 42.1 SG.
3. Con respecto a la atención en unidades de salud se encontró: control deficiente en atención prenatal, en USG y registros cardiotocograficos sin datos de insuficiencia útero placentaria, la vía final de la interrupción del embarazo fue cesárea, un tercio de los recién nacidos presento algún grado de asfixia y por lo menos la mitad presento algún grado de meconio, el profesional que atendio el parto fueron los Médicos Residentes.
4. La mayoría de las pacientes eran provenientes del área urbana en donde sus controles prenatales fueron llevados en Clínicas Materno Infantiles y referidas al Hospital Mario Catarino Rivas de centros de atención pública.
5. La distribución de casos en el tiempo de embarazo posttermino en adolescentes es cíclica.

CAPITULO VIII: RECOMENDACIONES

Promover la realización de un plan de vida enfocado a fomentar valores tanto éticos como morales encaminados a prevenir el embarazo en adolescentes y de esta manera disminuir esta complicación obstétrica.

Realizar un protocolo para tomar la mejor vía de evacuación, valorando riesgos y beneficios de las pacientes, de esta manera evitar hipoxia fetal durante el trabajo de parto.

Promoción del control prenatal para que la captación de las adolescentes embarazadas sea en etapas tempranas y de esta manera prevenir la postergación del mismo.

Realizar investigaciones a nivel nacional sobre este tema ya que es una importante causa de hipoxia fetal y por lo tanto de complicaciones ligadas a muerte perinatal.

Fortalecer el uso del LISEM como herramienta de vigilancia para la programación, la captación y el seguimiento de las pacientes embarazadas de acuerdo a la norma.

CAPITULO IX: REFERENCIAS

- Abraham, m., & roque , c. (2006). parto inducido por embarazo prolongado. *revista de ciencias medicas*, 11-20.
- Aguirre, c., & aguirre, u. (2008). recién nacido de peso elevado. *protocolos diagnostico terapeuticos de la AEP: neonatologia*, 85-90.
- Carrasco, G. (2008). Embarazo Prolongado, RN Postmaduro. *Protocolos diagnosticos terapeuticos: neonatologia*, 4.
- Chavarria, m., & cabrera, r. (2009). perfil del embarazo prolongado. *revista medica de heredia*, 200-205.
- Crispi, f. (2012). rciu. *rev medica clinic condes*, 958-963.
- Cutie, m. I. (2002). macrosomia fetal. *revista cubana de obstetricia*, 34-41.
- Espinal, c., & padilla, f. (2001). frecuencia del embarazo prolongado. *revista medica post unah*, 178-181.
- Fetal, u. d. (2010). alteraciones del liquido amniotico. *protocolos universidad de hebron*, 1-6.
- Figueras, f. (2012). rciu selectiva. *clinic de barcelona*, 4-19.
- Figueras, f. (2014). rciu en un gemelo. *clinic de barcelona*, 1-4.
- Figueras, f. (2016). protocolo defecto del crecimiento fetal. *clinic barcelona*, 1-7.
- Flores, S., & Vargas , M. (2013). características biopsicosociales del adolescente. *Odontologia Pediatrica*, 119-128.
- Fralluna, m., & dericco, m. (2011). guia practica clinica: embarazo de 41SG. *revista del hospital materno infantil ramon sarda*, 75-87.
- Gallardo, k. I. (2015). repercusiones perinatales en embarazos a termino con oligohidramnios. *revista medica*, 245-250.

- Gamboa, j. a. (2010). embarazo prolongado. *obstetricia integral siglo XXI*, 223-240.
- Hernandez, t., & nachon , g. (2005). conceptos basicos del embarazo prolongado: una revision. *revista medica de la universidad veracruzana*, 21-27.
- Malde, f., & aguilar , m. (2010). seguimiento y finalizacion de gestacion despues de las 40 SG. *actualizacion en ginecologia y obstetricia*, 1-9.
- Meritano, j., & abraham, m. (2010). sindrome de dificultad respiratoria asociada a meconio. *hospital ramon sarda*, 113-119.
- Meza, e., & affumicato, l. (2011). meconio espeso intraparto. *actualizacion en ginecologia y obstetricia*, 1-10.
- Mondragon, c. (2005). protocolo de manejo de rciu. *revista chilena de ginecologia y obstetricia*, 10-13.
- Morejon, m. (2000). embarazo prolongado. *hospital docente ginecoobstetrico pilar del rio*, 45-58.
- Ordoñez, j. (2010). embarazo cronologicamente prolongado. *revista española de ginecologia y obstetricia*, 38-49.
- Pages, g. (2002). trastorno del liquido amniotico. *obstetricia moderna* , 279-295.
- Perez, S., & Aliño, M. (2000). concepto de adolescencia. *manual de practicas clinicas del adolescente*, 16-23.
- Perfumo, p. (2006). macrosomia fetal, características del recién nacido y via del parto. *facultad iberamericana del rosario*, 1-35.
- Presa, j. (2009). liquido amniotico meconial. *hospital virgen de las nieves*, 1-9.
- Ramirez, J. (2010). fisiologia fetal. *revista chilena de investigacion*, 1-7.
- Ramirez, J. (2010). fisiopatologia del liquido amniotico. *revista de investigacion de chile*, 1-17.
- Reyes, r., & herrera, m. (2013). factores de riesgo del recién nacido macrosomico. *revista de pediatria de mexico*, 6-13.

Rodriguez, a., & adriana, m. (2002). guia de atencion del embarazo prolongado.
secretaria de salud de bogota, colombia, 1-15.

CAPITULO X: ANEXOS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS VALLE DE SULA
CARRERA DE MEDICINA
POSTGRADO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PERFIL EPIDEMIOLOGICO DEL EMBARAZO POSTERMINO EN
ADOLESCENTES

Código: _____

Describir el perfil epidemiológico del Embarazo Posttermino en Adolescentes atendidas en la sala de labor y parto del Hospital Mario Catarino Rivas de la Ciudad de San Pedro Sula, Cortes en los meses de enero a junio del año 2016.

Instrucciones

Preguntas

A. DIMENSION PERSONA

1. Edad:_____
2. Estado Civil:_____
3. Raza:_____
4. Escolaridad:_____
5. Antecedentes Personales Patológicos:_____
6. Usa algún medicamento uteroinhibidor: B Adrenérgico:____
AINES:___ B Bloqueador:___
7. HGO: G: P: A: OB: HV: HM:

8. Edad Gestacional: _____
9. Numero de Controles Prenatales: _____
10. Resultado de USG : ILA: _____ placenta: _____
11. Monitoreo Fetal: Reactivo: _____ No Reactivo: _____
12. Otros Diagnósticos: _____
13. Inducción del TDP: _____ Conducción de TDP: _____
14. Vía del Parto: Vaginal: _____ Cesarea: _____
15. APGAR: primer minuto _____ quinto minuto: _____
16. Peso: _____
17. Características del Líquido Amniótico: claro: _____ meconio: _____
18. Profesional que Atendió el Parto: _____
19. Estado del Recién Nacido: Asfixia; SI _____ NO _____

B. LUGAR

1. Procedencia: _____
2. Unidad de Salud del control prenatal: _____
3. Unidad de Salud que refiere: _____

C. TIEMPO

1. Duración del Trabajo de Parto: _____
2. Hora del Parto: _____
3. Tendencia: _____