

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA
PERINATAL EN MUJERES EMBARAZADAS CON
POLIHIDRAMNIOS, EN EL HOSPITAL COMUNITARIO DE
TLAXCO EN TLAXCALA.

TESINA

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
ENFERMERÍA PERINATAL

PRESENTA

IVONNE HERNÁNDEZ VALDÉS

CON LA ASESORÍA DE LA

DRA. CARMEN L. BALSEIRO ALMARIO

TLAXCALA, TLAXCALA.

AGOSTO DEL 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Lasty Balseiro Almario asesora de esta Tesina por todas las enseñanzas en Metodología de la Investigación y corrección de estilo, que hicieron posible la culminación de este trabajo.

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM por todas las enseñanzas de la Especialidad en Enfermería Perinatal, que hicieron posible obtener los aprendizajes significativos, de sus excelentes maestros.

Al Hospital Comunitario de Tlaxco, por haberme brindado la oportunidad de ser una Especialista de Enfermería Perinatal y así brindar los cuidados especializados de Enfermería, con calidad profesional.

DEDICATORIAS

A mi Madre María Valdez Cristóbal quien ha sembrado en mí el camino de la superación profesional cada día y a quien debo lo que soy.

A mi esposo Fortunato Huerta Namorado por su apoyo incondicional hasta en los momentos más difíciles de mi vida.

A mis hermanos: Esteban y Demóstenes Hernández Valdés, que gracias a su amor y comprensión he podido culminar esta meta profesional.

A mis Hijos: Christian Jhoana, Francisco Alejandro y Jessica Guadalupe Huerta Hernández quienes han sido el principal motor de mi vida para culminar esta meta profesional a pesar de haberles restado tiempo de presencia, en aras de la Especialidad.

A mis amigas: María Guadalupe Padilla López, Judith Macías González, Leticia Arroyo Flores quienes han compartido conmigo diferentes momentos de la Especialidad y que han enriquecido mi vida profesional para beneficio de los pacientes.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
<u>1.FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE TESINA</u>	3
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA	3
1.2 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	5
1.3 JUSTIFICACIÓN DE TESINA.....	5
1.4 UBICACIÓN DEL TEMA DE TESINA	6
1.5 OBJETIVOS.....	8
1.5.1 General.....	8
1.5.2 Específicos.....	8
<u>2.MARCO TEÓRICO</u>	9
2.1 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA PERINATAL EN MUJERES EMBARAZADAS CON POLIHIDRAMNIOS.....	9
2.1.1 Conceptos básicos.....	9
-De Polihidramnios.....	9
2.1.2 Etiología de Polihidramnios en mujeres embarazadas..	10
-Por la madre	10

• Diabetes Mellitus	10
-Embarazos múltiples	11
-El litio.....	12
• Causas placentarias	12
-Por el feto.	13
• Malformaciones fetales	13
a) En los Sistemas Gastrointestinal y Nervioso Central.....	13
b) En los Sistemas Cardiovascular y Genitourinario.....	14
c) En los Sistemas Respiratorio y músculo esquelético.....	15
• Anomalías cromosómicas.....	16
• Infecciones intrauterinas	16
• Hidrops fetal no inmunológico.....	16
• Isoinmunización	17

2.1.3 Epidemiología de las mujeres embarazadas con Polihidramnios	18
- En España y México.....	18

2.1.4 Clasificación del Polihidramnios.....	18
- Agudo	18
-Crónico	19
2.1.5 Sintomatología de las mujeres embarazadas con Polihidramnios	19
- Disnea y ortopnea.....	20
-Dolor abdominal y edema	20
-Alteraciones en la posición fetal.....	21
2.1.6 Diagnóstico de las mujeres embarazadas con Polihidramnios.	21
- Médico	21
• Valoración médica	21
a) Anamnesis, inspección y palpación.....	21
b) Examen físico.....	22
-De Gabinete	23
• Ecografía	23
• Rayos X.....	24
• Resonancia magnética	24
• Ultrasonido	25

-De laboratorio	26
• Glucosa	26
• Coombs y anticuerpos irregulares.	26
• Serología TORCH	27

2.1.7 Tratamiento de las mujeres embarazadas con

Polihidramnios.....	29
-Etiológico.....	28
-Sintomático.....	28
- Amniodrenaje	29
- Farmacológico.....	30
• Indometacina.....	30
- Parto.....	31
- Quirúrgico.....	31
• Cesárea	31

2.1.8 Complicaciones de la mujer embarazada con

Polihidramnio	32
- Prolapso de cordón umbilical.....	33
- Alteraciones en la posición fetal.....	33
- Síntomas compresivos.	34

- Compromiso respiratorio materno.....	35
- Amenaza de parto prematuro.	35
-Atonía uterina postparto.....	36

2.1.9 Intervenciones de Enfermería Especializada Perinatal en mujeres embarazadas con Polihidramnios.....	36
-En la prevención.....	36
• Orientar del control prenatal a la embarazada.....	37
• Orientar sobre los cambios fisiológicos del embarazo a la madre	38
• Aplicar inmunizaciones.....	40
• Informar sobre la importancia de ingerir el Ácido Fólico y el Fumarato Ferroso.....	41
• Registrar peso y talla.....	43
• Recomendar una dieta sana en el embarazo.	43
• Conocer antecedentes heredo familiares.	44
• Recabar estudios de laboratorio.....	45
• Medida del fondo uterino.....	45
- En la atención durante el trabajo de parto	
• Identificar a la embarazada por su nombre.....	45
• Verificar peso y talla.	46

• Valorar el estado respiratorio.....	47
• Observar la presencia de signos de vasoespasmo..	47
• Realizar cambios de posición a la embarazada.....	48
• Instalar un acceso venoso intravascular.....	49
• Monitorizar la frecuencia cardiaca fetal.....	50
• Proporcionar oxígeno en caso necesario.....	51
• Aplicar medicamentos.....	51
• Verificar estudios de laboratorio	52
-En la rehabilitación.....	53
• Aplicar medicamentos prescritos	53
• Orientar sobre métodos de planificación familiar.....	54
• Indicar medidas higiénico dietéticas.....	54
• Orientar sobre la lactancia materna.....	55
3. <u>METODOLOGÍA</u>	57
3.1. VARIABLES E INDICACIONES	57
3.1.1 Dependiente: Intervenciones de enfermería Especializada Perinatal en mujeres embarazadas con Polihidramnios	57
3.1.2 Definición Operacional: Mujeres Embarazadas con Polihidramnios	59
3.1.3 Modelo de relación de influencia de la variable.....	64

3.2 TIPO Y DISEÑO DE LA TESINA	65
3.2.1 Tipo.....	65
3.2.2 Diseño de tesina.	66
3.3 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN UTILIZADAS.....	67
3.3.1 Fichas de Trabajo	67
3.3.2 Observación.....	67
4. <u>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</u>	67
4.1 CONCLUSIONES.	67
4.2 RECOMENDACIONES.....	73
5. <u>ANEXOS Y APÉNDICES</u>	82
6. <u>GLOSARIO DE TÉRMINOS</u>	95
7. <u>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	110

ÍNDICE DE ANEXOS Y APÉNDICES

ANEXO N° 1	EMBARAZADA CON POLIHIDRAMNIOS.....	84
ANEXO No.2	VISTA LATERAL DEL POLIHIDRAMNIOS.....	85
ANEXO No.3	EMBARAZADA CON POLIHIDRAMNIOS EN ULTRASONIDO.....	86
ANEXO No.4	PROCESO DE EMBARAZO CON POLIHIDRAMNIOS.....	87
ANEXO No.5	ECOGRAFÍA DEL EMBARAZO.....	88
ANEXO No. 6	AMNIOCENTESIS EN UNA EMBARAZADA CON POLIHIDRAMNIO.....	89
ANEXO No.7	BOLSA AMNIÓTICA CON POLIHIDRAMNIOS	90
APÉNDICE No.1	FACHADA DEL HOSPITAL COMUNITARIO DE TLAXCO, TLAX.....	91

APÉNDICE No.2	PALPACIÓN DEL FETO EN EL HOSPITAL COMUNITARIO DE TLAXCO.....	92
APÉNDICE No.3	CONSULTA PRENATAL A LA EMBARAZADA	92
APÉNDICE No.4	MONITOREO DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL.....	94

INTRODUCCIÓN

La presente Tesina tiene por objeto analizar las intervenciones de Enfermería Especializada Perinatal en mujeres embarazadas que presentan Polihidramnios en el Hospital Comunitario de Tlaxco, Tlaxcala. (Ver Apéndice No.1: Fachada de Hospital Comunitario de Tlaxco, Tlaxcala)

Para realizar esta investigación documental, se ha desarrollado la misma en siete importantes capítulos que a continuación se presentan:

En el primer capítulo se da a conocer la Fundamentación del tema de la Tesina, que incluye los siguientes apartados: Descripción de la situación problema, identificación del problema, justificación de la Tesina, ubicación del tema de estudio y objetivos: General y específicos.

En el segundo capítulo se ubica el Marco teórico de la variable intervenciones de Enfermería especializada en mujeres embarazadas con Polihidramnios, a partir del estudio y análisis de la información empírica primaria y secundaria, de los autores más connotados que tienen que ver con las medidas de atención de enfermería en mujeres con Polihidramnios. Esto significa que el apoyo del Marco teórico ha

sido invaluable para recabar la información necesaria que apoyan al problema y los objetivos de esta investigación documental.

En el tercer capítulo se muestra la Metodología empleada con la variable: Intervenciones de enfermería especializada en mujeres con polihidramnios, así como también los indicadores de esta variable, la definición operacional de la misma y el módulo de relación de influencia de la variable. Forma parte de este capítulo el tipo de diseño de la Tesina, así como también las técnicas e instrumentos de investigación utilizados, entre los que están las fichas de trabajo y la observación.

Finaliza esta Tesina con las Conclusiones y recomendaciones, los anexos y apéndices, el glosario de términos y las referencias bibliográficas, que están ubicadas en los capítulos cuarto, quinto, sexto y séptimo, respectivamente.

Es de esperarse que al culminar esta Tesina se pueda contar de esta manera clara con las intervenciones de Enfermería Especializada Perinatal en mujeres con Polihidramnios, para proporcionar una atención de calidad a este tipo de pacientes.

1. FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE TESIS

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA

El Hospital Comunitario de Tlaxco es una organización de salud de primer nivel de atención que inicia su construcción en 1958 siendo entonces presidente Municipal el Dr. Mauro Ramírez Flores y como primer Director de la Unidad el Dr. Sergio López Zarzosa. La misión principal del Hospital Comunitario es la atención primaria aunque posteriormente con las modificaciones realizadas, se amplía la capacidad al aumentar el número de consultas para poder brindar atención médico quirúrgico a las pacientes.¹

En enero del 2001 deja de ser Centro de Salud para convertirse en el Hospital Comunitario mejorando las instalaciones y para el 2002 y con la anuencia del Secretario de Salud, Julián Velázquez Yorente y del presidente Municipal Silvestre Velázquez Guevara se abren las instalaciones con una nueva imagen y una nueva infraestructura en diciembre de 2007. A partir de esa fecha, ha ido funcionando como Hospital Comunitario y otorgando servicios a 37 comunidades con beneficio a la población de 13,832 habitantes en su área de influencia².

1. Benito Saldívar S. Diagnóstico Situacional, Documento impreso, Tlaxcala, 2011, p.1

2. Id

Actualmente el Hospital cuenta con los servicios básicos de consulta de Medicina general, Cirugía general, consultorios de Estomatología, Medicina preventiva, Hospitalización de Adultos y pediátricos, Laboratorios, Nutrición, Trabajo social y Urgencias.

El personal de enfermería del Hospital Comunitario de Tlaxco es un recurso prioritario en la atención de la comunidad. Cuenta con 40 personas entre las que están Auxiliares de Enfermería, Enfermeras Generales, Personal con cursos Postécnicos y aunque se carece de Especialistas de Posgrado. Se considera entonces, que así como se da atención comunitaria debe darse también la atención especializada con el objeto de poder brindar un servicio de calidad a aquellos pacientes con patologías complejas a quienes también se les otorga atención en hospitalización.

Por ello, es sumamente importante contar con personal de Enfermería especializado en el Hospital Comunitario de Tlaxco, que coadyuve en la atención de calidad de la mujer embarazada con Polihidramnios y también a la prevención de esta patología, para evitar riesgos innecesarios a los pacientes.³ (Ver Apéndice No.2 : Palpación del feto)

3. Ibid p.2

Por lo anterior, en esta Tesina se podrán definir en forma clara cuál es la intervención de la Enfermera Especialista Perinatal, que permite mejorar la atención de mujeres embarazadas con Polihidramnios.

1.2 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La pregunta eje de esta investigación documental es la siguiente: ¿Cuáles son las intervenciones de Enfermería Especializada Perinatal en mujeres embarazadas con Polihidramnios, en el Hospital comunitario de Tlaxco, en Tlaxcala?

1.3 JUSTIFICACIÓN DE TESINA

La presente investigación documental se justifica ampliamente por varias razones:

En primer lugar se justifica porque el embarazo con Polihidramnios constituye un riesgo materno fetal ya que tiene una incidencia de 0.6 a 3.6 %. Así, la acumulación de líquido amniótico implica un aumento de la producción y también una deficiencia en la eliminación. Este puede ser superior a 2000 ml. Por ello, el aspecto preventivo es de suma importancia ya que el cuidado óptimo a la madre, disminuirá la morbimortalidad del binomio.⁴

En segundo lugar esta investigación documental se justifica porque se pretende la identificación y control de factores de riesgo en las mujeres embarazadas con Polihidramnios. La Enfermera Especialista Perinatal sabe que el seguimiento durante el periodo de gestación permitirá conocer las posibles alternativas de solución para evitar complicaciones posteriores en ambos.

Por ello, en esta Tesina es necesario sentar las bases de lo que la Enfermera Especialista debe intervenir a fin de proponer diversas medidas tendientes a disminuir la morbimortalidad materno fetal con Polihidramnios. (Ver Apéndice No. 3: Consulta prenatal a la embarazada)

Por ello, en esta Tesina es necesario sustentar las bases que la Enfermera Especialista debe intervenir, a fin de proporcionar medidas tendientes a disminuir la morbi-mortalidad en mujeres embarazadas con Polihidramnios.

1.4 UBICACIÓN DEL TEMA DE TESINA

El tema de la presente investigación documental se encuentra ubicado en Obstetricia y Enfermería.

Se ubica en Obstetricia por que el Polihidramnio es el aumento de la cantidad de líquido amniótico dando así un exceso entre su producción y eliminación, mismo que protege al producto situación que se estudia en la Obstetricia, que es la rama de la medicina especializada en la asistencia sanitaria de la mujer embarazada, desde la prevención, atención y rehabilitación incluyendo el Polihidramnio.

Se ubica en Enfermería ya que este profesional puede integrar una serie de intervenciones en la promoción de la salud, en la prevención de la enfermedad, en la atención, en su rehabilitación de la mujer embarazada. Además, la Especialista Perinatal para poder prestar estos cuidados, desarrolla funciones asistenciales, docentes, de administración e investigación, guiada por principios humanitarios y éticos.

Así, la Especialista Perinatal, debe suministrar una intervención a las pacientes embarazadas tanto en el aspecto preventivo, como en el curativo y de rehabilitación, para disminuir la morbimortalidad de la madre y del producto.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 General

Analizar las intervenciones de Enfermería Especializada Perinatal en mujeres embarazadas con Polihidramnios, en el Hospital Comunitario de Tlaxco, Tlaxcala.

1.5.2 Específicos.

- Identificar las principales intervenciones de la Enfermera Especialista Perinatal en el cuidado preventivo, curativo y de rehabilitación en mujeres embarazadas con Polihidramnios.
- Proponer las diversas intervenciones que el personal de Enfermería Especializado debe llevar a cabo de manera cotidiana en mujeres embarazadas con Polihidramnios.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA EN MUJERES EMBARAZADAS CON POLIHIDRAMNIOS.

2.1.1 Conceptos básicos

-De Polihidramnios.

Para Cristina Álvarez Colomo el Polihidramnio se define como el aumento de la cantidad de líquido amniótico, debido a una alteración del equilibrio que existe entre la producción y la eliminación de fluido.⁵ (Ver Anexo No.1: Embarazada con Polihidramnios). Para Diane Shasnon Polihidramnios es el exceso de líquido en el saco amniótico que es la “bolsa de agua” que está dentro del vientre y que protege al feto. Por lo general, existe aproximadamente 1 litro de líquido en 36 semanas del embarazo. Cuando hay Polihidramnios el Índice de Líquido Amniótico (ILA) es de más de 25 cm. El líquido amniótico elevado puede indicar un problema en la madre o en él feto.⁶

5. Cristina Álvarez Colomo. y Cols., Amniodrenaje repetido, En la revista: *Progresos de Obstetricia Ginecología*. Ed. Elsevier, Madrid, 2010. p. 324

6. Diane Shasnon. Polihidramnios. Disponible en: <http://www.americanpregnancy.org/>.Canada,2012, p.4. Consultado el 9 de Abril de 2013.

2.1.2 Etiología de Polihidramnios en mujeres embarazadas.

-Por la madre

- Diabetes Mellitus

La presencia de Polihidramnios (PH) tiene diversas causas como es el aumento de la osmolaridad del líquido amniótico debido a una elevación de la glucosa, una disminución de la deglución fetal y poliuria fetal por hiperglucemia.⁷

De hecho, el (PH) se observa en 1.5 al 66% de todos los embarazos de mujeres diabéticas. Aunque el mecanismo responsable aún no esté claro, se cree que la hiperglucemia fetal con poliuria, incrementa la osmolaridad del líquido amniótico, lo cual resultaría de una transferencia neta de agua desde el feto a la cavidad amniótica.⁸

7. Adam.com, Libro de la Seño. 2003. Disponible en <http://www.nexusediciones.com/pdf/oine/2003.2/gj-4-2-006-pdf.>, Washington, 2008, p. 256, Consultado el 6 de mayo 2013.p4

8. Ignacio Larmo y Cols. Oligohidramniosy polihidramnios. Disponible en www.Lqb.es/monografía/diaseses/e009.o.1.htm., Madrid, 2007, p. 134 Consultado el 24 de abril 2013.

Entonces existe una mayor asociación con la Diabetes mal controlada y el Polihidramnio durante el embarazo, ya que la hiperglucemia existe también en la sangre fetal lo que produce poliuria, lo que explica el aumento de líquido amniótico. Otro posible mecanismo es el descenso de los movimientos deglutorios del feto u otra alteración en el balance de líquidos entre el compartimento fetal y materno.⁹

-Embarazos múltiples

La transfusión intergemelar es una complicación importante que afecta a los embarazos múltiples y en ocasiones, se denomina “Síndrome de transfusión intergemelar crónico”. Se trata de una complicación de gemelos monocigóticos/ monocoriónicos en la que las derivaciones arteriovenosas intraplacentarias están alteradas y existe flujo sanguíneo preferencial. Casi todas las placentas monocoriónicas poseen comunicaciones vasculares y alrededor de un tercio, muestra cuando menos cierta evidencia clínica del síndrome.¹⁰ (Ver Anexo No.2: Vista lateral de Polihidramnios)

9. Javier Góngora Rodríguez, Polihidramnios. Diagnóstico y conducta Obstetricia: Disponible: www.hun.es/serviciosasistenciales/ginecologia/fechosclase2013polihidramnios.diagnostico.4maneprobstetrico.pdf. Madrid, 2013, p6. Consultado el 2 de mayo 2013.

10. James R. Scott y Cols. Tratado de Obstetricia y Ginecología. Mc Graw Hill. México, 2006. p. 61.

-El litio

Al litio se le considera el fármaco de primera elección para el tratamiento de pacientes con trastorno bipolar. La mujer afectada de un trastorno del estado de ánimo con deseos de concebir un hijo, debe tener en cuenta el uso de litio. Ya que este medicamento se ha asociado a un mayor riesgo de anomalías cardíacas (principalmente una mal formación cardíaca conocida como Enfermedad de Ebstein), cuando se toma durante el primer trimestre del embarazo. Aun así se debe señalar que el riesgo de aparición de malformaciones por litio es relativamente bajo.¹¹

- Causas placentarias

Se cree que el litio causa algunas anomalías placentarias, entre las más frecuentes se encuentran el coriangioma o hemangioma placentario, que es un tumor de origen vascular benigno formado por tejido conjuntivo, siendo el único tumor placentario no trofoblástico. Los corioangiomas pequeños suelen presentar un curso clínico benigno, mientras que los tumores grandes se han asociado a complicaciones más graves.¹²

11. Manuel García M. Litio en el embarazo. Disponible en: [www/manuelgarciamayo.wordpress.com/2012/04/29/litioenelembrazo](http://www.manuelgarciamayo.wordpress.com/2012/04/29/litioenelembrazo). México, 2009, p. 2. Consultado el 1 de julio de 2013.

12. José, Smeke y Cols. Coriangioma Placentario gigante, En la Revista, Asociación Médica ABC. Vol.56.Num.1 Enero-Mar 2011. pp. 38-43. México. Disponible en: www/medigraphic.org.mx Consultado el 1 de agosto 2013.

-Por el feto.

- Malformaciones fetales

Las malformaciones fetales se presentan en el 20% aproximadamente de las causas de Polihidramnios. Con mayor frecuencia las que se asocian a este son las del sistema gastrointestinal y sistema nervioso central, que se producen por un desequilibrio entre la producción normal, con menor eliminación, con el consecuente aumento de líquido amniótico. Entonces se altera el progreso de ingestión fetal de líquido amniótico o absorción, como algunos de los casos que se muestran a continuación.¹³

a) En los Sistemas Gastrointestinal y Nervioso Central

El sistema gastrointestinal representa el 3% de las malformaciones congénitas que se asocian al Polihidramnios. Las más frecuentes son: atresia esofágica, atresia o estenosis duodenal, páncreas anular, hernia diafragmática y defectos de la pared abdominal como el Onfalocele y la Gastroquisis¹⁴

13. Infogen. Alteraciones del líquido amniótico. Disponible en infogen.org.mx. México, 2010, p. 14. Consulta 11 de abril 2013.

14. Ibid p. 4

En cuanto al Sistema Nervioso Central (SNC); representan el 26% de las malformaciones congénitas que se asocian al Polihidramnios. Las anomalías del SNC que más frecuentemente se asocian a Polihidramnios son los defectos del cierre del tubo neural tales como anencefalia, espina bífida o encefalocele. Sin embargo, otras malformaciones del SNC como hidrocefalia, microcefalia, holoprosencefalia, hidranencefalia o síndrome de Dandy Walker también pueden asociarse con Polihidramnios.¹⁵

b) En los Sistemas Cardiovascular y Genitourinario

Entre las malformaciones cardíacas se asocia el 20%, todas aquellas que pueden conllevar al desarrollo de hidrops fetal. Las malformaciones tales como incompetencia valvular, estenosis valvular, arritmias o enfermedad de Ebstein pueden producir Polihidramnios como consecuencia de la descompensación cardíaca fetal que producen, la cual genera un aumento de la presión hidrostática en los capilares fetales y la consiguiente transudación de fluido a la cavidad amniótica.¹⁶

15. Ibid p. 8

16. Ibid p. 9

En relación al sistema genitourinario: Representan al rededor del 10%. Son generalmente anomalías renales unilaterales tales como hamartoma renal, riñón multiquístico o nefrona mesoblástico, estas malformaciones son tumores que pueden ser benignos o malignos, de acuerdo al sitio donde se implanten.¹⁷

c) En los Sistemas Respiratorio y músculo esquelético.

El sistema respiratorio puede verse afectado con las malformaciones respiratorias ya que al interferir los movimientos respiratorios con la consecuente interrupción de la transferencia normal del líquido amniótico a través de los pulmones, se producen los problemas respiartorios.¹⁸

También en el sistema músculo esquelético, existen malformaciones tales como: displasia esquelética, osteogénesis imperfecta, acondroplasia, enanismo tanatofórico, distrofia miotónica o síndrome de hipocinesia-acinesia fetal. Ante estas patologías producen Polihidramnios secundario a la compresión o restricción del tórax fetal o disminución de los movimientos fetales¹⁹

(17) Ibid p. 10

(18) Id

(19) Larmon J. Rosas. Enfermedades. Disponible en www.iqb.es/monografía/diaseses (eoop_ot.html), 2012, Washington, p. 1. Consultado el 11 de abril de 2013

- Anomalías cromosómicas

Las anomalías cromosómicas como las: trisomías 18 y 21²⁰ son trastornos genéticos que presentan una combinación de defectos congénitos que incluyen déficit mental, así como problemas de salud que pueden comprometer a varios de los sistemas orgánicos del cuerpo. Entre el 20% y el 30% por ciento de los bebés que nacen con trisomía 18 o trisomía 13, mueren durante el primer mes de vida, y el 90 por ciento muere al año. Es importante destacar que entre el 5 y el 10 por ciento de los bebés con trisomía, sobreviven al primer año de vida.

- Infecciones intrauterinas

La incidencia de las infecciones intrauterinas en el Polihidramnios es incierta, pero se sabe que tanto la rubéola, toxoplasmosis, citomegalovirus, parvovirus y sífilis, producen hidrops fetal de tipo no inmunológico.²¹

20. Larmon J. Rosas. Op Cit. p. 1

21. Javier Góngora Rodríguez. Op cit p. 45

- Hidrops fetal no inmunológico

En el Hidrops fetal inmunológico las causas más frecuentes incluyen anomalías estructurales (cardiopatías), cromosomopatías, infecciones, anemias fetales graves (hemoglobinopatías) y trastornos metabólicos (enfermedad de Gaucher). Otras causas se deben a la hipoproteinemia fetal o la insuficiencia cardiaca fetal, a veces, secundaria a una arritmia.²² (Ver Anexo No. 3: Embarazada con Polihidramnios en ultrasonido)

- Isoinmunización

La Isoinmunización aparece por incompatibilidad al Rh en donde los anticuerpos que destruyen los glóbulos rojos del bebé. Sin embargo, representan solo el 1% de las causas del Polihidramnios.²³

22. Gratacos E. & Cols. Medicina fetal. Madrid, Ed. Panamericana, 2007, Madrid, 2007, p. 11.

23. Id

2.1.3 Epidemiología de las mujeres embarazadas con Polihidramnios

- En España y México

En España el Polihidramnios aparece aproximadamente del 2% a 8.5% de la población normal.²⁴ En México la incidencia de Polihidramnios es de 1.04-4.2 asociada a Diabetes mellitus y otra patología.²⁵

2.1.4 Clasificación del Polihidramnios

- Agudo

El Polihidramnio agudo comienza bruscamente y ocurre usualmente en el segundo trimestre (antes de las 24 semanas de gestación) y se caracteriza por una rápida acumulación de líquido amniótico en pocos días, que puede conducir al parto prematuro y al aborto.²⁶

24. Manuel Gall y Cols. Marcadores ecográficos de la semana 18-22. Artículos de Revisión. Disponible en unilibre.edu.com. Madrid, 2012, p. 2, Consultado 1 de julio 2013

25. Abram Zonana y Cols. Efecto de Ganancia de peso gestacional en la madre y en el neonato. Salud Pública de México Vol. 52. No.3. Disponible en: www.scielo.org.mx/scielo. México, 2010, p.33, Consultado 1 julio 2013

26. Matilde Conde Francisco y Cols. Manejo de polihidramnios 2012. Disponible: <http://www.hrn.es/serviciosasistenciales/ginecologia.ypbstetricia/ficheros/curso2013.mmf-os-manejo-polidramnios.pdf>. Madrid, 2013. p. 10. Consultado el 12 de abril 2013.

-Crónico

El Polihidramnio crónico se inicia más tardíamente, hacia el séptimo mes de gestación y tiene una evolución más lenta, lo que hace que el embarazo sea más tolerable, aunque aumenta significativamente la probabilidad de un parto prematuro.²⁷ (Ver Anexo No.4: Proceso de embarazo con Polihidramnios)

2.1.5 Sintomatología de las mujeres embarazadas con Polihidramnios

En la etapa inicial del Polihidramnio, es prácticamente asintomático, sobre todo en la primera mitad del embarazo y la gestante tan solo percibe un tamaño uterino superior al esperable para la edad de gestación; otros signos de los que pueden hacer de los que pueden hacer sospechar son: la dificultad para realizar maniobras de Leopold, peloteo fetal, dificultad para auscultar la frecuencia cardiaca fetal y la altura uterina mayor a las semanas de amenorrea.²⁸

27. Ibid. p. 10

28. Javier Góngora Rodríguez. Op cit, p. 46.

- Disnea y ortopnea

El compromiso respiratorio materno se debe al aumento uterino ya que se desplazan órganos y estructuras abdominales de la madre, llegando a aumentar la presión intraabdominal y empujar al diafragma, con la dificultad de realizar movimientos respiratorios notorios presentándose disnea y ortopnea.²⁹

-Dolor abdominal y edema

El dolor abdominal y el edema se presentan cuando el hidramnios es más intenso, sobre todo al final del segundo y tercer trimestre de embarazo. De hecho, se ha asociado a complicaciones obstétricas mayores debido al aumento de la distensión uterina del volumen de líquido amniótico, distensión de las membranas y aumento de la presión de las mismas.³⁰

El edema se produce porque hay dificultad en el retorno venoso por compresión de vasos pélvicos y abdominales que pueden dar lugar a la aparición de edema en miembros inferiores, en vulva y abdomen.³¹

29. Javier Góngora Rodríguez, Op. cit p. 10

30. Javier Góngora Rodríguez, Op. cit p. 31

31. Javier Góngora Rodríguez, Op. cit p. 11

-Alteraciones en la posición fetal.

Las alteraciones de la posición fetal se deben al mayor espacio que existe en el vientre de la madre.³² Así, debido a la gran cantidad de líquido amniótico, el feto se encuentra flotando el cual adopta posiciones diferentes como la cefálica, pélvica o transversa. Esta provoca que al momento de romperse la bolsa amniótica, pueda producirse la salida de alguna parte fetal, como es la mano, pies o parte del cordón umbilical.

2.1.6 Diagnóstico de las mujeres embarazadas con Polihidramnios.

- Médico

- Valoración médica

a) Inspección y palpación

En la inspección se valora el Abdomen muy aumentado de volumen, grietas en la pared abdominal, edema suprapúbico y también en los miembros inferiores.³³

32. Id.

33. Noelia Socorras Ibáñez. Enfermería Obstétrica. Ed Ciencias Médicas. Madrid, 2009 p. 419

En la palpación, se puede confirmar la presencia de signo de más (altura uterina mayor que la correspondiente para la edad gestacional), un abdomen tenso, dificultad para reconocer las partes fetales, peloteo fetal fácil, presentación cambiante y transmisión de onda líquida. En el examen físico se advertirá un útero muy aumentado de tamaño para la edad gestacional y existirá dificultad para palpar las partes fetales.³⁴

b) Auscultación y examen físico.

En la Auscultación se valora la frecuencia cardiaca fetal se encuentran los ruidos cardíacos fetales apagados lo que significa que se escuchan mal o no se escuchan, aunque el feto este vivo. Esta dificultad se incrementa en los casos con Polihidramnio severo. En cuanto al diagnóstico diferencial, se establecerá con los quistes gigantes de ovario, tumoraciones renales y la ascitis. Los estudios radiográficos y ultrasonidos establecerán el diagnóstico definitivo.³⁶

34. Olivia Jonas. Alteraciones del líquido Amniótico. Disponible en <http://www.huil.sld.cu/instrumentalquirurgico/biblioteca/Ginecobstetricia%20.%2012IGol/CAP18.18.pdf>, Madrid. 2013. p. 12 Consultado el 12 de abril de 2013.

35. Noelia Socorras Ibáñez. Op cit p. 119

36. Matilde Conde & Cols. Manejo de Polihidramnios. Disponible en <http://www.hun.es/servicios.asistenciales/ginecología-y-obstetricia/ficheros/curso2013.mmf-06-manejo.polihidrmnios.pdf>. Madrid.2013. p. 38, Consultado 12 de abril 2013

-De Gabinete

- Ecografía

El diagnóstico del Polihidramnios puede ser clínico o ecográfico. Si durante la evaluación clínica de la embarazada se sospecha una altura uterina mayor que la correspondiente para la edad gestacional, dificultad para definir partes fetales, transmisión de la onda líquida y latidos cardiacos fetales apagados o ausentes aún con feto vivo, es necesario confirmar el diagnóstico por ecografía.³⁷

Existen varias técnicas ecocardiográficas para determinar el Polihidramnios, aunque la mayor parte de ellas conllevan la determinación del índice del fluido amniótico (AFI) obtenido después de dividir el abdomen materno en cuatro cuadrantes y medir en cada uno de ellos el líquido amniótico, el AFI se expresa en cm siendo un AFI normal de 8 a 18 cm. Un AFI > 24 cm es considerado como Polihidramnios mientras que un AFI < 8 cm representa un oligohidramnios, ambos casos medidos al término del embarazo.³⁸ (Ver Anexo No. 2: Bolsa amniótica con polihidramnios).

37. Ibid p.12

38. Id

- Rayos X

En el estudio radiológico de contenido uterino se observa un menor contraste del esqueleto fetal a los rayos X y mayor separación de las partes fetales al contorno uterino. Da la impresión de que se tratara de una placa velada de un útero de tamaño mayor que el correspondiente a la amenorrea. Además los rayos X sirven para descartar anomalías en el feto, como la anencefalia en la que se aprecia la ausencia del macizo óseo del cráneo y la hidrocefalia en la que, además del aumento del tamaño del polo cefálico, se observan los huesos craneales adelgazados y separados, dándole lugar a fontanelas amplias. Ambos métodos permiten descartar la existencia de un embarazo múltiple que puede confundir el diagnóstico.³⁹

- Resonancia magnética

La resonancia magnética permite obtener imágenes mucho mejores de las estructuras anatómicas del feto y una mejor evaluación del mismo. Otra utilidad es la evaluación de los defectos del tubo neural como es el caso de la espina bífida, ya que permite visualizar la altura exacta de los defectos, sobre todo a nivel caudal donde con la ecografía es más difícil.⁴⁰

39. Héctor Mondragón. Obstetricia Básica Ilustrada. Editorial Trillas. México, 2012, p. 244

40. Ramírez Martínez Javier A. & Cols, Op. cit p. 12

- Ultrasonido

Para Javier Andrés Ramírez Martínez la ecografía prenatal es un procedimiento utilizado para determinar la edad gestacional, el crecimiento y bienestar fetal, además de realizar el tamizaje de malformaciones y anomalías cromosómicas.⁴¹ Así en el ultrasonido pueden medirse las bolsas de líquido para calcular la cantidad total del mismo. Mediante la ecografía también se puede observar el crecimiento fetal, la estructura de los riñones y el tracto urinario y detectar la orina en la vejiga del feto. Pueden realizarse estudios de flujo por Doppler (un tipo de ecografía que se utiliza para medir el flujo sanguíneo) con el fin de estudiar las arterias de los riñones.⁴² Además se valora el Índice de Líquido Amniótico (ILA).

De hecho, el ILA es el valor obtenido de las máximas columnas verticales de líquido, libre de partes fetales o cordón umbilical, en cada uno de los 4 cuadrantes que se delimitan por la intersección de dos líneas perpendiculares en el abdomen materno.⁴² Se definen tres niveles de severidad: ILA 18-25: Se considera el límite alto de la normalidad; 25-32: Polihidramnios moderado y el ILA >32: Polihidramnios severo.⁴³

41. Javier Andrés Ramírez Martínez y Cols. Obstetricia Integral siglo XXI. Tomo II. Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia Bogotá. Ultrasonido Obstétrico en la práctica Clínica Actual. Bogotá, p. 76, 2010. Consultado el 20 de mayo 2013.

42. Susan Fernández y Cols. Op cit. p. 23

43. Javier Góngora Rodríguez, Op. cit p. 14

-De laboratorio

- Glucosa

Las mujeres con antecedentes de intolerancia a la glucosa o antecedentes de diabetes gestacional en embarazos previos deben de realizarse la prueba de tolerancia a la glucosa (TTOG). Esta prueba está indicada en la semana 24 a la 28 en la que se hace una prueba de tamizaje mayor a 140mg/dl, esta prueba se realiza en ayuno, o bien a una hora indistinta, consiste en suministrar 100mg. de glucosa, los valores sanguíneos anormales para una prueba de tolerancia a la glucosa oral de 100 gramos en 3 horas son los siguientes: En ayunas: mayor a 95 mg/dl, 1 hora: mayor a 180 mg/dl, 2 horas: mayor a 155 mg/dl, 3 horas: mayor a 140 mg/dl. ⁴⁴

- Coombs y anticuerpos irregulares.

La prueba de Coombs (también conocida como prueba de antiglobulina) es un examen de sangre que se usa en inmunología y hematología. Este análisis puede detectar la presencia de anticuerpos en suero que reaccionan con antígenos en la superficie de los glóbulos rojos.

44. Góngora Rodríguez Javier, Op. cit p. 14

Hay dos tipos distintos de la prueba de Coombs: el directo y el indirecto.

La prueba de Coombs directa detecta anticuerpos ya unidos a la superficie de los glóbulos rojos, y la prueba de Coombs indirecta detecta anticuerpos libres que pueden reaccionar in vitro con glóbulos rojos que tienen antígenos específicos.⁴⁵

- Serología TORCH

La serología de Torch implica T: toxoplasma; O: other agents como lúes; R: rubeola; C: citomegalovirus; H: herpes simple más parvovirus B: determinación de IgG e IgM. Esto se hace independientemente de que haya sido realizado al inicio del embarazo y fueran negativas, las pruebas de RPR/VCRL Y ELISA.^{46, 47}

2.1.7 Tratamiento de las mujeres embarazadas con Polihidramnios.

Las terapias propuestas para el tratamiento del Polihidramnios están indicadas para disminuir el riesgo de parto prematuro y mejorar, en lo posible, la sintomatología materna.⁴⁸

45. Javier Góngora Rodríguez. Op cit p. 15

46. Id

47. Gratacos & Cols., Op. cit p. 670

48. Id

Se indica con ILA>32, si aparecen modificaciones cervicales o clínica de dinámica uterina o si existe franco disconfort materno o sospecha de alteración.⁴⁹

-Etiológico

Los grados menores de Polihidramnios casi nunca requieren tratamiento. Inclusive, los grados moderados con algunas molestias, por lo general pueden tratarse sin intervención hasta que aparece el trabajo de parto o que las membranas se rompan de manera espontánea. Siempre que sea posible, es deseable el tratamiento, etiológico, por ejemplo, el control glucémico en una gestante diabética.⁵⁰

-Sintomático

Si se presenta disnea o dolor abdominal o si la ambulación es difícil, se hace necesaria la hospitalización.⁵¹

49. Cristina Álvarez y Cols. Amniodrenaje repetido para el tratamiento de un polihidramnios. Revista Elsevier Doyma prog obsted ginecol. 2010; 53 (8): 324. Disponible en www.elsevier.es/pog, Madrid, 2010, p. 53, Consultado 12 abril 2013

50. Eduard Gratacos. y Cols. Medicina Fetal. Ed. Panamericana 2007. Madrid, 2007, Cap. 74 p. 670

51. Ibid. p. 3

El reposo en cama, los diuréticos y la restricción de agua y sales son ineficaces. Cuando no existe una causa definida de Polihidramnios o ésta no es tratable intraútero, se valorará realizar tratamiento sintomático con la intención de disminuir la cantidad de líquido amniótico.⁵²

-Amniodrenaje

El Amniodrenaje es un tratamiento sintomático que se utiliza para disminuir la sintomatología materna y la amenaza de parto prematuro, por este motivo se realizan amniodrenajes más allá de la semana 35.⁵³

Este procedimiento consiste en el drenaje de líquido amniótico a través de la pared uterina. No existe un consenso sobre el volumen a drenar, como la rapidez de realizar la salida de líquido, el uso de medicación tocolítica o profilaxis antibiótica. Con este procedimiento se disminuye la sintomatología materna y la amenaza de parto prematuro; es por ello que está indicado más allá de la semana 35 de gestación.⁵⁴ (Ver Anexo No.6: Amniocentesis en una embarazada con Polihidramnios)

52. Diane Shannon, Op. cit p. 4

53. Infogen, Op. cit p. 14

54. Infogen, Op. cit p. 15

Las recomendaciones sobre cuándo realizar amniodrenaje son: Polihidramnios severo (ILA > 32) y longitud cervical inferior a 15mm o dinámica uterina materna clínica y discomfort materno importante con sensación de disnea o distensión uterina clínica independientemente de la severidad del polihidramnios.⁵⁵

-Farmacológico.

- Indometacina

La administración de inhibidores de las prostaglandinas que reducen el flujo urinario fetal, produce una disminución del volumen de líquido amniótico (LA). Como efecto secundario maternos se describen ulcus gastroduodenal, alteraciones sanguíneas o asma. Los efectos fetales pueden ser graves, como complicaciones renales y el cierre temprano del ducto arterioso que condiciona una hipertensión pulmonar con el feto. Por todo ello, solo se recomiendan dosis de Indometacina de 50-100mg/12 h, en gestaciones < 32 semanas y durante un periodo máximo de 5 días.⁵⁶

55. Cristina Álvarez Colomo y Cols, Op Cit p. 324

56. Id

- Parto

Durante el parto, se recomienda confirmar la presentación fetal. La ruptura espontánea de las membranas y posterior descompresión uterina puede producir prolapso de cordón o DPPNI.

Antes del trabajo de parto se recomienda practicar punción intramniótica para descomprimir lentamente el útero y drenar el líquido amniótico a través de un catéter de polietileno. No se debe drenar más de 500 ml por hora; ya que el procedimiento puede desencadenar trabajo de parto. En el parto (si las complicaciones ponen en riesgo el bienestar del feto o de la madre, es posible que sea necesario un parto prematuro.⁵⁷ (Ver Anexo No. 7: Bolsa amniótica con Polihidramnios)

-Quirúrgico

- Cesárea

El Polihidramnios ocasiona numerosas complicaciones obstétricas que dificultan el pronóstico del parto. Entre ellas están las siguientes: mayor frecuencia de situación transversa y presentación pélvica, aparición de trabajo de parto prematuro, distocias de contracción durante el trabajo de parto y atonía uterina de posparto.⁵⁸

57. Héctor Mondragón. Op Cit p. 345

58. Id

Además, mayor frecuencia de ruptura prematura de membranas, aumento en la frecuencia de prolapso del cordón umbilical, así como de posibilidades de que ocurra desprendimiento prematuro de placenta, si hay descompresión por salida brusca de líquido amniótico. Por ello, es considerada la cesárea.⁵⁹

2.1.8 Complicaciones de la mujer embarazadas con Polihidramnios.

Entre las complicaciones se encuentran: rotura prematura de membranas pretérmino, Los fenómenos que determinan el momento de la rotura son los siguientes: altura y velocidad de la elevación de la presión amniótica durante las contracciones, abombamiento de la bolsa, movilidad del polo inferior del embrión respecto a la pared uterina, la tensión excesiva y asimétrica del polo inferior ovular, y la deficiencia estructural de las membranas en el sentido de menor elasticidad y resistencia.⁶⁰

59. Id.

60. Javier Góngora Rodríguez. Op Cit p.230

-Prolapso de cordón umbilical.

El prolapso del cordón umbilical es favorecido por la posición fetal y el aumento del volumen del líquido amniótico que al producirse rotura de membranas, hay una caída o desplazamiento del cordón umbilical hacia el estrecho inferior de la pelvis materna por delante de la presentación, se clasifica en: Prolapso oculto: Es en el cual el cordón se encuentra sobre la cabeza o cara del feto pero no puede percibirse a la exploración interna. Prolapso anterior: Es en el cual el cordón precede a la parte de presentación, es mantenido en las membranas íntegras y suele palpase a través de las membranas si el cérvix está abierto. Prolapso completo: Es el cual el cordón sale hacia la vagina, a menudo a través del introito vaginal, después de la ruptura de las membranas.⁶¹

-Alteraciones en la posición fetal.

La alteración fetal particularmente la posición podálica es común, a partir de la semana 32 la cavidad amniótica es grande en comparación con la masa fetal.⁶²

61. Granada De Las Nieves, Op. cit p. 12

62. Id

A partir de este momento el crecimiento rápido del feto hace que las paredes uterinas se apliquen más estrechamente sobre las partes fetales, y tiene entonces un cambio en la polaridad fetal, el feto pasa de la presentación podálica a la cefálica de modo que aprovecha el fondo del útero, para su polo más voluminoso y movable, puede alterar la polaridad fetal y puede condicionar la presentación no cefálica.⁶³

Síntomas compresivos.

Los síntomas compresivos implican más dificultad para el retorno del sistema venoso por el útero sobre distendido es la causa del edema que pueden presentar las gestantes y que aparece en los miembros inferiores, vulva y abdomen inferior; la oliguria es poco frecuente.

Las gestantes con Polihidramnios crónico toleran la distensión abdominal con relativamente pocas molestias, los síntomas compresivos implican disnea, estreñimiento, varices y pirosis.⁶⁴

63. Granada De Las Nieves, Op. cit p. 12

64. Id

-Compromiso respiratorio materno.

El compromiso respiratorio se da por el aumento del tamaño uterino que desplaza los órganos y estructuras abdominales, llegando a aumentar la presión intraabdominal y empujar el diafragma, el cual presiona los músculos que intervienen en la respiración, manifestando dificultad de los movimientos respiratorios.⁶⁵

-Amenaza de parto prematuro.

La sobre distensión uterina parece ser la principal causa del aumento de los partos pretérmino (< 37 SG) en las gestantes con Polihidramnios. Así se refleja en el estudio en el que no se encuentran diferencias según la severidad del Polihidramnios, pero si cuando se explica por alguna causa, como diabetes mellitus materna o malformación fetal.⁶⁶

65. Javier Góngora, Op. cit p. 12

66. Cristina Álvarez, Op. cit p. 325

-Atonía uterina postparto.

La atonía uterina es un término en obstetricia que se refiere a la pérdida del tono de la musculatura del útero y un consecuente retraso en la involución del útero.

La atonía uterina puede también ser originada por retención de un resto placentario o una infección. Por lo general, las contracciones del miometrio comprimen los vasos sanguíneos desgarrados durante el parto, reduciendo el flujo sanguíneo en la pared uterina.

Por lo tanto, una carencia de contracciones uterinas posparto pueden causar una hemorragia obstétrica que son causadas por atonía uterina, sobredistención uterina prolongada que a su vez es causada por embarazo múltiple o polihidramnios lo que puede producir una alteración en la fuerza contráctil del útero tras el alumbramiento, pudiendo producir al final hemorragia postparto.⁶⁷

2.1.9 Intervenciones de enfermería especializada en mujeres embarazadas con Polihidramnios.

-En la prevención

67. Cristina Álvarez, Op. cit p. 326

- Orientar del control prenatal a la embarazada.

La información del control prenatal a la embarazada, implica todas las acciones y procedimientos médico y asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna perinatal con el fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el nacimiento y la salud de la futura madre y el feto.⁶⁸

Por lo tanto, la Enfermera Especialista Perinatal debe explicar el propósito del control prenatal en donde realizan actividades que tienen como objetivo mantener la salud materna y fetal, orientándola para que conozca oportunamente factores de riesgo y en consecuencia actuar oportunamente, así como de su cuidado integral durante su embarazo, parto y puerperio.

68. Secretaría de Salud, Guía de Práctica Clínica para el Control Prenatal con Enfoque de Riesgo. Secretaría de Salud, México. Disponible en www.cenetec.salud.gob.mx. México, 2008, p. 8 Consultada 1 de julio 2013.

- Orientar sobre los cambios fisiológicos a la madre

En el organismo materno a partir del momento de la fecundación, hay toda una serie de cambios, de las hormonas placentarias donde aparecen en más abundancia los estrógenos, la progesterona, la gonadotropina coriónica y el lactógeno placentario. También hay cambios en las hormonas ováricas como los estrógenos, la progesterona y la relaxina.⁶⁹

Otros cambios son más físicos y la mujer los puede ver y notar durante todo el embarazo. Hay un aumento de peso y de tamaño de muchos órganos que servirán para acoger el feto o posteriormente del nacimiento del niño. Por ejemplo: los órganos como las mamas y el útero aumentan de tamaño y de peso. Además el feto, el líquido amniótico y la placenta hacen que la mujer tenga un aumento de su peso corporal hasta después del parto.⁷⁰

69. Alberto Río García. Cambios en la mujer embarazada. Disponible en: <http://atencion-a-mujer-embarazada.html>. Madrid, 2010, p. 2. Consultado el 1 de julio de 2013.

70. Id

Por lo anterior, la Enfermera Especialista Perinatal debe orientar a la madre sobre los cambios físicos que presentará tal como avanza su estado de embarazo. El conocimiento permitirá hacer una valoración tanto fisiológica como física y establecer cualquier alteración manifestada en la gestación y posteriormente, los cambios que llegue a presentar en órganos y sistemas.

- Orientar sobre los cambios psicológicos durante el embarazo

La gestación representa una serie de cambios en la mujer, durante los tres primeros meses generalmente tienen ansiedad que se produce sobre todo en el primer embarazo debido a la falta de información por parte de la mujer. Las hormonas del embarazo (estrógenos, progesterona, hCG, y prolactina, lo que hacen que se presenten cambios repentinos en el humor, como desequilibrio en el cuerpo de la mujer.⁷¹

71. Karen Reyes Carvajal, Trastornos psicológicos en la paciente embarazada. Disponible: <http://www.smago.org.mx/memorias/IXCURS O/8.pdf>. Mexico.p2. Consultado el 1 julio 2013.

Por lo tanto, la Enfermera Especialista Perinatal debe explicar a la mujer embarazada y la persona que la acompañe, los cambios repentinos de humor que pueda presentar, ya que debido a los cambios hormonales presentará variaciones emocionales que ella experimente como la felicidad desmesurada o tristeza, por lo que la pareja tiene un papel fundamental brindándole apoyo emocional y comprensión, por lo que se recomienda manifestar sus emociones, compartir experiencias con otras mujeres, comunicarse con la pareja, amigos y familiares, cuidar y disminuir el estrés, buscar diversión y no anticiparse a eventos catastróficos⁷²

- Aplicar inmunizaciones

La vacuna durante el embarazo está dirigida a la prevención de enfermedades infecciosas por medio de la inmunidad conferida por la administración de sueros o vacunas, ya que tiene riesgo a exposición de diferentes agentes infecciosos confiriéndole protección a ella y a su hijo. Por ejemplo, la vacuna antitetánica se aplica en dos dosis: la primera entre la semana 20 y la 24; y la segunda, cuatro semanas después de la primera.⁷³

72. Ibid

73. Vacunación en la embarazada. México. 2010. Disponible en: <http://www.comego.org.mx/GPC>. consultada 1 de julio de 2013.

Entonces, la Enfermera Especialista Perinatal debe estar pendiente de aplicar las dosis requeridas de vacuna antitetánica, de no tener ninguna se debe iniciar el esquema de vacunación el cual se registrará en el carnet de embarazo y expediente.

- Informar sobre la importancia de ingerir el Ácido Fólico y el Fumarato Ferroso.

Múltiples estudios han demostrado que el consumo del ácido fólico en cantidades adecuadas durante el periodo preconcepcional, desde dos meses antes del embarazo y hasta los primeros dos meses de gestación, disminuye en más de 70% el riesgo de tener un hijo con un Defecto del Tubo Neural (DTN) y de otras malformaciones congénitas, como fisuras labiopalatinas, malformaciones del tracto genitourinario y defectos cardiacos Durante el desarrollo del sistema nervioso central, la formación y cierre del tubo neural ocurre entre los días 15 y 28 después de la concepción.⁷⁴

74. Elijú Patiño. La nutrición de la mujer embarazada. S. Disponible en: www.Fundacionbengoa.org. Argentina, 2012. p. 34, Consultado el 02 de julio de 2013

El Sulfato de hierro es un compuesto químico iónico (FeSO_4), que también es llamado sulfato ferroso, caparrosa verde, vitriolo verde, vitriolo de hierro. Se encuentra casi siempre en forma de sal heptahidratada, de color azul-verdoso.

El hierro es un mineral, la mayor parte de este se encuentra en el organismo en la hemoglobina de los glóbulos rojos y en la mioglobina de las células musculares. Es necesario para el transporte del oxígeno y del dióxido de carbono. En las mujeres embarazadas con anemia por deficiencia de hierro, los glóbulos rojos no pueden transportar suficiente oxígeno al cuerpo.⁷⁵

Así, la Enfermera Especialista Perinatal debe educar a la mujer embarazada que necesita de una alimentación saludable, ya que sus requerimientos nutricionales aumentan. Además, le debe indicar a la madre de la importancia del consumo ácido fólico y Sulfato ferroso para satisfacer las demandas del crecimiento y desarrollo del nuevo ser.

75. Id

- Valorar el incremento ponderal.

El registro de peso y talla se utiliza para cuantificar los gramos de masa corporal, y la distancia existente de la planta de los pies del individuo a la parte más elevada del cráneo. Una lectura correcta contribuye a la elaboración de un buen diagnóstico o la acción de un tratamiento específico.⁷⁶

Por lo tanto, la Enfermera Especialista Perinatal será la encargada de realizar la medición de peso y hacer los registros en el expediente y cartilla de embarazo.

- Recomendar una dieta sana en el embarazo.

La mejor forma de garantizar una alimentación adecuada en el embarazo será incluir en la dieta, alimentos que contengan todos los elementos básicos. A lo largo del día hay que tratar de comer por lo menos, un alimento de cada uno de los cuatro grupos para conseguir que la alimentación sea variada y equilibrada, teniendo el plato del bien comer en cuenta ya que de acuerdo a múltiples estudios tiene los requerimientos básicos suficientes para una buena alimentación.⁷⁷

76. Susana Rosales y Cols. Fundamentos de enfermería. 3ª ed. Manual Moderno. México, 2004.p177.

77. Id

Por lo tanto, la Enfermera Especialista Perinatal debe recomendar mantener una alimentación saludable a la madre, ingiriendo alimentos nutricionales, y usando diversas combinaciones del plato del bien comer el cual se divide en tres; frutas y verduras , cereales y tubérculos, leguminosas y alimentos de origen animal. Se recomienda el consumo estos grupos de alimentos y combinar los tres grupos e incluir por lo menos uno en cada comida.

- Conocer antecedentes heredo familiares.

Para conocer los antecedentes, se han diseñado múltiples listados con factores de riesgo a los cuales se les asigna un puntaje, los que sumados, indicarían la necesidad de que esa gestación se controle en el nivel primario, secundario o terciario de la atención prenatal. La evaluación de la condición materna se inicia con una anamnesis personal y familiar, en busca de patologías médicas que puedan influir negativamente en la gestación.⁷⁸

78. Secretaría de Salud, Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad hemolítica por isoimmunización al Rh en el recién nacido. Disponible en www.imss.gob.mx. México, 2010, p. 14, Consultado 1 de julio 2013.

Por lo tanto, la Enfermera Especialista Perinatal debe conocer todas las condiciones o factores pre-existentes que incrementan la probabilidad de complicación o daño en el embarazo actual para explicarle a la madre de los cuidados que ella requiere para que su embarazo se vea beneficiado. Recabar estudios de laboratorio.

- Evaluar estudios de laboratorio

Los estudios de laboratorio de rutina se realizan con base en la semana de gestación lo que ayudará a detectar y descartar posibles infecciones o padecimientos durante el embarazo.⁷⁹

Por lo tanto, la Enfermera Especialista Perinatal debe de interpretar cada uno de estos resultados y así aplicar el tratamiento requerido o valorar el procedimiento a seguir. De esta manera, se conocerá el estado de salud de la paciente y se evitarán complicaciones.

- Medición de fondo uterino

La salud materna y fetal son elementos fundamentales para un embarazo saludable, por ello, se debe realizar la medición del fondo

79. Id

uterino, midiendo la distancia en centímetros (cm), entre la parte media del fondo uterino y la parte superior de la sínfisis del pubis, a través de la pared anterior del abdomen.⁸⁰ Por lo tanto, la Enfermera Especialista Perinatal, debe de contar con los elementos teóricos y habilidades cognitivas que le permitan la adecuada interpretación de los datos obtenidos de la medición de la altura del fondo uterino, con la finalidad de identificar oportunamente anomalías en el crecimiento fetal y actuar de manera oportuna.

- En la atención

- Verificar peso y talla.

La verificación del peso y talla permite obtener medidas precisas de las dimensiones corporales de una persona. Así mismo, es la disciplina que se ocupa de la medición y comparación de las formas anatómicas, e incluye tanto el uso de índices como las medidas absolutas.⁸¹ Por ello, la Enfermera Especialista Perinatal deberá verificar en cada visita el peso y talla de la embarazada y realizar los registros correspondientes. Con ello se hará una valoración gráfica continua del peso en cada consulta para conocer su estado actual e intervenir en caso de detectar cambios súbitos de peso.

80. Angélica Rivera Montiel. Materiales de apoyo para el aprendizaje. Disponible en www.eneo.unam.mx. México 2008. Consultado 30 julio 2013.

81. Ibid p.177

- Valorar el estado respiratorio.

Para Patricia Castelli, al principio, el aumento en las hormonas del embarazo podría afectar la respiración de la madre, ya que hará que respire más hondo. Es posible que sienta que debe hacer un mayor esfuerzo por respirar. Más tarde, la respiración parecerá más difícil a medida que su útero aumenta de tamaño porque ocupa más espacio y empuja el diafragma. Una posición correcta permite la realización de un óptimo procedimiento.⁸² Por ello la Enfermera Especialista Perinatal debe valorar el estado en el que respira, procurando aplicar oxigenoterapia para mejorar el estado respiratorio.

- Valorar la presencia de signos de vaso-espasmo.

El vasoespasmo se produce por lesión hepática característica es la necrosis hemorrágica, encontrándose trombos de fibrina en los vasos, con exudados y hemorragia cuya tensión puede ser tan grande como para distender la cápsula hepática de Glisson, que en ocasiones se rompe y provoca una hemorragia masiva.⁸³

82. Patricia Castelli. Estados Hipertensivos del embarazo. Disponible en: <http://www.monografias.com.Mexico>. 2010, p. 2. Consultado 02 de julio de 2013

83. Ibid p189.

Se cree que esta distensión abdominal es causal del dolor epigástrico en barra. En el riñón también se encuentran cambios degenerativos y depósitos de fibrina en los pequeños vasos. Las células del endotelio capilar están edematizadas y presentan depósito de material amorfo en la membrana basal de dichos capilares. Los cambios observados en cerebro son: edema, hiperemia, isquemia focal, hemorragia y trombosis.⁸⁴

Entonces la Enfermera Especialista Perinatal debe enseñar a la embarazada a reconocer e identificar estos signos de los cambios que ponen en peligro la vida del feto e involucrar a sus familiares, para que conozcan el peligro en el que se encuentra la lesión.

- Realizar cambios de posición a la embarazada.

Para Martha Vázquez R. las lumbalgias de la embarazada se deben, en parte, al peso adicional que está llevando la madre. Durante el embarazo, el organismo también produce una hormona llamada relaxina, que ayuda a preparar al cuerpo para el parto.⁸⁵

84. Ibid p189.

85. Id

Uno de los efectos de la relaxina es el aflojamiento de los ligamentos de todo el cuerpo, lo que hace que las mujeres embarazadas estén menos estables y sean más proclives a lesionarse, en especial la espalda.⁸⁶

Por lo tanto, la Enfermera Especialista Perinatal debe recomendar a la madre que pruebe usar almohadas a fin de encontrar una posición cómoda para dormir. A algunas mujeres les resulta muy cómodo colocar una almohada debajo del abdomen o entre las piernas. Además, el uso de una almohada o una pequeña manta enrollada puede aliviar la presión en la región lumbar.

- Instalar un acceso venoso intravascular.

Los procedimientos relativos a la punción venosa y venoclisis, requieren una técnica aséptica. La elección del sitio de punción depende del propósito y duración del tratamiento, diagnóstico y condiciones de las venas del paciente, lo que implica, mantener y restituir el equilibrio hidroelectrolítico.⁸⁷

86. Martha Vázquez R. Cambios para el descanso de la embarazada 2012.México.Disponible en www.consumer.es, México, 2008, p. 22
Consultado el 02 de julio de 2013

87. Ibid p. 379

Por lo tanto, la Enfermera Especialista Perinatal debe instalar la venoclisis indicada, de manera, apropiada evitando la multipunción. De esta manera, permitirá el suministro de soluciones parenterales y medicamentos, etc.

- Monitorear la frecuencia cardiaca fetal.

La monitorización de la frecuencia cardiaca se realiza como un intento de generar un registro impreso continuo y simultáneo de la frecuencia cardiaca fetal y de las contracciones uterinas en tiempo real durante el trabajo de parto con el fin de monitorear el bienestar fetal.

La Auscultación Intermitente (AI) de la frecuencia cardiaca fetal se realiza con un estetoscopio de Pinard o Ecodoppler manual y Cardiotocografo (CTG) intermitente.⁸⁸ (Ver Apéndice No. 4: Monitorear la frecuencia cardiaca fetal)

Por lo tanto, la Enfermera Especialista Perinatal debe realizar el monitoreo de la frecuencia cardiaca fetal y valorar el estado del feto, así como de la actividad uterina.

88. Id

- Proporcionar oxígeno en caso necesario.

La mayoría de las mujeres embarazadas presentan disnea durante el embarazo. El aumento en los niveles de la hormona progesterona hace que se respire con más frecuencia. Esto puede sentirse como una falta de aire ya que esta hormona expande la capacidad de sus pulmones permitiendo que la sangre transporte cantidades grandes de oxígeno al feto. En el embarazo, la disnea ocurre cuando el útero en crecimiento toma más espacio en el abdomen al útero comprime y hace que otros órganos en su cuerpo se desplacen de posición.⁸⁹

Por lo tanto, la Enfermera Especialista Perinatal debe sugerir las posiciones alternativas y cómodas para descansar y poder respirar sin dificultad, así como las técnicas de respiración y relajación de la embarazada.

- Aplicar medicamentos.

Para Susana Rosales, la administración de medicamentos requiere del conocimiento sobre dosis, interacción, prescripción médica y las vías de administración.⁹⁰

89. Ibid p.189

90. Susana Rosales y Cols. Op cit. p. 360

El manejo de medicamentos con una técnica aséptica impide la alteración en su composición o estado de limpieza o esterilidad.⁹¹

Por lo tanto, la Enfermera Especialista Perinatal debe aplicar los medicamentos prescritos por la vía indicada, teniendo en cuenta los cinco correctos: paciente correcto, dosis correcta, medicamento correcto, horario correcto y vía de aplicación correcta.

- Verificar estudios de laboratorio

En la verificación de los estudios de laboratorio, se realizarán los siguientes exámenes: Hemograma (cuantifica el número de hematíes, el hematocrito, hemoglobina y los índices eritrocitarios), perfil bioquímico, grupo sanguíneo y RH, VDRL, HIV, orina completa y urocultivo. De existir patologías previas, complementar con exámenes relativos a esa patología. Entre la semana 22 y 28 se solicita una Curva de Tolerancia a la Glucosa (CTG) para descartar diabetes gestacional. En la semana 35 a 37 se toma una muestra de secreción vaginal para cultivo bacteriológico y para estreptococo grupo B u otro germen potencialmente patógeno para el feto.⁹²

91. Susana Rosales y Cols. Op cit. p. 360

92. Id

Por lo tanto, la Enfermera Especialista Perinatal debe recabar los estudios de laboratorio de la embarazada, lo que permitirá valorar el estado óptimo de la embarazada y establecer las medidas a tratar.

-En la rehabilitación.

- Aplicar medicamentos prescritos

La aplicación de medicamentos es el procedimiento por el cual se proporcionan elementos terapéuticos al organismo humano por diferentes vías. La planeación y atención del personal de enfermería están basadas en principios científicos, por lo que la identificación del medicamento evita o disminuye errores en la administración de estos. La interacción del medicamento puede originarse desde que el medicamento se encuentra fuera del organismo, hasta su eliminación.

93

Por ello, la Enfermera Especialista Perinatal debe colaborar en la aplicación de medicamentos prescritos y vigilar cualquier reacción no esperada.

- Orientar sobre métodos de planificación familiar.

La consejería en planificación familiar es una actividad que deben desarrollar todos los proveedores de servicios de salud. Es el proceso mediante el cual se ayuda a los usuarios a tomar decisiones informadas, voluntarias y confidenciales sobre su fecundidad. En muchas ocasiones, las mujeres, los hombres o las parejas desean retrasar el nacimiento de su primer hijo, espaciar el nacimiento entre ellos, o bien, no tener más hijos.⁹⁴

Por lo tanto, la Enfermera Especialista Perinatal debe otorgar consejería en planificación familiar la toma de decisiones de la pareja, no sólo para evitar un embarazo, sino para espaciarlos o limitarlos del todo por motivos personales o de salud. De igual forma, le mostrará los métodos más convenientes a su persona.

- Indicar medidas higiénico dietéticas.

94. Feliciano V. Gutara. Consejería de planificación Familiar, Disponible: <http://www.peliculaschingonas.com/2012> Perú. 2009.p. 19. Consultado 2 de julio 2013.

En el puerperio, hay un período en el que se producen transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional, que hacen regresar paulatinamente todas las modificaciones gravídicas. Esto se logra mediante un proceso involutivo, que tiene como fin restituir estas modificaciones a su estado pregrávido. Entre los cuidados primordiales está: el baño, limpieza de la piel y aseo de la herida, en el caso de haberla, etc.⁹⁵

Por lo tanto, la Enfermera Especialista Perinatal deberá ampliar los conocimientos de la puérpera para que conozca los cambios que aparecerán y los cuidados especiales que debe realizar así como medidas de urgencia en caso de requerirlo.

- Orientar sobre la lactancia materna.

Durante el embarazo, los Estrógenos, la Progesterona y la Prolactina, actúan sobre el tejido mamario (acinis y conductos galactóforos) estimulando su maduración morfológica y bioquímica necesaria para la futura lactancia. Por otra parte, la Progesterona participa en la prevención de la lactogénesis, y su disminución después del parto, favorece su inicio.⁹⁶

95. Nuria Martínez y Cols. Programa de atención perinatal. Disponible en Madrid.org. Madrid.2012. p. 5, Consultado el 02 de julio de 2013.

96. 89. Ana Luisa Argomedo M. & Cols, Guía del curso avanzado de lactancia materna, Ed. Asociación de prolactancia materna A. C., México, 2010, 258 pp.

Las hormonas mencionadas actúan sobre el hipotálamo (factores liberadores e inhibidores) y activan el factor inhibidor de la prolactina (PIF ó FIP). La succión del pezón induce la secreción de oxitocina por la hipófisis. Debe la derivación hormonal de estrógenos y progesterona así como la desaparición de la inhibición del FIP, aumentar la prolactina para comenzar la lactancia.⁹⁷

Entonces, la Enfermera Especialista Perinatal debe enseñar a la embarazada el cuidado específico que debe mantener para preparar los pezones, así como asear las mamas y los pezones con agua limpia. Además le debe orientar que aplique una gota de calostro sobre el pezón para lubricarlo y que si los pezones son planos o pequeños, deberá realizar todos los días ejercicios de estiramiento de pezones, colocando los pulgares a cada lado del pezón, y separando los pulgares uno de otro.

97. Ana Luisa Argomedo M. & Cols, Op Cit p.

3. METODOLOGÍA

3.1. VARIABLES E INDICACIONES

3.1.1 Dependiente: Intervenciones de Enfermería Especializada Perinatal en mujeres embarazadas con Polihidramnios

- En la prevención

- Informar del control prenatal a la embarazada.
- Orientar sobre los cambios fisiológicos del embarazo a la madre.
- Orientar sobre los cambios psicológicos en el embarazo
- Aplicar Inmunizaciones.
- Informar sobre la importancia de ingerir el Ácido Fólico y el Fumarato Ferroso.
- Registrar peso y talla.
- Recomendar una dieta sana en el embarazo.

- Conocer antecedentes heredofamiliares.
- Recabar estudios de laboratorio.

-En la atención

- Identificar a la embarazada por su nombre
- Verificar peso y talla.
- Valorar el estado respiratorio.
- Valorar la presencia de signos de vasoespasmo.
- Realizar cambios de posición a la embarazada.
- Instalar un acceso venoso intravascular.
- Monitorear frecuencia cardiaca fetal.
- Proporcionar oxígeno en caso necesario
- Aplicar medicamentos.
- Verificar estudio de laboratorios.

-En rehabilitación

- Monitorizar signos vitales.
- Aplicar medicamentos prescritos.
- Orientar sobre métodos de planificación familiar.
- Indicar medidas higiénico-dietéticas.
- Orientar sobre Lactancia materna.

3.1.2 Definición Operacional: Mujer Embarazada con Polihidramnios

- Concepto de Polihidramnios

El Polihidramnio es el aumento de volumen de líquido amniótico cuando sobrepasa 2000 ml., en el tercer trimestre de la gestación.

-Etiología

El polihidramnio se produce por un desequilibrio entre las entradas y salidas de líquido amniótico. A favor de las entradas podemos definir tres grupos en las causas de Polihidramnios: Entre las causas maternas están un mal control metabólico por Diabetes (principalmente tipo 1) Isoinmunización RH, embarazos múltiples,

tratamiento con litio y causas placentarias que se acompañan de aumento de líquido amniótico (ex coriangioma).

-En las Causas fetales

Hay descritas múltiples patologías. Las más frecuentes son las de tubo digestivo, así como cualquier causa que produzca la obstrucción o cualquier nivel: atresia esofágica, hernia diafragmática, estenosis duodenal, páncreas anular etc. Alteraciones de la deglución como la fisura palatina. Todas ellas se asocian a un exceso de líquido amniótico.

-Epidemiología

El Polihidramnio agudo constituye el 2%, se presenta en el segundo trimestre de la gestación y se asocia muy frecuentemente a malformaciones fetales severas, al parto pretérmino y a una morbilidad y mortalidad perinatal elevadas. El Polihidramnios crónico constituye el 98% y se presenta en el tercer trimestre de la gestación y aunque los riesgos materno fetales son menores que en polihidramnios agudos, son más elevados que en el embarazo normal.

-Sintomatología

Los signos más frecuentes que acompañan al Polihidramnio son causas mecánicas que son resultado principalmente de la compresión ejercida por el útero sobredistendido sobre estructuras adyacentes. Así, las gestantes con Polihidramnio agudo pueden llegar a presentar disnea severa y en casos extremos, necesitan respirar en posición vertical. Presentan además dolor abdominal por la compresión del sistema nervioso en el útero sobre distendido y suele ser acompañado por edema que aparece en miembros inferiores, vulva y abdomen interior.

-Diagnóstico

En el examen físico se advierte un útero muy aumentado de tamaño para la edad gestacional y existirá dificultad para palpar las partes fetales y auscultar los latidos cardiacos del feto. Además de realizar pruebas confirmatorias a través de la ecografía, rayos X, resonancia magnética y ultrasonido se confirman con pruebas de laboratorio para descartar diabetes mellitus, Diabetes gestacional, u otro tipo de patologías.

-Tratamiento

La conducta clínica consiste en un diagnóstico ecográfico e investigación etiológica. De acuerdo a la valoración ecográfica de la anatomía y crecimiento fetal se requiere un estudio con Doppler para diagnosticar una insuficiencia placentaria. En estos casos, se realiza

un control exhaustivo del bienestar fetal, preparación eventual parto pretérmino si procede mediante la administración corticosteroides para acelerar la maduración pulmonar.

En gestación postérmino e insuficiencia placentaria, se aconseja terminar la gestación. De igual forma, en caso de rotura de membranas, terminar con el embarazo idealmente antes que aparezca sufrimiento fetal.

En las formas iatrogénicas hay que eliminar la medicación en las malformaciones esto dependerá del tipo y de la severidad. Normalmente acaba la gestación por inviabilidad de la malformación. También se puede recurrir a Amniotomía de la cavidad amniótica con suero salino al 37%.

-Intervenciones de Enfermería Especializada

En la Prevención la Enfermera Especialista Perinatal debe realizar el control prenatal a la embarazada, orientar de los cambios fisiológicos del embarazo, orientar sobre los cambios psicológicos en el embarazo, recomendar sobre los signos de alarma, aplicar inmunizaciones, informar sobre la importancia del Ácido fólico y el Fumarato ferroso, registrar peso y la talla, recomendar tener una dieta sana en el embarazo, conocer antecedentes heredo familiares y recabar estudios de laboratorio.

En la Atención la Enfermera Especialista Perinatal debe identificar a la embarazada por su nombre, verificar su peso y talla, valorar el estado respiratorio, observar la presencia de signos de vasoespasmo, realizar cambios de posición a la embarazada, instalar acceso venoso intravascular, monitorizar la frecuencia cardiaca fetal, proporcionar oxígeno en caso de requerirlo, aplicar medicamentos prescritos y verificar laboratorios.

En la Rehabilitación la Enfermera Especialista Perinatal debe orientar a la mujer embarazada sobre la monitorización de signos vitales, aplicar medicamentos, orientar sobre métodos de planificación familiar, indicar medidas higiénico dietéticas y orientar sobre la lactancia materna.

3.1.3 Modelo de relación de influencia de la variable



3.2 TIPO Y DISEÑO DE LA TESIS

3.2.1 Tipo

El tipo de investigación documental que se realiza es descriptiva, analítica, transversal, diagnóstica y propositiva.

Es descriptiva porque se describe ampliamente el comportamiento de la variable Intervenciones de Enfermería Especializada en mujeres embarazadas con Polihidramnios.

Es analítica porque para estudiar la variable Intervenciones de Enfermería Especializada en mujeres con Polihidramnios, ha sido necesario descomponerla en sus indicadores básicos: en la prevención, en la atención y en la rehabilitación.

Es transversal porque esta investigación documental se hizo en un período corto de tiempo. Es decir, en los meses de Abril, Mayo, Junio del 2013.

Es diagnóstica porque se realizó un diagnóstico situacional de la variable intervenciones de Enfermería Especializada Perinatal en pacientes con mujeres con Polihidramnios, en el Hospital Comunitario de Tlaxco, Tlaxcala.

Es propositiva porque para intervenir a una mujer embarazada con Polihidramnios fue necesario proponer una serie de intervenciones especializadas de Enfermería en la prevención, en la atención y en la rehabilitación.

3.2.2 Diseño de tesina.

El diseño de la Tesina se ha estructurado con base en los siguientes aspectos.

- Asistencia a un Seminario taller de elaboración de Tesinas en las instalaciones del Hospital Infantil de Tlaxcala, Tlaxcala
- Búsqueda de una problemática de investigación de Enfermería Especializada relevante en las intervenciones de la Especialidad de Enfermería Perinatal.
- Elaboración de los objetivos de la Tesina así como el Marco Teórico conceptual y referencial.
- Asistencia a la biblioteca en varias ocasiones para elaborar el Marco Teórico conceptual y referencial del Polihidramnios en la Especialidad en Enfermería Perinatal.
- Búsqueda de los indicadores de la variable intervenciones de Enfermería en mujeres embarazadas con Polihidramnios.

3.3 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN UTILIZADAS

3.3.1 Fichas de Trabajo

Mediante las fichas de trabajo ha sido posible recopilar toda la información para elaborar el Marco Teórico. En cada fecha se anotó el Marco Teórico conceptual y el Marco Teórico diferencial, de tal forma que, en las fichas fue posible clasificar y ordenar el pensamiento de los autores y las vivencias propias de la atención de Enfermería Especializada Perinatal, en mujeres embarazadas con Polihidramnios.

3.3.2 Observación

Mediante esta técnica se pudo visualizar la importante participación que tiene la Enfermera Especialista Perinatal en atención de la mujer embarazada con Polihidramnios en el Hospital comunitario de Tlaxco, Tlaxcala.

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES.

Se lograron los objetivos de esta tesina al poder analizar las intervenciones de la Enfermera Especialista Perinatal en mujeres embarazadas con Polihidramnios.

Se pudo demostrar la importante participación que tiene la Enfermera Especialista Perinatal en la prevención, en la atención y en la rehabilitación de las mujeres con Polihidramnios. A continuación se dará a conocer las cuatro áreas básicas de intervención de la Especialista Perinatal en la atención a las pacientes. Por ejemplo, en servicios, en la docencia, en la administración y en la investigación, como a continuación se explica.

-En Servicios

En servicios la Especialista Perinatal tiene tres áreas fundamentales que cuidar con las pacientes: La prevención, la atención y la rehabilitación.

-En la prevención

En la prevención, la Especialista Perinatal debe informar del control prenatal a la embarazada, orientar sobre los cambios fisiológicos y psicológicos en el embarazo, aplicar inmunizaciones, Informar sobre la importancia del Ácido Fólico antes y durante el embarazo así como del consumo del Fumarato ferroso, registrar peso y talla, recomendar

tener una dieta sana en el embarazo, conocer los antecedentes heredo familiares, recabar estudios de laboratorio.

-En la Atención

En la atención, la Especialista Perinatal debe estar siempre atenta y preparada y valorar a las pacientes embarazadas identificándolas por su nombre, tomar signos vitales, verificar peso y talla, valorar el estado respiratorio, observar la presencia de datos de vaso espasmo, realizar cambios de posición a la embarazada e instalar un acceso venoso intravascular. Además la especialista debe monitorizar la frecuencia cardiaca fetal, proporcionar oxígeno en caso de requerirlo, aplicar medicamentos, verificar muestras de laboratorio y detectar anemia y otras afecciones ya que permite observar cambios importantes que se van produciendo en la sangre materna o a lo largo del embarazo. Además permite detectar oportunamente problemas que pudieran ocasionar complicaciones del embarazo.

-En la Rehabilitación.

La Especialista debe explicar a la paciente la importancia de la monitorización de signos vitales ya que de esta manera podrá conocer su estado de salud general y aplicar medicamentos prescritos. Así mismo, indicar medidas higiénico-dietéticas que debe realizar en el hogar como el baño diario, higiene perianal en el que se recomienda

hacer aseo tres veces al día, mantener la episiorrafía limpia y seca cubierta con un apósito. La dieta de la embarazada se sugiere liviana con alimentos que ayuden a la evacuación intestinal, Luego de la primera evacuación intestinal se le indicara una dieta general rica en leche y sus derivados, frutas, verduras, carnes, deberá continuar la suplementación con hierros y vitaminas.

Además, se aconsejará la movilización y deambulacion precoz, para evitar con esta medida la estasis circulatoria que predisponen a las tromboflebitis, favorecer la eliminación loquial y facilitar la pronta recuperación de la puérpera. En relación a su vida sexual, se recomendará no reiniciarla hasta que desaparezcan los loquios. Se le darán las informaciones correspondientes sobre anticoncepción y se la citara para control a la semana del alta, si no aparecen complicaciones. En casos de cesárea abdominal, se siguen las indicaciones propias de los post operatorios, además de orientar sobre lactancia materna que debe iniciar lo antes posible.

-En Docencia.

El aspecto docente de las intervenciones de Enfermería Especialista Perinatal incluye la enseñanza y aprendizaje del paciente y su familia. Para ello, la Especialista debe explicar al paciente el proceso normal del embarazo, su crecimiento y desarrollo y como este puede alterarse. La explicación incluye hacer unos dibujos de la placenta y el líquido amniótico, feto y como es que se complica. También debe

explicarle la utilización de fármacos y porque deben tomarse en la hora, la dosis, la vía y la vía correcta ya que estos actúan directamente en el feto. La parte fundamental de la capacitación que reciben los pacientes de la Especialista son las modificaciones de los factores de riesgo. Por ejemplo, aquellas pacientes que presentan Diabetes deben pensar muy bien en embarazarse sin un control previo, ya que tienden a tener productos macrosómicos así como padecer de hipoglicemia.

Las pacientes en tratamiento con trastorno bipolar es decir, que provienen de episodios de la manía (frenesí, estado de ánimo anormalmente excitado, trastorno maníaco depresivo deben asistir a consulta previa a embarazarse ya que los riesgos que pueden presentar son malformaciones fetales.

Las mujeres con Rh negativo que productos presentan isoimmunización al Rh, es importante el control prenatal ya que en este periodo se realizan estudios de laboratorio, cuidados específicos de la mujer como la administración de ácido fólico que previene malformaciones del tubo neural, anencefalia y labio y paladar hendido así como ayuda a la producción de células fetales, además previene los nacimientos prematuros La ingesta de ácido fólico no sólo beneficia al bebé, sino también a personas de todas las edades.

-En Administración.

La Enfermera Especialista ha recibido durante la carrera de enfermería enseñanzas de administración de los servicios por lo que está capacitada para planear, organizar, dirigir y controlar los cuidados especializados. Por ello, es necesario que la Especialista con base en la valoración que ella realice del paciente, debe planear los cuidados teniendo como meta principal el minimizar las molestias al paciente y asegurar su pronta rehabilitación.

Los cuidados especializados así como se planean se podrán evaluar. Esta evaluación está encaminada a retroalimentar y corregir todas las desviaciones de la actuación profesional para lograr una evolución positiva del paciente y su pronta recuperación.

-En la investigación.

El aspecto de investigación permite a la Especialista hacer proyectos de investigación, diseños de investigación o protocolos derivados de la actividad profesional que la Enfermera realiza. Por ejemplo, la Especialista puede estudiar los factores de riesgo en las pacientes con Polihidramnios por ejemplo: el control metabólico por Diabetes (principalmente tipo 1) o la isoimmunización Rh, el Toxoplasma, Parvovirus B19, CMV, lues (RPR/VDRL y Elisa), así como también estudios relacionados con la interacción de la familia y los pacientes.

De igual forma, la Especialista Perinatal puede estudiar en materia de investigación como afrontar el paciente y su familia en el embarazo y Polihidramnios, que complicaciones tiene esta patología, los diagnósticos de enfermería de riesgo de este tipo de pacientes y los planes de atención, etc. son temáticas que la Especialista debe analizar en sus investigaciones en beneficio de los pacientes.

4.2 RECOMENDACIONES.

-En el preconcepcional

- Acudir a consulta al momento que la paciente quiera quedar embarazada, para identificar posibles riesgos y administrar ácido fólico, que es una vitamina necesaria para evitar de forma oportuna posibles malformaciones.
- Planificar un embarazo y cuidarse antes de quedar embarazada ya que es de suma importancia acudir a consulta preconcepcional ya que se valoran los posibles factores de riesgo como enfermedades crónicas tal como la diabetes, tiroides, enfermedades cardiacas, etc.
- Recibir tratamiento por una afección crónica, como la Diabetes, el asma, la hipertensión (tensión arterial alta), un problema cardíaco, alergias, el lupus (un trastorno inflamatorio que puede afectar a varios

sistemas del organismo), depresión u otro tipo de dolencia, pero que no afecte el embarazo.

- Hablar con el profesional de la salud de la embarazada que vaya a llevar el embarazo, sobre los hábitos que suponen un riesgo para el bebé, como el fumar y beber alcohol.
- Realizar la exploración general a la embarazada que incluye toma de tensión arterial, peso y talla y una exploración de los principales órganos del cuerpo.
- Proporcionar carnet o documento de Salud de la Embarazada o Cartilla maternal donde se registrarán cada una de las consultas a las que acuda, concentrando información personal y donde se llevan a cabo acciones específicas del embarazo.
- Estimar las semanas del embarazo basándose en la exploración física y la fecha de su última menstruación. Esta información se utilizará para predecir la fecha aproximada del parto.
- Solicitar análisis clínicos de sangre, orina o especiales tal como la prueba de Tolerancia a la glucosa, para que estén registrados y se pueda dar atención en forma oportuna.
- Desarrollar actividades educativas, según las necesidades identificadas con base a factores de riesgo fisiológico. Así mismo, se

debe evaluar la habilidad de la madre para aplicar el aprendizaje obtenido durante las sesiones educativas.

- Estimular, promover y facilitar la participación de la pareja durante todo el proceso, brindándole apoyo psicológico a ambos, además de fomentar el acompañamiento en cada una de las consultas que tenga que acudir.
- Aconsejar el cuidado odontológico de la madre, tanto en la etapa previa al embarazo como durante la gestación ya que la consulta odontológica asegura una correcta salud bucal en la embarazada.

-En el embarazo

- Reconocer el retraso del ciclo menstrual como base del periodo de gestación. Además, puede tener la sensación de hinchazón, hormigueo, e incluso molestias, en el pecho. También se pueden notar ligeras molestias en la parte baja del vientre, y en algunas ocasiones, náuseas. Es importante saber, lo antes posible, si la paciente está embarazada.
- Medir el tamaño del útero de la paciente para valorar el progreso en el crecimiento del feto o escuchar el latido fetal para fomentar a salud.

- aconsejar a las embarazadas con factores de riesgo que eviten las jornadas laborales prolongadas, en especial si su actividad se realiza de pie durante largos periodos de tiempo, así como los trabajos que impliquen actividad durante las horas de la noche.
- Orientar a la embarazada para que coma de forma saludable especialmente durante el embarazo, asegurarse de que las calorías que ingiere proceden de alimentos nutritivos que contribuirán al crecimiento y desarrollo del bebé.
- Mantener en la embarazada una dieta saludable y equilibrada con nutrientes esenciales (como: calcio, hierro y ácido fólico). Para ello el profesional de la salud, la Especialista deberá supervisar el embarazo y recetándole vitaminas prenatales para estar seguro de que tanto la madre como su bebé en proceso de crecimiento, se estén alimentando bien.
- Dar calcio a la mujer embarazada, ya que la mayoría de ellas, de especialmente de diecinueve años en adelante no suelen ingerir diariamente los 1.000 mg de calcio recomendados. Dado a que los requerimientos de calcio de un bebé en proceso de crecimiento son altos, la madre debe aumentar el aporte de calcio para impedir que se le descalcifiquen los huesos.
- Orientar a la embarazada a que tome Hierro, ya que ellas necesitan ingerir aproximadamente 30 mg de hierro cada día, porque

el hierro es necesario para fabricar hemoglobina, el componente de los glóbulos rojos encargado de transportar oxígeno. De hecho, los glóbulos rojos circulan por el cuerpo para transportar oxígeno a todas las células.

- Recomendar a la mujer embarazada la ingesta de Ácido fólico ya que todas las mujeres en edad de procrear (sobre todo aquellas que quieran quedarse embarazadas) requieren tomar un suplemento de 400 microgramos (0,4 mg) de ácido fólico cada día, aparte del ácido fólico ingerido a través de la dieta.

- Orientar a la embarazada a que tome abundantes líquidos, sobre todo agua, durante el embarazo. El volumen sanguíneo de una mujer aumenta espectacularmente durante el embarazo y beber suficiente agua cada día puede ayudarle a evitar problemas como la deshidratación y el estreñimiento.

- Recordar a la embarazada que en el tercer mes del embarazo se inician cambios externos en el cuerpo, salvo el aumento de tamaño de los senos, por lo que se sugiere el uso de ropa holgada y cómoda de fibras naturales. La Especialista Perinatal debe orientarla para que evite el uso de ligas, cinturones, utilice un sostén adecuado con tirantes gruesos para proteger sus mamas, utilice el calzado cómodo con poco tacón y base ancha para facilitar la estabilidad y el equilibrio.

- Cuidar en la embarazada la higiene personal, ya que durante el embarazo aumenta la sudoración y el flujo vaginal. Por ello, es recomendable el baño diario con jabón suave neutro, posteriormente el uso de crema hidratante para el cuerpo sobre todo en las zonas que van a sufrir mayor estiramiento como: abdomen, pecho y muslos.
- Orientar a la embarazada a que mantenga paciencia durante el embarazo, ya que va a tener menor tolerancia al ejercicio físico. Por eso, es conveniente que realice ejercicio moderado de forma regular que le va a proporcionar bienestar físico, mejora en el sueño, en la circulación y en el tono muscular.
- Limitar el ejercicio aeróbico de gran impacto en la embarazada y evitar los deportes o actividades que conllevan un riesgo de caídas y/o de lesiones abdominales. Entre las actividades prohibidas durante el embarazo se incluyen los deportes de contacto, el esquí alpino, el submarinismo, y la equitación.
- Recordar a la embarazada que el tipo de ejercicio que elija, debe hacer descansos frecuentemente e ingerir abundantes líquido y dejarse guiar por el sentido común. Es decir, si nota que le falta el aliento, se empieza a encontrar mal o tiene alguna molestia, baje el ritmo o interrumpa la actividad. Si tiene alguna duda sobre la práctica de determinada actividad o deporte durante el embarazo, debe consultar al médico para que le dé recomendaciones específicas al respecto.

- Realizar ejercicios de Kegel para fortalecer los músculos del piso pélvico que se debilitan por el embarazo y el parto, pudiendo causar pérdidas de orina. Estos ejercicios se deben practicar antes, durante y después del embarazo varias veces al día ya que no necesita ninguna preparación, ni lugar especial, pudiendo realizar en cualquier momento del día. Los ejercicios mencionados consisten en contraer los músculos del periné durante unos segundos y relajarlos (es algo parecido a lo que se hace cuando se interrumpe eliminación de orina).
- Mantener una postura en el sueño, que le resulte más cómoda a medida que vaya avanzando el embarazo. Ésta podrá ser estirada sobre un costado con las rodillas flexionadas. Además, esta postura facilita la función cardíaca, porque impide que el peso del bebé comprima las grandes venas y arterias que transportan sangre entre el corazón y las extremidades inferiores. Estirarse sobre un costado, también ayuda a prevenir las varices, el estreñimiento, las hemorroides y las piernas hinchadas.
- Evitar el consumo de alcohol en la embarazada, aunque beberse una copa de vino a la hora de cenar o tomarse una cerveza con los amigos de vez en cuando puede parecer inofensivo, ya que nadie ha determinado cuál es la "cantidad segura" de alcohol que se puede tomar durante el embarazo. Es bien sabido que el alcohol, una de las causas más frecuentes de anomalías congénitas mentales y físicas, puede provocar problemas graves en un feto en proceso de desarrollo.

- Vacunar a la embarazada, para protegerla a ella y al neonato del tétanos. Esta inmunización debe ser realizada con dos dosis, la primera de ellas entre las semanas 20 y 24 y la segunda entre las 26 y 32 semanas. Las embarazadas que han recibido dosis previas deben recibir una sola dosis (refuerzo) en el embarazo actual.
- Cuidar las mamas y prepararlas para hacer más fácil y efectivo el amamantamiento, con las siguientes acciones: Dar masajes de afuera hacia adentro, desde la base hasta el pezón, para favorecer el llenado y la salida de la leche. Jalar y girar con suavidad el pezón varias veces y usar brassier perforado en el centro, del tamaño de la areola para favorecer la formación del pezón. Ofrecer al bebé la leche desde el primer día (llamada calostro) ya que contiene gran cantidad de sustancias protectoras para el niño.

-En el puerperio

- Recomendar a la madre la ducha a diario y lavar la cabeza si lo desea, pero no evitar el baño hasta que no finalice el puerperio, el cual mejorará su bienestar y ayuda a eliminar impurezas.
- Cuidar, si durante el parto le han realizado una episiotomía (herida con puntos en el periné para facilitar la salida del niño en el parto), el mantener la herida siempre seca y limpia. Para ello debe

cambiarse frecuentemente de compresa y limpiar la zona tras defecar; siempre de delante hacia atrás.

- Utilizar ropa íntima cómoda y holgada especialmente, la ropa interior de algodón. No es necesario realizar curaciones de la episiotomía con productos antisépticos. Los puntos de la episiotomía se caen solos sobre el séptimo día.

- Apegar al seno materno inmediato a su hijo fortalecerá el vínculo madre-hijo, y además le proporcionara propiedades protectoras: menor riesgo de enfermedades especialmente infectocontagiosas (bronquitis, otitis, diarrea), debido al paso de anticuerpos a través de la leche desde la madre hacia el niño. Además, la leche, proporciona propiedades nutricionales: la leche materna constituye el mejor alimento, para el niño ya que tiene temperatura ideal, composición ideal para la digestión del niño, cantidad justa durante el día, es higiénica y ya que pasa directo del pecho de la madre a la boca del niño y permite un crecimiento y desarrollo adecuado.

- Orientar a la madre a que acuda de forma inmediata al Hospital si llegara a presentar hemorragia, fiebre, hinchazón, mareos, dolor de cabeza, loquios con mal olor, enrojecimiento de la herida ya sea de la episiotomía o de la cesárea.

5. ANEXOS Y APÉNDICES

- ANEXO N° 1 EMBARAZADA CON POLIHIDRAMNIOS
- ANEXO No.2 VISTA LATERAL DEL POLIHIDRAMNIOS
- ANEXO No.3 EMBARAZADA CON POLIHIDRAMNIOS EN
ULTRASONIDO
- ANEXO No.4 PROCESO DE EMBARAZO CON
POLIHIDRAMNIOS
- ANEXO No.5 ECOGRAFÍA DEL EMBARAZO
- ANEXO No. 6 AMNIOCENTESIS EN UNA EMBARAZADA
CON POLIHIDRAMNIO
- ANEXO No.7 BOLSA AMNIÓTICA CON POLIHIDRAMNIOS
- APÉNDICE No.1 FACHADA DEL HOSPITAL COMUNITARIO
DE TLAXCO, TLAX.

APÉNDICE No.2 PALPACIÓN DEL FETO EN EL HOSPITAL
COMUNITARIO DE TLAXCO.

APÉNDICE No.3 CONSULTA PRENATAL A LA EMBARAZADA

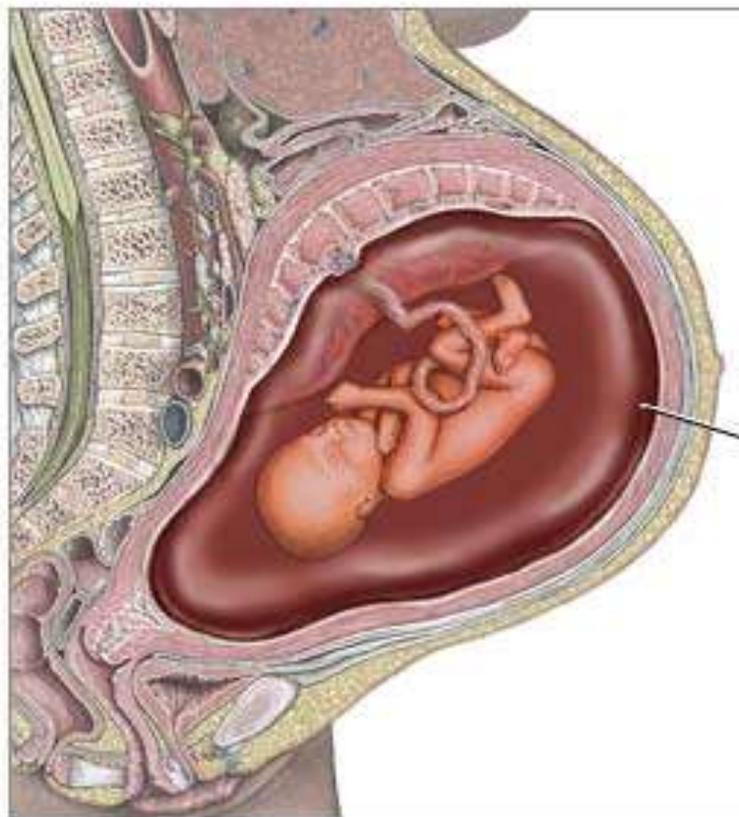
APÉNDICE No.4 MONITOREO DE LA FRECUENCIA
CARDIACA FETAL

ANEXO N° 1
EMBARAZADA CON POLIHIDRAMNIOS



FUENTE: Saludaollatina.com. Embarazada con polihidramnios,
Disponible en: www.salud.aollatino.com. Washington, 2008, p. 1
Consultada el 10 julio de 2013.

ANEXO No.2
VISTA LATERAL DE POLIHIDRAMNIOS



Polihidramnios
es el exceso
de líquido
amniótico
que rodea
al feto

ADAM.

FUENTE: ADAM.com. Vista lateral de Polihidramnios. Disponible en: healt.shorehealth.org/graphics/imagenes/es/17123.jpg, Madrid, 2012, p.1. Consultada 7 de junio 2013.

ANEXO No.3
EMBARAZADA CON POLIHIDRAMNIOS EN ULTRASONIDO



FUENTE: www.iqb.com. Embarazada con Polihidramnios en estudio de Ultrasonido. Disponible. www.iqb.hn/publicaciones/suplementosalud-protejasu-embarazo. Honduras, 2013. p. 1, Consultado el 5 de junio de 2013.

ANEXO No.4
PROCESO DE EMBARAZO CON POLIHIDRAMNIOS



FUENTE: Dueñas, Joaquina, Proceso de embarazo con polihidramnios. Disponible en: www.mujerhoy.com., México., 2013, p. 1, Consultada 5 de junio 2013.

ANEXO No.5

ECOGRAFÍA DEL EMBARAZO



FUENTE: Gabi Gonzalo. Ecografía del embarazo. Disponible en: www.Ajilbab.com, México, p. 1, Consultada el 5 de junio 2013

ANEXO No. 6

AMNIOCENTESIS EN UNA EMBARAZADA CON POLIHIDRAMNIO



FUENTE: Eltz. R; David, Amniocentesis., Disponible en: www.elebarazo.net, Washington, 2012, p. 1. Consultado 5 de junio de 2013.

ANEXO No.7
BOLSA AMNIÓTICA CON POLIHIDRAMNIOS



FUENTE: Mestre, Cristina. Bolsa amniótica con Polihidramnios. Disponible en: www.reproduccionasistida.com/imagenes, Madrid, 2012, p. 1, Consultada el 5 de junio 2013.

APÉNDICE No.1
FACHADA DEL HOSPITAL COMUNITARIO DE TLAXCO, TLAX.



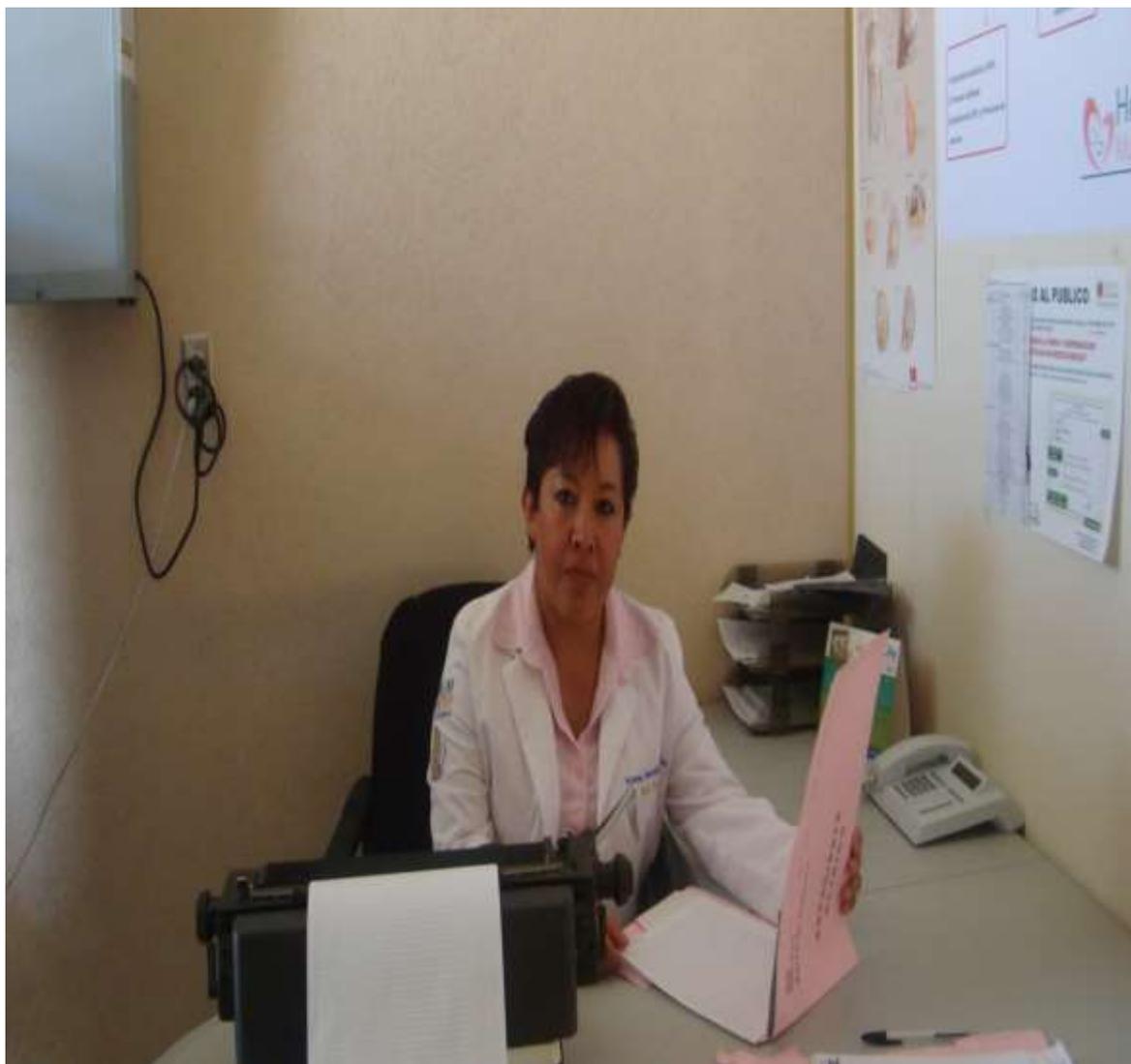
FUENTE: Hernández V; Ivonne. Fachada del Hospital Comunitario de Tlaxco, Tlaxcala, 2013.

APÉNDICE No.2
PALPACIÓN DEL FETO EN EL HOSPITAL COMUNITARIO DE
TLAXCO.



FUENTE: Misma del Apéndice N°1.

APÉNDICE No.3 CONSULTA PRENATAL A LA EMBARAZADA



FUENTE: Misma del Apéndice N°1.

APÉNDICE No.4
MONITOREO DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL



FUENTE: Misma del Apéndice N°1.

6. GLOSARIO DE TÉRMINOS

ÁCIDO FÓLICO: Es una vitamina del complejo B. Es una coenzima fundamental en la síntesis de bases púricas y piridínicas de diversos aminoácidos y para la síntesis del ADN y ARN. La Homocisteína, un aminoácido de transición, requiere mayor demanda durante el embarazo, lactancia y puerperio, ya que previene defectos del tubo neural, (Cabeza, Columna vertebral) Además, favorece la salud del corazón, previene la anemia y algunos tipos de cáncer.

ALFAFETOPROTEÍNA: Es la proteína producida por el feto que se excreta al líquido amniótico. Los niveles anormales de alfafetoproteína pueden indicar la presencia de defectos del cerebro o la médula espinal, fetos múltiples, error en el cálculo de la fecha de parto o trastornos cromosómicos.

ALIMENTACIÓN: Es acto de satisfacer las necesidades de nutrientes en el organismo. Durante el embarazo las necesidades nutricionales serán ligeramente mayores, pero no significa que tenga que comer por dos. La alimentación debe ser completa y variada. Debe aumentar en su dieta alimentos ricos en hierro, ácido fólico, ricos en yodo y calcio.

AMNIOCENTESIS: Es la intervención obstétrica en la que se realiza una función en el útero materno, bajo el control ecográfico para guiar la aguja y evitar lesiones de las estructuras fetales o placentarias.

Permite obtener una muestra de líquido amniótico que se remite al laboratorio para efectuar los oportunos análisis bioquímicos y cromosómicos. Para la práctica de esta técnica, se desplaza el feto con una ligera presión de la mano sobre el vientre de la embarazada y se punciona este con una aguja que penetra hasta la cavidad amniótica.

CARIOTIPO: Es la imagen cromosómica completa de un individuo o especie descrita en términos de números, forma, tamaño y distribución en el núcleo. Se obtiene por microfotografía de una célula tomada durante la metafase de la mitosis. Implica la representación diagramática del contenido cromosómico de un individuo o especie, distribuyendo los cromosomas en pares, de mayor o menor tamaño y según la posición del centrómero.

CONTROL PRENATAL: Incluyen diversos procesos y evaluaciones que se realizan de manera sistemática para estudiar el estado de salud de la embarazada y del feto. El objetivo es prevenir, diagnosticar y eventualmente, tratar aquellos trastornos que pueden incidir en lo normal desarrollo del embarazo. El control prenatal, por lo tanto, consiste en analizar cómo avanza el embarazo para que, llegando el parto, este se produzca sin problemas, con la madre y el niño en un buen estado de salud.

CORANGIOMA PLACENTARIO: Es un tumor placentario común, llegando hasta presentarse en el 1% de todos los embarazos. Este tipo de lesiones pueden pasar inadvertidas y sólo son diagnosticadas al realizar estudios de anatomía patológica, sin embargo, cuando alcanzan tamaños superiores a los 4-5 centímetros pueden llegar a presentar lesiones, tanto en el producto como en la madre.

CURACIÓN: Es el acto o proceso de curarse o del restablecimiento de la salud. La curación puede ser física o psicológica y no sin la recepción mutua de estas dos dimensiones de la salud humana. Es el proceso mediante el cual las células del cuerpo se regeneran y reparan para reducir el tamaño de una zona dañada o necrótica y sustituirlo por un tejido nuevo.

DIABETES GESTACIONAL: Es el trastorno caracterizado por defecto en la capacidad para metabolizar los carbohidratos. Habitualmente se debe a una deficiencia de insulina y aparecerse durante el embarazo desapareciendo después del parto, aunque en algunos casos residirá años después. Existen pruebas de que el lactógeno placentario y la considerable destrucción de insulina por la placenta desempeñan un papel importante en la diabetes gestacional. El tratamiento consiste en la administración de inyecciones de insulina, aparte de una dieta rica en proteínas e ingesta adecuada de hierro y calcio. En ninguna de los casos se intenta anular la glucosuria.

DIABETES MELLITUS: Es el trastorno complejo del metabolismo de los carbohidratos, grasa y proteínas debido fundamentalmente a una falta relativa o absoluta de secreción de insulina por parte de las células beta del páncreas. Esta enfermedad suele ser familiar, pero también puede ser adquirida como sucede en el síndrome de Cushing secundario a la administración de una cantidad de glucocorticosteroides. El comienzo de la infección es brusco en los niños y generalmente insidioso en los adultos. Su evolución es típicamente progresiva y se caracteriza por: poliuria, polidipsia, pérdida de peso, polifagia, hiperglucemia y glucosuria.

DISNEA: La disnea es una dificultad respiratoria que suele traducirse en falta de aire. Se deriva de una sensación subjetiva de malestar que suele originarse en una respiración deficiente, englobando sensaciones cualitativas distintas y de variable intensidad. Esta experiencia se origina a partir de interacciones en las que intervienen factores fisiológicos, psicológicos, sociales y ambientales múltiples que pueden a su vez inducir desde respuestas fisiológicas a comportamientos secundarios. Se puede distinguir: Disnea de esfuerzo, de decúbito, de presencia nocturna, de reposo.

ECOGRAFÍA: Es la técnica de diagnóstico por imágenes basadas en la utilización de ultrasonidos que se aplican sobre el organismo y se reflejan con una intensidad proporcional a la densidad de los tejidos de los cuales inciden. El reflejo de estas ondas sonoras de alta frecuencia

(eco) es captado fuera del organismo por un receptor especial y procesado por un ordenador que las registra y permite confeccionar una imagen de las estructuras estudiadas. Esta técnica es aplicada en Ginecología y Obstetricia para el estudio inocuo del feto en el útero.

EDAD GESTACIONAL: Es el tiempo del embarazo calculado desde el primer día de la última menstruación normal, hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en el estudio. La edad gestacional se expresa en semanas y días completos.

EJERCICIO: Es la actividad física que permite un desgaste de energía. Durante el embarazo se va a tener menor tolerancia al ejercicio físico, pero es conveniente que se realice el ejercicio moderado de forma regular lo que va a proporcionar bienestar físico, mejora en el sueño, en la circulación, en el tono muscular y además, evita el excesivo aumento de peso. Los ejercicios recomendables son los paseos al aire libre, bicicleta estática, natación, yoga y baile. Son recomendables los ejercicios de Kegel para fortalecer los músculos del suelo pélvico que se debilitan por el embarazo y el parto.

EMBARAZO: Es la gestación a proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno. Abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento pasando por la etapa de embrión y feto. En el ser humano la duración media es de 269 días. Es decir, cerca de 10 meses lunares o de 9 meses calendario.

EMBARAZO DE ALTO RIESGO: Es aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, en donde aumentan los peligros para la salud de la madre y del producto.

FONDO DE OJO: Es una técnica diagnóstica que consiste en visualizar el polo posterior del globo ocular, que incluye retina, disco óptico, coroides y vasos sanguíneos.

FONDO UTERINO: Es uno de los métodos más utilizados en la práctica clínica. Es un método accesible y económico. Se define como la distancia (cm) entre la parte media del fondo uterino y la parte superior de la sínfisis del pubis, a través de la pared anterior del abdomen.

FRECUENCIA CARDIACA FETAL: Es el número de latidos cardiacos del feto por unidad de tiempo. Varía durante los ciclos de reposo y actividad del feto, y es afectada por muchos factores, incluyendo la fiebre materna, las contracciones uterinas, la hipotensión Maternofetal y diversos fármacos. La frecuencia normal del feto es de 120 latidos por minuto, y la mayor de 160. Durante el parto se vigila la frecuencia con un fetoscopio o un monitor electrónico, para detectar las alteraciones anormales, especialmente las desaceleraciones recurrentes que persisten después de las contracciones uterinas.

FUMARATO FERROSO: El hierro, componente esencial de la hemoglobina para el transporte de oxígeno a los tejidos y para la actividad de las enzimas respiratorias. En el embarazo se debe tomar el hierro para prevenir anemia y alteraciones que derivan en la misma fatiga, palpitaciones, caída de pelo.

GESTACIÓN: Es el periodo de nueve meses de duración en el que tiene lugar el desarrollo del embrión hasta su formación completa y durante el cual tiene formación de todos los órganos.

ISOINMUNIZACION: Consiste en la producción materna de anticuerpos hacia un antígeno de membrana de los hematíes fetales, ausentes en la madre y por lo tanto, de origen paterno, como respuesta a una sensibilización previa. Los hematíes son distribuidos por el sistema retículo endotelial fetal después de producirse una reacción antígeno-anticuerpo. La anemia fetal o neonatal secundaria a una hemólisis de origen inmunológico se ha llamado también Enfermedad Hemolítica Perinatal o antiguamente Eritoblastosis Fetal.

INFECCIÓN: Es la introducción al organismo de microorganismos patógenos que se reproducen y multiplican, causando un estado morbozo por lesión celular local, secreción de una toxina o al provocar una reacción antígeno-anticuerpo en el huésped. Es decir, es una enfermedad causada por la invasión de microorganismos patógenos.

INMUNIZACIONES: Son vacunas recomendables durante el embarazo que contienen virus muertos o inactivos, y con toxoides con bacterias. Las vacunas que requiere durante el embarazo es Td. Toxoide diftérico (2 dosis) separadas por un mes y la siguiente al año de aplicación.

INSUFICIENCIA PLACENTARIA: Es el trastorno del embarazo que se manifiesta clínicamente por retraso del crecimiento fetal y uterino. Una o más alteraciones placentarias proceden de una disfunción de la circulación materna placentaria que es capaz de comprometer la oxigenación y nutrición fetales. Algunas de las alteraciones que condicionan insuficiencia placentaria son la implementación anormal de la placenta, el embarazo múltiple, la inserción anómala del cordón umbilical y las anomalías del propio cordón y de las membranas placentarias.

INVOLUCIÓN: Es el proceso normal caracterizado por la disminución del tamaño de un órgano debido a la reducción del volumen de las células, como la involución del útero en el puerperio. Implica un proceso de desarrollo en el que un grupo de células crecen en la periferia de un órgano o región, invaginándose para alcanzar otra vez el interior del órgano o región y formar una estructura tubular, como el corazón o la vejiga de la orina.

LACTANCIA MATERNA: Es la alimentación con leche del seno materno. Ésta alimentación es muy recomendada por lo menos durante 6 meses. La lactancia materna es un hecho biológico del ser humano desde sus orígenes de la humanidad, que proporciona el alimento suficiente para la nutrición adecuada del niño.

LÍQUIDO AMNIÓTICO: Es el líquido producido por las membranas fetales y del feto. Rodea al feto durante el embarazo y su volumen a término es de aproximadamente de 1000 ml. Además de proteger físicamente al feto, constituye un medio donde se produce un intercambio activo de sustancias químicas. Es secretado y absorbido por las células que recubren el saco amniótico a una velocidad de 500 ml/h a término y es deglutido, metabolizado y eliminado como orina fetal a una velocidad de 50 ml/h. Sus componentes químicos son el plasma materno y fetal en distinta proporción. El pH es próximo al neutro. Es de color claro, aunque por las células fetales descamadas y los lípidos que se hallan presentes en él, puede aparecer turbio.

LOQUIOS: Se llama loquios al exudado que se elimina al exterior a través de la vulva, que contiene sangre, células decíduales descamadas del cuello uterino y la vagina. Lo que se observa en lo loquios es su aspecto y olor, también hay que considerar lo días que dura su expulsión y la cantidad. Los dos primeros dos días son rojos como la sangre y están formados por sangre, unto sebáceo, lanugo y restos de membrana. Durante el tercer y cuarto día son de color

rosado porque se agregan exudados del aparato genital. A medida que transcurren los días se van aclarando.

MALFORMACIONES CONGÉNITAS: Las malformaciones congénitas o defectos de nacimiento son deficiencias estructurales presentes al nacer y producidas por una alteración en el desarrollo fetal. Ellas pueden ser evidentes o microscópicas, apreciables en la superficie del cuerpo o por lo contrario, ocultos, familiares o esporádicos, hereditarios o no, únicas o múltiples. La aparición de estos defectos en el recién nacido muchas veces está asociado a trastornos genéticos. En otras palabras se originan en alteraciones de la estructura cromosómica del niño, si bien no en forma exclusiva.

MEDIDAS HIGIÉNICO-DIETÉTICAS: Son acciones que deben mantener la puérpera como la higiene personal, corporal y perineal, alimentación y cuidado en general.

MÉTODO ANTICONCEPTIVO: Es cualquier acción, instrumento o medicación dirigida a evitar la concepción o el embarazo viable, entre las que se encuentran los métodos permanentes como la Obstrucción Tubarica Bilateral,(OTB), y la Vasectomía. Entre los métodos temporales se encuentra el condón masculino y femenino; Dispositivo Intrauterino, llamado (DIU), espermaticidas, óvulos, diafragma, parches anticonceptivos, inyecciones, pastillas e implantes, etc.

MONITOR ELECTRÓNICO FETAL: Es el aparato que permite la vigilancia de la frecuencia cardiaca fetal y las contracciones uterinas maternas. Puede aplicarse extremadamente, en cuyo caso, el corazón fetal se detecta mediante un transductor ultrasónico sobre el abdomen y las contracciones uterinas con un sensor de presión también aplicado al abdomen. La monitorización interna de la frecuencia cardiaca fetal se obtiene a través de un electrodo pinzado al cuero cabelludo del feto; la amplitud, frecuencia y duración de las contracciones uterinas se detectan con un catéter intrauterino.

MONITORIZACIÓN: Es la vigilancia y supervisión de la evolución de un fenómeno que permite seguir el curso y el estado de un paciente. Por lo general, el control se realiza a través de una pantalla donde se puede observar la información remitida desde los sensores o detectores conectados al paciente

NUTRICIÓN: Es el proceso biológico en el que los organismos asimilan y utilizan los alimentos y los líquidos para el funcionamiento de las funciones normales. La nutrición también es el estudio de la relación de los alimentos y los líquidos con la salud y la enfermedad, especialmente en la determinación de una dieta óptima.

ORTOPNEA: Es la disnea en posición decúbito supino, o dificultad para respirar al estar acostado. Es un trastorno en que la persona tiene que mantener la cabeza elevada (como cuando está sentada o

de pié) para poder respirar profundo y cómodamente (ortopnea). Otra dificultad se refleja en cuanto la persona despierta repentinamente durante la noche experimentando dificultad respiratoria ó disnea paroxística nocturna.

OXÍGENO: Es el elemento químico de numero atómico 8, que constituye cerca de la quinta parte del aire atmosférico terrestre, en su forma molecular O_2 . Está compuesto por dos átomos de este elemento. Es indispensable para los seres vivos, se trata de un gas incoloro, inodoro e insípido que es muy reactivo y que resulta esencial para la respiración.

PALPACIÓN: Es la técnica utilizada en la exploración física en la que el explorador palpa la textura, tamaño, consistencia y localización de ciertas partes del organismo con las manos. En el embarazo, a través de la palpación se realizan las maniobras de Leopold.

PERINATAL: Se emplea para referirse a todo aquello que es en materia de tiempo inmediatamente anterior o posterior al momento del nacimiento del bebé. Es decir, desde la semana 28 de gestación aproximadamente hasta los primeros 28 días de vida. Así, comprende al embarazo, el parto y la lactancia.

PARTO PRETÉRMINO: Es la expulsión o nacimiento del producto de la gestación que ocurre entre la semana 21 a 37. Implica la presencia

de contracciones uterinas de intensidad y frecuencia suficiente como para producir borramiento y dilatación (modificaciones cervicales) progresivas en un embarazo entre las 20 y 37 semanas.

PERINÉ: Es el conjunto de músculos y ligamentos ubicados entre la vagina y el recto. Mantiene la vejiga y el útero en su sitio a la vez que sostiene el contenido abdominal. Forma parte del canal blando del parto.

PESO: Es la ganancia promedio ideal al final del embarazo es de 11 kg. En el primer trimestre de la ganancia es de 1 kg. 400 gr. por semana a partir del segundo trimestre. Esto se debe a que empiezan a formar nuevos tejidos, órganos y a desarrollar el futuro bebé.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR: Se basa en el derecho básico de la pareja proyectado como familia en un número de hijos que quiere tener y cuanto tiempo de espaciamiento entre uno y otro, considerando las necesidades que ellos implicarán, y que proyectos de vida aspiran a tener como familia.

PREMATURO: Significa que no está maduro o completamente maduro. Que aparece antes del momento adecuado o habitual. Pertenece o relativo a un niño nacido antes de la 37ª semana de gestación. Los bebés con prematuridad no pueden succionar del pezón o del biberón, ni deglutir la leche. Han de ser alimentados por

medio de una sonda. La gemelaridad y los embarazos múltiples son una de las causas frecuentes de nacimiento de niños prematuros y con peso inferior al normal.

SACO AMNIÓTICO: Es una bolsa de paredes finas que envuelven al feto y al líquido amniótico durante el embarazo. Su capacidad a término es de 4 a 5 Lts. Su pared se extiende desde los márgenes de la placenta. Tanto el amnios como el corion y la decidua que constituyen la pared, poseen varias capas celulares. Se encuentran unidos íntimamente, pero no unidos entre sí y la pared del útero. El saco intacto y el líquido amniótico proporcionan el equilibrio de presión hidrostática dentro del útero y ejercen un efecto uniforme de transmisión de las contracciones uterinas, hasta el cérvix para la fase de dilatación del parto.

SIGNOS DE ALARMA: Son manifestaciones que ponen en peligro a la embarazada y la pueden dañar en forma permanente. Entre ellos, tenemos: Dolor de cabeza, zumbido de oídos, trastornos de la visión borrosa, destellos, manchas, edema o hinchazón de cara, manos, pies, tobillos, salida de líquido por vía vaginal, sangrado, dolor en el abdomen, mareos, vómitos y fiebre.

SIGNOS VITALES: Son mediciones de las funciones más básicas de cuerpo. Los cuatro signos vitales principales que los profesionales de la salud examinan de forma rutinaria son: La temperatura del cuerpo,

el pulso, la respiración, la presión sanguínea. Estos signos son muy útiles para detectar o monitorizar problemas de salud. Los signos vitales se pueden medir para conocer las condiciones en que se encuentra el individuo.

SUFRIMIENTO FETAL: Es un término que se usa en Obstetricia para referirse a un estado que altera la fisiología fetal antes o durante el parto, de tal modo que es probable su muerte o la aparición de lesiones permanentes en un estado relativamente breve. En general el sufrimiento fetal es causado por un déficit de oxígeno, secundario principalmente a insuficiencia en la circulación útero placentaria, compresión del cordón umbilical y complicaciones fetales como la sepsis o las hemorragias.

VALORACIÓN RESPIRATORIA: Es el estudio del estado y función del sistema respiratorio de un paciente. Se realiza a través de la observación además de preguntarle al paciente si existe la tos, sibilante, respiraciones cortas, cansancio fácil o si experimenta dolor abdominal o torácico, escalofríos, fiebre, sudoración excesiva, mareos o hinchazón de manos y pies. Deben también valorarse si existen signos de confusión, ansiedad, intranquilidad, aleteo nasal, cianosis de labios. Se observa cuidadosamente la respiración del enfermo comprobando si existe respiración lenta, rápida o regular, superficial o de Cheynestokes así como hiperventilación.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A.D.A.M.Com. Ginecología y Obstetricia Clínica. Disponible en <http://www.nexuseducciones.com/pdfgine20082/gi-4-2-006.pdf>.

Washington. 2008, p4. Consultado 16 de abril de 2013.

A.D.A.M.Com. Poli hidramnios. Disponible en [averaorg.adam.com/contentian.aspx?productil=118&pid=5&gid=00327](http://www.averaorg.adam.com/contentian.aspx?productil=118&pid=5&gid=00327).

Washington, 2013, p3. Consultado 14 abril de 2013.

Álvarez, Cristina y Cols: Caso Clínico Amniodrenaje repetido para el tratamiento de un poli hidramnios grave. En la Revista Elsevier Doyma, Vol. 53 Num.8 Madrid, 2010 p327.

Argomedo, Ana Luisa y Cols, Guía de curso avanzado de Lactancia materna. Asociación de Prolactancia Materna A.C., México, 2010.258pp

Baby Center. Exceso de líquido Amniótico (poli hidramnios).

Disponible en

[http://www.babysitio.com/embarazo/complicaionespolihidramnios.pgp#](http://www.babysitio.com/embarazo/complicaionespolihidramnios.pgp#1X222QQveqvac)

1X222QQveqvac. Washington, 2012, p2. Consultado 12 de abril 2013.

Botero, Jubiz y Cols. Obstetricia y Ginecología. Ed Ediciones Finta Fresca. Bogotá. 2008, p 84.

Burd, Irina. Material Fetal Medicine. Disponible en <http://westernbaptist.adam.com/content.aspx?productil=38&pid=38&gid=000197>. Washington, p3 2012. Consultado 12 de abril de 2013.

Cabero, Roura y Cols. Obstetricia y Medicina Materno fetal. Ed. Panamericana. Madrid, 2007 1390 pp.

Chen, Peter Hidramnios. Disponible en: <http://www.umm.edu/prenancyspanich/00197.htm#1X222Qhlp.sub>. Washington. 2008, p3. Consultado 13 de abril de 2013.

Conde, Matilde y Cols. Manejo de Poli hidramnios. Disponible en http://www.hvn.es/servicios.asistenciales/ginecologia.yobtetricia/ficheros/curso2013.mmt_06_manejopolidramnios.pdf. Madrid.2013.p10. Consultado el 12 de abril de 2013.

Corral, Mauricio. Polihidramnios. Disponible en: <http://www.mcmgandina.net>. Quito,2010. p2. Consultado el 16 de abril de 2013.

Cunningham, Gary y Cols. Obstetricia Ed. Mc. Graw Hill. Pekín.2010 p490.

Centro para Salud y la Educación de las Mujeres. Trastornos del líquido Amniótico. Disponible en: <http://www.nomenshealthsection.com/contentyprimt.php3?title=obs02=9&spanish>. Washington, 2009.p8. Consultado el 12 de abril de 2013.

Fernández, Susan y Cols. Protocolo Poli hidramnios en gestación única. Disponible en: http://www.medicinafetalbarcelona.org/clinica/imagenes/protocolos/patologia_fetal/polihidramnios.pdf.Madrid.2010.p4.Consultado el 8 de abril de 2013.

García M; Manuel. El uso del litio en Trastornos afectivos. En la Revista de salud Mental, Disponible en: [www. saludmental.info](http://www.saludmental.info). México, 2011.Consultado 6 de mayo 2013.

Gratacos, Eduard. y Cols. Medicina Fetal. Ed. Panamericana, Madrid, 2007, p804.

Góngora, Javier. Polihidramnios: Diagnóstico y conducta obstétrica. Disponible:http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/clase2013_polihidramnios_diagnostico_y_manejo_obstetrico.ppt Madrid, 2013. p5 Consultado 2 de mayo de 2013.

Hospital Materno Infantil de Barcelona. Alteración de líquido amniótico: Diagnóstico y tratamiento. Disponible en:<http://svgoes/default/files/Alteraciones%20del%201%83ico%20Dia%20g%20c3%Bastico%20tratamientopdf>. Unidad de Medicina Fetal Barcelona Madrid, 2012.p5. Consultado el 11 de abril de 2013.

Infogen. Alteraciones el líquido Amniótico. Disponible en: infogen.org.mx. México, 2010. p14. Consultado el 11 de abril d 2013.

INPer. Normas y procedimientos de Ginecología y Obstetricia 2003. Ed. Trillas México, 2003.p 13.

J.A. Olivia. Alteraciones de líquido amniótico. , disponible en: <http://www.naersano.org/centro>. La Habana, 2006 .p302. Consultado el 12 de abril de 2013.

Knaneshiro, Neil. Polihidramnios. Disponible en [www. urac.org](http://www.urac.org). Washington, 2007.p2 consultado el 20 de abril 2013.

Medlineplus. Hidramnios. Disponible en <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/Washington> 2012. Consultado el 11 de abril del 2013.

Medlineplus. Polihidramnios. Disponible en:
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article003267.htm>.
Washington 2011. 2pp. Consultado el 20 de abril 2013.

Mondragón, Héctor. Obstetricia básica ilustrada. Ed. Trillas. México,
2012. 640pp.

Oquendo, Manuel. Rotura uterina espontanea en una paciente con Polihidramnios como único factor de riesgo. En la Revista Ginecología y Obstet de México ISSN-0300-9041; Vol. 76 Núm. 4 abril 2008. México 4 pp.

Palacio, Santiago y Cols. Comportamiento del polihidramnios en nuestro medio. En la revista Redalyc. Vol. 9, núm. 5, La Habana, 2005, 9pp.

Reyes, C. Karen, Trastornos psicológicos en la paciente embarazada. Disponible:<http://www.smago.org.mx/memorias/IXCURS O/8.pdf>.Mexico.p2.Consultado el 1 julio 2013.

Ramírez, Javier y Cols. Obstetricia integral siglo XXI. Facultad de medicina Nacional de Colombia. Disponible en: www.digutal.unel.edu.Co/2795/2519709584476180.122.pdf. Bogotá ,2010.p3

Saldivar, Benito. Diagnóstico situacional. Disponible en: [www//Tlaxcala](http://www.tlaxcala.gob.mx), 2011.p1.Consultado el 1 de abril de 2013.

Scott R; James. Tratado de obstetricia y Ginecología. McGraw Hill. México, 2006, No. pp. 6168.

Shannon, Diane. Polihidramnios. Disponible en: <http://www.americanpregnancy.org/>. Ottawa, 2012. 44pp. Consultado el 9 abril de 2013.

Socorras, Noelia. Enfermería en Ginecoobstetricia, Ed. Ciencias médicas, Washington. 2009 Núm. pp 419.

Toirac R; Carlos y Cols. Ecografía de las malformaciones congénitas del sistema nervioso central. En la revista Scielo. Medisan versión ISSN 1029-3019 Medisan v. 14n.2 Santiago de Cuba. Disponible en: scielo.sid.cu/scielo.php?pid=5109.399201000002000006fscript=sci.arttext. La Habana, 2007. p4 Consultado 10 de abril de 2013.