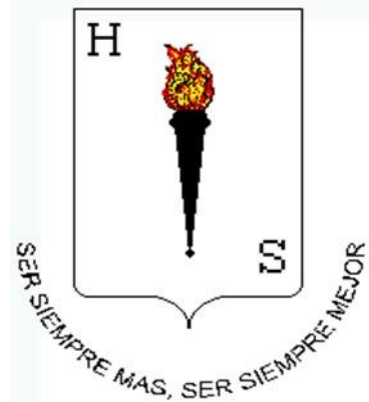


**ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA
SALUD**

**INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

CLAVE: 8722



TESIS

EMBARAZO POSTÉRMINO E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:

MONICA LILIANA ACOSTA MONTAÑO

ASESORA DE TESIS:

LIC.EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN 2016



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.

INDICE

Introducción

	Pág.
CAPÍTULO 1: ANTECEDENTES DEL EMBARAZO POSTÉRMINO.....	1
1.1 Planteamiento del Problema	4
1.2 Justificación.....	5
1.3 Objetivos	6
1.4 Hipótesis.....	7
CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO.....	8
2.1 Definición.....	9
2.2 Duración del Embarazo	9
2.3 Factores que Favorecen el Postérmino.	10
2.4 Modificaciones Placentarias	10
2.5 Fecha del Comienzo de la Última Menstruación (FUM).....	11
2.6 Consecuencias Para la Madre y el Recién Nacido.....	12
2.6.1 Consecuencias Maternas.....	12
2.6.2 Consecuencias Perinatales	13
2.7 Concepto de Postmadurez	14
2.8 Epidemiología	14
2.9 Etiología	16
2.10 Mortalidad	18
2.11 Pronostico a Largo Plazo del Recién Nacido.....	20
2.12 Cambios Fisiológicos Relacionados con el Embarazo Postérmino.....	20
2.13 Complicaciones Relacionadas	21
2.13.1 Morbimortalidad Perinatal.....	22
2.14 Problemas en el infante	22
2.15 Síndrome de Postmadurez	23
2.16 Fisiopatología de los Problemas Perinatales en el Recién Nacido Postérmino.....	24

2.17 Diagnostico.....	25
2.18 Diagnóstico del Postérmino.....	25
2.19 Elementos Diagnósticos de Madurez Fetal.....	26
2.20 Tratamiento	26
2.20.1Prevención del Embarazo Cronológicamente Prolongado y del Recién Nacido postérmino	26
2.21 Atención al Feto y Recién Nacido Postmaduro Durante el Parto y Periodo Neonatal Inmediato	27
2.21.1Problemas neonatales asociados con el RN postérmino	28
2.22 Elementos de Control de los Embarazos Postérmino	29
2.23 Factores Pronósticos Para la Inducción Satisfactoria.....	31
2.24 Tratamiento Durante el Parto.....	33
2.25 Intervenciones de Enfermería	34
2.26 Control Clínico	35
2.27 Identificación del Riesgo	37
CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA	43
3.1 Variables.....	44
3.2 Decálogo de Ética.....	47
3.3 De los Deberes de las Enfermeras Para con las Personas	60
3.4 Los Deberes de las Enfermeras como Profesionistas.....	61
3.5 Los Deberes de las Enfermeras Para con sus Colegas	62
3.6 Los Deberes de las Enfermeras Para con su Profesión.....	62
3.7 Los Deberes de las Enfermeras Para con la Sociedad	63
3.8 Decálogo del Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros en México.....	63
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	65
CONCLUSIONES	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	

DEDICATORIAS

A mis padres

Que me formaron con buenas bases y llenaron de fortaleza mi espíritu, guiando y llenando de luz mi camino, cada paso de mi vida con su compañía y apoyo incondicional, cada triunfo, cada sueño logrado de la mano de los seres que me formaron y que han entregado todo por mí, que han estado y confiado en mí en cada paso, que me han entregado todo para que yo llegara hasta donde ahora estoy.

A mis hermanos

Por todo su apoyo y amor que me impulsaron a seguir adelante, por hacer de mis días los mejores y más divertidos, por brindarme un buen ejemplo y por brindarme su apoyo incondicional.

A mi abuelita

Gracias a tu amor inmenso, confianza, fortaleza, consejos, apoyo y dedicación que lleno cada uno de mis días de luz para continuar siempre hacia adelante.

AGRADECIMIENTOS

A Dios

Por permitirme llegar hasta donde ahora me encuentro, por brindarme las herramientas suficientes para poder concluir mi carrera. Por brindarme salud, y la capacidad de poder afrontar todo lo que se me presento.

A mis padres

Por su invaluable apoyo y amor, que me ayudaron a salir adelante y poder terminar mi carrera.

A mis profesores

Que guiaron mi camino llenándolo de sabiduría para poder concluir mi carrera, que me formaron con buenos conocimientos y dejaron en mis grandes aprendizajes. En especial a mi profesora Gaby, por apoyarme en la elaboración de esta investigación.

A mi gran amiga María Martínez

Que siempre estuvo apoyándome incondicionalmente, que me ayudo hasta el final de la meta, que siempre fue mi mano derecha para poder lograr todo. Gracias amiga y hermana, por haber dejado en mis grandes aprendizajes y enseñanzas que me hicieron crecer como persona, por tu gran cariño y apoyo incondicional.

A mis amigas Lupita y San, gracias por formar una nueva familia para mí, por nunca dejarme sola y por su gran apoyo incondicional y cariño, gracias por siempre estar para mí. A Julieta, que siempre me brindo apoyo.

INTRODUCCION

En la presente investigación documental se abordara el tema de embarazo postérmino. Por embarazo postérmino se entiende aquel embarazo que sobrepasa las 42 semanas de gestación, según la Organización Mundial de la Salud. (OMS).

En esta investigación se habla acerca de los riesgos que existen para la madre y para el feto, el índice de embarazos postérmino, así como el tratamiento y las medidas que debe tomar en cuenta la madre para prevenir en gran medida, llegar a la muerte madre-hijo.

El embarazo postérmino es un tema que no ha sido muy difundido, y por lo tanto no existe la información suficiente acerca de los riesgos que conlleva un embarazo postérmino.

Es de suma importancia la intervención de enfermería, ya que tiene un gran auge dentro de la prevención, una de sus principales funciones dentro de la enfermería es promover, prevenir y diagnosticar oportunamente, y de acuerdo con lo descrito anteriormente en esta investigación acerca de las intervenciones de enfermería, y su importancia en el campo de la prevención, y la orientación a la madre para la prevención oportuna de embarazos postérmino, y muertes maternas y fetales.

CAPÍTULO 1: ANTECEDENTES DEL EMBARAZO POSTÉRMINO

Este capítulo expone los antecedentes del embarazo postérmino así como, el planteamiento del problema, objetivos, justificación, hipótesis, estos puntos permiten que la presente investigación pueda explicar los puntos necesarios para exponer el tema de una manera clara.

El embarazo postérmino, ha sido en los últimos tiempos un tema del que la mayor parte de la población no tiene mucha información ni asesoría acerca de este y de las complicaciones que este se presente.

Ballantyne fue el primero en describir el problema del embarazo prolongado, en 1902, en los términos de la obstetricia moderna. Cuestionó la habilidad de la placenta para proporcionar el sostén necesario al feto, que ha estado mucho tiempo en el ambiente intrauterino.

También aseguró que el infante pasado de fecha ha permanecido mucho tiempo dentro del útero, y plantea problemas para su nacimiento en relación con su propia seguridad y la de su madre.

Fue únicamente en la década de 1970 cuando llegó a ser aparente la elevada mortalidad perinatal en embarazos postérmino, y que la evaluación fetal combinada con uso selectivo de inducción podría contribuir a la mejoría de los resultados perinatales.

Clifford (et al) observó que en la época de 1970 los embarazos de 43 semanas se originaron en un 5%, que representaba el 30% de las muertes perinatales en la década de 1970 y 1980 el embarazo postérmino se complicó en un 10% con mayores tasas de Morbilidad neonatal.

Clifford describe el síndrome de embarazo postérmino asociado a disfunción placentaria y desde 1970 se reconoce el incremento de la mortalidad perinatal por esta patología y cómo su reconocimiento y diagnóstico oportuno podrían contribuir a la disminución de las complicaciones asociadas mediante la inducción del Parto.

Las definiciones de embarazo postérmino se refieren al embarazo que llega o supera las 42 semanas (294 días a partir del primer día de la última menstruación). Este concepto ha sido acogido por la Organización Mundial de la Salud (OMS 1977), la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO 1982) y el Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras.

Los términos pasado de término, postérmino, prolongado, posdatado, pasado de fecha y prolongado se emplean de manera indistinta para calificar el embarazo que excede la duración normal.

El concepto postérmino debe usarse para referirse al lactante con aspectos clínicos reconocibles que indican embarazo prolongado de manera patológica. Los términos pasado del término, postérmino o prolongado deben ser las expresiones preferidas para las gestaciones extendidas y es probable que lo mejor sea abandonar los términos posdatado y pasado de fecha.

Es importante percatarse de que los pocos lactantes nacidos de embarazos prolongados son posmaduros. Por lo tanto desde el advenimiento de la atención prenatal, una intención ha sido la prevención de la muerte fetal en los embarazos postérmino.

Dadas las investigaciones recientes han sugerido que las complicaciones perinatales que incluyen la morbilidad neonatal aumentan después de 40 semanas de gestación.

La vigilancia prenatal y la inducción del trabajo de parto son dos muy estrategias que teóricamente pueden disminuir el riesgo de un resultado fetal adverso; factores de riesgo materno durante el embarazo postérmino también deben ser considerados.

El empleo de la fecha menstrual da lugar a que cerca de 10% de los embarazos se considere postérmino; ésta es, con más probabilidad, una sobreestimación de la incidencia del embarazo prolongado a causa de las grandes variaciones de los ciclos menstruales.

Como no existe un método preciso para identificar los embarazos en verdad prolongados, todos los que se consideren de 42 semanas cumplidas deben tratarse como si fueran gestaciones prolongadas de manera anormal.

El riesgo perinatal durante el parto está aumentado en los embarazos prolongados, en especial cuando hay meconio en el líquido amniótico. Es por esto que la inducción del parto o una cesárea sería la solución.

Ya que para evitar o terminar con el sufrimiento del feto y de la madre se debe hacer que nazca por cualquier vía. Una opción más viable sería una cesárea ya que el feto está sufriendo mucho, ya que si se espera a que la mujer tenga un parto vaginal, el feto sufriría más.

Es por esto que como Licenciada en Enfermería y obstetricia se debe estar lo suficientemente capacitada para saber cómo actuar ante estas situaciones y poder brindar una opción acertada acerca de este caso.

El actuar con rapidez antes esta situación es de suma importancia ya que por quedarse simplemente por saber que pasa el feto e inclusive la madre puede morir. Por esto los científicos investigadores antes mencionados nos proponen inducir el parto por cualquiera de las vías.

Este término de postérmino, posmaduro y prolongado se ha dicho desde mucho tiempo antes y prácticamente significa lo mismo para la teoría y es el termino correcto que se le da o debería de darse a los embarazos pasados de semanas de gestación.

1.1 Planteamiento del Problema

El hablar de un embarazo postérmino, es un tema de gran relevancia ya que gran parte de las mujeres que sufren este problema, no saben cuáles son en realidad las consecuencia de padecer un embarazo postérmino, ni la causa que conlleva a tener este problema.

¿Cuáles son las consecuencias de no brindar una buena información y orientación acerca del embarazo postérmino?

En los últimos tiempos no se les ha brindado una buena información a las mujeres en extremos de la edad, y a causa de esto se puede identificar que las muertes de los fetos y de las madres han sido a causa de la falta de información.

Es por esto que se le debe brindar a la madre una buena información completa y siempre cuidando todos los aspectos desde la salud, hasta las emociones.

1.2 Justificación

Una de las necesidades para la población actual es la salud del binomio madre-hijo. Esta investigación documental se basa en la importancia acerca de la salud de la madre y el hijo, como evitar los embarazos postérmino, y el saber actuar ante estas situaciones.

La presente investigación se realizara para dar a conocer a las madres acerca de las consecuencias y riesgos que un embarazo postérmino nos da como resultado. Actualmente se conoce como embarazo según “la secretaria de salud” Es la gestación o 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 (cerca de 10 meses lunares o 9 meses-calendario).

Es por eso que se debe saber y conocer lo que un embarazo sano y en buen estado significa para así poder identificar los datos clínicos de alarma de un embarazo que no es sano y que no es normal.

Y conocer como embarazo postérmino como según la “Organización Mundial de la Salud” un embarazo postérmino es aquel que llega o supera las 42 semanas (294 días a partir del primer día de la última regla).

Es por esto que se debe saber asemejar los factores y las diferencias entre ambos embarazos ya que así identificaremos las alteraciones de este, y los datos de alarma así como las consecuencias que esta patología muestra.

La presente investigación permitirá identificar las características específicas de un embarazo postérmino, y los efectos que este desencadena. Así mismo como las enfermedades que se desligan de este, y las alteraciones que se presentan en el feto, así mismo como en la madre.

De igual manera esta investigación se realiza con el objetivo de poder brindar una orientación, un tratamiento y alguna rehabilitación para los niños y madre con este padecimiento, y para poder prevenir la morbilidad perinatal. De tal manera que se debe tener en claro los padecimientos que este embarazo traen como efecto.

La enfermera como profesional de la salud y encargada de la prevención, es la designada para llevar a cabo una buena prevención, de una forma completa y con una información adecuada, para que las madres sepan que un embarazo postérmino tiene consecuencias y que en muchas ocasiones puede causarle daños irreversibles al feto.

Siendo de esta manera la enfermera como principal difundidora de información hacia la población se debe realizar que la madre identifique los factores de riesgo y las características de un embarazo sano y uno postérmino, pero haciendo hincapié en que la madre sepa exactamente o con mayor aceptabilidad su fecha última de menstruación ya que este es una de los principales problemas por los cuales se presentan este tipo de embarazos.

1.3 Objetivos

General: Identificar, tratar las causas y factores de riesgo de un embarazo posmaduro, así como el tratamiento y las intervenciones de enfermería acerca de este padecimiento para así difundir la información y saber orientar a las personas y así mismo al personal de salud en el hospital de nuestra señora de la salud.

Específico: 1.- implementar medidas de orientación acerca de cómo llevar a cabo el embarazo, para así prevenir las muertes fetales.

2.- conocer los resultados en pacientes con embarazo postérmino.

3.- identificar las causas que ocasionan un embarazo postérmino 4.- brindar una buena información por parte del personal de enfermería para implantar un tratamiento adecuado.

1.4 Hipótesis

El embarazo como se conoce es un estado fisiológico que atraviesa la mujer, pero se debe tener en cuenta que en más de una ocasión puede desencadenar más de una patología.

Es por esto que se debe difundir la información adecuada acerca de que es el embarazo postérmino y como se debe manejar, así mismo como, los factores de riesgo, el diagnóstico y el tratamiento que deben llevar estas pacientes como el feto.

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

En el presente capítulo, se expondrá la definición del embarazo postérmino, así como su fisiopatología, ya que es de suma importancia saber algunos términos para poder entender lo que un embarazo postérmino puede desencadenar. En el capítulo se exponen diversos conceptos y definiciones, la duración correcta del embarazo y el punto de vista de diferentes autores.

El embarazo postérmino más allá de 42 Semanas de Amenorrea (SA) o 294 días después de la última menstruación, en una mujer que ovuló en el día 14 del ciclo, se observa en el 2 al 7% de los casos, según se corrija o no la edad gestacional con la duración del ciclo menstrual.

Hoy se sabe que más allá de esta fecha mencionada en el párrafo anterior existen riesgos reales para el feto: emisión de meconio y sufrimiento fetal, parto o factores que provocan mortalidad y morbilidad perinatales.

La fisiología de estos trastornos no se conoce en su totalidad. Muchos supuestos embarazos postérmino son sólo la consecuencia de errores en el cálculo de la edad gestacional.

Se define como Fecha de Última Menstruación confiable aquella que se presenta en mujeres con ciclos regulares que no han estado expuestas a anticonceptivos hormonales o medicamentos que alteren el ciclo en los últimos tres meses, y que no hayan presentado sangrado en los primeros tres meses de embarazo, que sepan con exactitud la fecha del primer día de la última regla.

2.1 Definición

La definición del embarazo postérmino es aquel que llega o supera las 42 semanas (294 días a partir del primer día de la última menstruación), según la “Organización Mundial de la Salud” (OMS).

La Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (FIGO) describe el embarazo postérmino como una gestación que dura más de 42 (SA) (294 días). En el caso de mujeres que presentan ciclos irregulares o cuando la fecha de última menstruación es imprecisa, la duración se basa en una determinación teórica de la fecha de la ovulación.

2.2 Duración del Embarazo

La distribución del embarazo sigue una curva cercana a la curva de Gauss si se calcula a partir del primer día de la última menstruación. Se obtiene un resultado cercano a 280 días que corresponde a 40 Semanas de Amenorrea (SA) y un promedio de 270 días, en una mujer con ciclos regulares de 28 días. Esta duración está sometida a variaciones fisiológicas que incluyen entre otros factores étnicos y nutricionales.

Embarazo postérmino hace referencia a la descripción de un neonato con aspectos clínicos reconocibles que indican un embarazo postérmino. Los recién nacido postérmino pueden ser de peso Adecuado, Pequeño o Grande para la edad gestacional, según El percentil de peso al nacer.

La importancia del reconocimiento de la gestación prolongada y la tipificación del recién nacido según su peso, consiste en el aumento de la morbilidad y mortalidad perinatal, sobre todo en los fetos postérmino pequeños para la edad gestacional y en los grandes para la edad gestacional.

Según “Boyce”, en un estudio de 317 mujeres, fija la fecha de comienzo del embarazo a partir de la curva térmica y demuestra que si la duración de la gestación se calcula exclusivamente a partir de la última menstruación se obtiene una tasa de embarazos postérmino, cerca de tres veces superior a la realidad.

La incidencia de embarazos postérmino varían entonces del 2 al 6% según los diferentes autores mencionados en el párrafo anterior y según se corrija o no la edad gestacional. El postérmino define una situación asociada con un embarazo prolongado.

Un recién nacido postérmino es un recién nacido cuyo desarrollo intrauterino ha sido más largo, corresponde a un niño morfológicamente mayor. La postmadurez designa un síndrome clínico postnatal del recién nacido en relación con una hipoxia fetal de origen placentario. Esta situación puede surgir a cualquier edad gestacional, pero es más frecuente en caso de embarazo postérmino.

2.3 Factores que Favorecen el Postérmino.

Numerosos factores intervienen en la fisiología de la inducción espontánea del trabajo de parto. Una anomalía en uno de esos factores puede hacer que se sobrepase el término, entre estas están:

2.4 Modificaciones Placentarias

Las modificaciones típicas de la placenta postérmino como los depósitos cálcicos y la degeneración progresiva de la vellosidades pueden alterar los mecanismos del intercambio materno-fetal.

El examen de la placenta de los embarazos postérmino no muestra un aumento en la frecuencia de anomalías como las calcificaciones o los depósitos perivelloso de fibrina. La anomalía histológica más característica, aunque no constante, es la disminución de la perfusión de las vellosidades placentarias.

En las placentas de embarazos postérmino los vasos de las vellosidades placentarias son normales. En caso de embarazos postérmino no complicado, la superficie vellositaria es normal, o incluso esta aumentada.

Además la proporción importante de niños macrosómicos al final del embarazo, refleja claramente que la placenta después de la Semana de Amenorrea (SA) 40 conserva todas sus funciones y sigue siendo capaz de garantizar un buen crecimiento fetal, lo cual va en contra de la teoría unicista del envejecimiento placentario.

En caso de embarazo prolongado con niños post maduros la superficie vellositaria esta disminuida. Sin embargo también se han descrito casos post madurez con aumento de la superficie con aumento de las vellosidades placentarias, pero estas vellosidades parecen inadecuadas debido a un defecto de la vascularización y a una aglutinación vellositaria.

Con frecuencia se admite que el crecimiento placentario y la síntesis del ácido desoxirribonucleico (ADN) concluyen hacia la SA 36 y que el aumento del tamaño de la placenta se debe a un aumento del tamaño de las células y no a un incremento de su número.

2.5 Fecha del Comienzo de la Última Menstruación (FUM)

Es el punto de referencia clásico para el cálculo del término. En una mujer con ciclos regulares, la fecha de comienzo del embarazo puede fijarse 14 días antes de la presunta fecha de primera menstruación ausente.

En otras situaciones la fecha de la fecundación se determina de forma fiable para la realización de una curva térmica la inducción de la ovulación o el conocimiento de la fecha de inseminación.

Existen numerosas situaciones ciclos menstruales irregulares, amenorrea, suspensión reciente de una contracepción local, metrorragias que ocurren en la misma fecha de la primera menstruación ausente o simplemente el olvido de la Fecha Última de Menstruación, en las cuales la fecha del comienzo del embarazo no puede determinarse con certeza en el primer examen obstétrico.

2.6 Consecuencias Para la Madre y el Recién Nacido.

El embarazo postérmino presenta muchos cambios en el feto y en la madre, pero se debe tener en cuenta que es un embarazo que puede desencadenar muchos problemas y puede ocasionar hasta la muerte del feto.

2.6.1 Consecuencias Maternas.

El embarazo postérmino desencadena problemas tanto al feto como para la madre desde problemas emocionales, estrés, ansiedad y angustia por el bienestar del bebe y por su procedimiento quirúrgico.

La prolongación del embarazo tiene poca incidencia sobre la salud materna, exceptuando un porcentaje mayor de intervenciones: la tasa de cesáreas es dos a tres veces mayor después de la Semana de Amenorrea (SA) 42.

La gestante que esté pasada dos semanas de su fecha probable de parto experimenta varios problemas.

El primero es la tensión emocional de aprehensión, expectativa y ansiedad; el segundo se relaciona con la intervención médica en términos de evaluaciones e intentos de parto; y el problema potencial final es el trauma físico que puede ser experimentado en el parto de un feto macrosómico.

2.6.2 Consecuencias Perinatales

La descripción clínica del recién nacido postérmino se refiere al mismo tiempo a los signos de prolongación del embarazo y a los signos inherentes a la maduración fetal, con frecuencia confundidos en las descripciones iniciales debido a las dificultades en la evaluación de la duración de la gestación.

En efecto la alteración de la maduración fetal debida a la disfunción placentaria no se relaciona directamente con la duración de la gestación. La descripción clínica reúne los signos comunes a todos los embarazos prolongados.

- Las medidas a veces son superiores a las de un recién nacido a término, tanto la talla como el perímetro craneal y con frecuencia el peso.
- La piel seca, apergaminada, resquebrajada, con fisuras en los puntos de flexión, ausencia de lanugo y de vernix caseosa.

- Las uñas y el cabello son largos, a veces con descamación.
- La confirmación radiológica muestra una osificación más importante.
- La actitud del recién nacido es alerta, con los ojos abiertos y más despierto.

La maduración fetal suele estar conservada y se refleja en un aumento de peso promedio al nacimiento con la prolongación del embarazo, así como en una incidencia alta de Macrostomia, especialmente hacia la SA 43 (hasta el 50%). Esta incidencia se multiplica en caso de multiparidad.

2.7 Concepto de Postmadurez

En caso de embarazo postérmino se admite que la disfunción placentaria es responsable de un síndrome de dismadurez comparable a las anomalías del crecimiento intrauterino que tiene lugar antes del término y cuyas características son la disminución del intercambio nutricional y la disminución de la oxigenación fetal.

Esto se traduce desde el punto de vista clínico, en una exageración de ciertos signos presentes en el embarazo prolongado, particularmente la pérdida de agua. El incremento de la incidencia de estos signos de dismadurez inicialmente en los embarazos postérmino, conduce al concepto de posmadurez.

Pueden aparecer antes de la Semana de Amenorrea (SA) 42 .su incidencia aumenta con la prolongación del embarazo y sobre todo después de la (SA) 42 un 2% en la (SA) 40 y un 10 % a un 12% en la (SA) 42.

Los retardos del crecimiento constituyen un grupo particular de dismaduros (peso al nacer inferior a 2,500 kg.) y reflejan una alteración metabólica antigua cuya incidencia en el seno de los embarazos postérmino no es diferente, o incluso es menos que en los embarazos a término, pero cuya morbilidad y mortalidad están considerablemente aumentadas.

2.8 Epidemiología

Por definición una gestación a término corresponde a las 37-42 semanas. La verdadera incidencia de embarazo postérmino no se conoce, pero probablemente es menor de lo que se ha pensado. La frecuencia varía entre 4 y 14%, y aquellas que completan 43 semanas 2-7%.

La posibilidad que el parto ocurra a los 280 días exactos, luego del primer día de la última menstruación, es sólo de 5%. Según un informe de Clifford, el riesgo de postmadurez estuvo limitado al primer embarazo. Se ha establecido claramente que aun cuando la mortalidad perinatal en las mujeres multíparas luego de las 42 semanas es baja, persiste algún grado de riesgo.

En su análisis Divon y Feldman-Leidner (2008) informaron que la frecuencia de embarazo prolongado fluctúa entre 4 y 19% de acuerdo con criterios que tal vez sobrestiman la frecuencia, se calculó que alrededor de 6% de cuatro millones de lactantes nacidos en Estados Unidos durante el año 2006 habían nacido a las 42 semanas o más.

La tendencia hacia el registro de un número de nacimientos a las 42 semanas cada vez menor indica una intervención más temprana. En el año 2000, los nacimientos en ese país fueron de 42 semanas o más en una proporción de 7.2%, en comparación con 5.6% en 2006.

Los datos relacionados con la importancia de los factores demográficos maternos, como la paridad, un nacimiento de postérmino previo, la clase socioeconómica y la edad, son inconsistentes.

Olesen (et al). (2006) analizaron diversos factores de riesgo en 3, 392 participantes en el periodo de 1998 a 2001 del Danish Birth Cohort. Informaron que solo el índice de masa corporal mayor o igual a 25 antes del embarazo y la nuliparidad se relacionaban en grado significativo con el embarazo prolongado. Denison (2008) y Caughey (2009) también comunicaron correlaciones similares.

La tendencia de algunas madres a los nacimientos de postérmino repetidos señala que algunos embarazos postérmino están determinados por factores biológicos. En 27,677 nacimientos en Noruega Bakketeig y Bergsjø (1991) notificaron que la frecuencia de un nacimiento postérmino subsiguiente aumentaba de 10 a 27% si el primer nacimiento era también de postérmino.

Esta cifra se incrementa a 39% si había dos nacimientos postérmino sucesivos con anterioridad. Kistkat (et al). (2007) comunicaron resultados similares en Missouri y Mogren (et al). (1999) informaron la recidiva del embarazo prolongado en generaciones de mujeres suecas.

Cuando la madre y la hija tenían un embarazo prolongado, el riesgo de que la hija tenga un embarazo postérmino, subsiguiente se incrementó dos a tres tantos. En otro estudio sueco, Laursen (et al) ((2004) observaron que los genes maternos, pero no los paternos, influían en el embarazo prolongado.

Entre los factores fetoplacentarios infrecuentes que predisponen al embarazo de postérmino se han referido, la anencefalia, hipoplasia suprarrenal y deficiencia de sulfatasa placentaria ligada al cromosoma X (McDonald y Siiteri, 1965; Naeye, 1978 Rabe et al, 1983).

2.9 Etiología

El proceso normal del parto envuelve la aparición de una secuencia de cambios compleja, comenzando con el cerebro fetal e influyendo en el debido curso el hipotálamo, la hipófisis, glándulas suprarrenales, pulmones y riñones (y por ende la composición del líquido amniótico).

La placenta, el amnios, el corion, al igual que aquellos cambios inducidos en el tejido materno: decidua, miometrio y cérvix. La placenta madura con el aumento de la Edad Gestacional, su función endocrina cambia, y la participación materna implica a la decidua, el miometrio y las modificaciones que llevan a la maduración del cérvix.

Cuando se revisa el embarazo prolongado encontramos que la causa más común de este diagnóstico es un mal cálculo de la Edad Gestacional (EG) por error en los datos de la Fecha de Última Menstruación (FUM).

En trabajos poblacionales se halla hasta un 40% de olvido de la fecha de última menstruación (FUM) y en las mujeres que la recuerdan se tiende a sobrestimar la Edad Gestacional (EG).

Es por esto que el cálculo de la EG es la variable más importante para un correcto diagnóstico de esta patología. Si descartamos los errores en el diagnóstico, los factores asociados al embarazo prolongado serían los siguientes:

- ✓ Genético: antecedente familiar de parto prolongado (madre con historia de embarazo prolongado)

- ✓ Antecedente personal de embarazo prolongado: Zweidling sugirió que las mujeres con un embarazo prolongado anterior tienen 50% de posibilidad de tener otro embarazo prolongado.

- ✓ Bakketeig (1991) estableció que si el primer embarazo había sido prolongado La posibilidad de recurrencia aumenta al 27%

- ✓ Primigravidez

- ✓ Malformaciones fetales: Anencefalia y agenesia de la hipófisis fetal.

Otros factores relacionados son:

a) Fetos de sexo masculino.

b) Hipotiroidismo materno.

c) Deficiencia de sulfatasa placentaria.

d) Persistencia de la actividad de la 15-hidroxi-progesterona deshidrogenasa.

e) Consumo de antiinflamatorios.

Todos estos factores están ligados a tener un embarazo postérmino, es por esto que la madre debe estar en constante observación, llevar un buen control prenatal, para que así se pueda identificar cualquier error que se tenga.

2.10 Mortalidad

Los embarazos postérmino han sido considerados desde siempre embarazos de riesgo en lo que se refiere al desarrollo perinatal. Gracias al proceso de las técnicas de monitoreo y de reanimación neonatal, la mortalidad asociada con los embarazos postérmino es baja, con tasa que variamente 2 y 4 por cada 1000 embarazos, según estudios recientes.

Ingermason y colaboradores publicaron en 1997 un estudio sobre 914,702 nacimientos ocurridos en Escandinavia entre 1982 y 1991 que incluía solo embarazos monofetales.

Los resultados muestran un leve aumento significativo de la tasa de mortalidad fetal y neonatal en las primíparas cuyo parto ocurre después de la SA 42, pero no encuentra diferencia en las multíparas.

La razón de probabilidad de muerte fetal en una primípara aumenta de 1 en la Semana de Amenorrea (SA) 40 a 1.5%, en la (SA) 41 y a 1.79% en la (SA) 42, Al igual que la de la muerte neonatal, que varía de 1 en la (SA) 40 a 1.88% en la (SA) 42. En cuanto a las multíparas, la muerte fetal no aumenta después de la (SA) 42, pero se puede encontrar una leve diferencia en las muertes neonatales.

Campbell (et al) han publicado recientemente los resultados de un estudio de 445,241 nacimientos de los cuales 65,796 fueron postérmino. Encuentran un riesgo relativo de muerte perinatal de 1.3 cuando el parto ocurre después de la (SA) 42.

En una serie reciente, Hilder estudia retrospectivamente 171,527 nacimientos ocurridos entre 1989 y 1991 en la región noroeste de Londres. Evalúa el número de muertes fetales y la tasa de muertes neonatales en cada Edad Gestacional y lo correlaciona ya sea con el número de nacimientos ocurridos en la misma edad o con el número de nacimientos venideros y deduce un riesgo relativo de muerte fetal.

Los resultados confirman que la tasa de muerte fetal y de muerte neonatal verdaderas, es decir, correlacionadas con la totalidad de nacimientos ocurridos en la misma edad, cambia poco con la edad gestacional y que en el riesgo relativo de muerte fetal por 1000 nacimientos no aumenta entre la Semana de Amenorrea (SA) 40 y la 43.

Por el contrario si se utiliza como denominador el número de nacimientos venideros, se nota un aumento neto de la tasa de muerte fetal y del número de muertes neonatales en función de la edad gestacional. (0,4% en la (SA) 37; 0,6% en la (SA) 38; 0,7% en la (SA) 39; 0,9% en la (SA) 40; 1,3% en la (SA) 41; 1,6% en la (SA) 42 y 2,1% en la (SA) 43).

El riesgo relativo de muerte fetal por 1000 nacimientos venideros aumenta entonces significativamente (0,4% en la (SA) 37; 0,7% en la (SA) 38; 0,7% en la (SA) 39; 1 en la (SA) 40; 1.5 en la (SA) 41; 1.8 en la (SA) 42 y 2.5 en la (SA) 43). Además está en serie el riesgo de muerte perinatal (fetal y neonatal) aumenta del 2.4% nacimientos en la (SA) 43.

Fabre en un estudio retrospectivo llevado a cabo en España sobre 662,015 nacimientos, encuentra el 7.3% de nacimientos después del término teórico. Estima el riesgo relativo de muerte fetal en 1.1, el de muerte neonatal en 1.6 y el de muerte perinatal en 1.3.

ÇBakketieg (et al) observan que la tasa de mortalidad perinatal aumenta en forma marginal del 2.3% en la (SA) 40 al 3% y 4% en la (SA) 42 y 43 respectivamente.

Eden encuentra tasas similares de mortalidad perinatal al comparar una población de 8,135 niños nacidos en la (SA) 40. Las tasas son respectivamente del 4.2% y del 2.7% lo cual no es significativo.

El análisis de las causas de mortalidad muestra el papel primordial del sufrimiento fetal agudo, responsable de lesiones cerebrales anóxicas e isquémicas o de inhalación de meconio.

2.11 Pronostico a Largo Plazo del Recién Nacido

Los resultados de los estudios que evalúan el desarrollo de los recién nacidos postérmino son contradictorios, sobretodo porque los grupos estudiados presentan una morbilidad neonatal diferente.

Las primeras evaluaciones que comparan los niños a término y los postérmino muestran, para estos últimos, un retraso en el desarrollo psicomotor a los 8 meses y a los 2 años, trastornos del sueño más frecuentes y una incidencia mayor de hospitalizaciones hasta los tres meses.

El posmaduro no presenta signos particulares a largo plazo, por lo tanto, parece que el desarrollo psicomotor este directamente relacionado con el sufrimiento fetal agudo y la patología neonatal.

2.12 Cambios Fisiológicos Relacionados con el Embarazo Postérmino

Para entender las complicaciones asociadas al embarazo postérmino El conocimiento de los cambios fisiológicos, a medida que aumenta la Edad Gestacional, son parámetros a tener en cuenta:

❖ Cambios en el líquido amniótico

El Volumen del Líquido Amniótico (VLA) varía a medida que la Edad Gestacional avanza, con un pico máximo a las 38 semanas y una disminución Progresiva hasta valores considerados anormales en la semana 43.

Volúmenes inferiores a 400 ml se asocian a complicaciones fetales Como estado fetal no satisfactorio, compresión del cordón, aspiración de líquido meconiado y mal resultado perinatal.

Se cree que la disminución Del volumen de líquido amniótico se debe a disminución en la producción de orina fetal. El líquido cambia en su composición. Entre las semanas 38 y 40 se Vuelve lechoso y turbio debido a la descamación del vermis caseoso.

❖ Cambios fetales

El 45% de los fetos siguen creciendo después de la fecha esperada de Parto (embarazo posfechado). En promedio los fetos aumentan 200 g De peso semanales después de la semana 40 (7), y la incidencia de fetos macrosómicos es del 10% en la semana 40 y del 43% en la semana 43.

Lo que se asocia a parto obstruido y a trauma obstétrico. Entre un 5-10% de los fetos nacidos de embarazos postérmino presentan Cambios en su grasa subcutánea, indicando desnutrición intrauterina.

2.13 Complicaciones Relacionadas

Cabe mencionar que es importante conocer las complicaciones que el embarazo postérmino tiene, es decir que se debe tener en cuenta que una de las complicaciones más graves es la muerte del feto.

Siendo esta una de las principales causas, se debe tener en cuenta que este riesgo está en aumento.

2.13.1 Morbimortalidad Perinatal

El motivo principal del aumento del riesgo para el feto postérmino es el sufrimiento fetal durante el parto como consecuencia de la compresión del cordón que acompaña al oligohidramnios.

Este sufrimiento suele manifestarse en la forma de desaceleraciones prolongadas y variables de la frecuencia cardiaca fetal. Otra razón del mayor riesgo para el feto que no ha nacido después de la semana 42 es la restricción preexistente reconocida del crecimiento fetal con muerte antes de su nacimiento.

2.14 Problemas en el infante

Los problemas fetales asociados con gestación prolongada pueden dividirse en dos categorías:

- a) Los asociados a función uteroplacentaria disminuida, resultando en oligohidramnios, crecimiento fetal disminuido, pasó de meconio, asfixia, y riesgo potencial de muerte fetal.
- b) Los asociados con función placentaria normal, resultando en crecimiento fetal, con el subsecuente riesgo aumentado de trauma durante el parto, incluyendo distocia de hombros y Síndrome de postmadurez.

2.15 Síndrome de Postmadurez

Ocurre en el 10% de los embarazos prolongados y El recién nacido posmaduro tiene un aspecto característico consistente en piel arrugada, en Parches y descamativa, y un cuerpo delgado, de aspecto emaciado y alargado que sugiere Madurez avanzada. Algunos de estos neonatos están graves a causa de asfixia y aspiración De meconio.

A continuación se mencionan algunas de las principales consecuencias del síndrome de postmadurez:

➤ Oligohidramnios

La amenaza para el feto es más frecuente en los embarazos postérmino complicados por oligohidramnios a aunque no hay duda de que el feto se halla en peligro en presencia de Este trastorno, aún no se alcanza un consenso universal en cuanto al criterio estándar para diagnosticarlo.

➤ Macrosomía

Se define como un peso mayor de 4.000 gr. La posibilidad de que este problema aparezca aumenta si la madre es obesa o tiene diabetes mellitus. Las consecuencias de la Macrosomía incluyen obstrucción del trabajo de parto, trauma durante el nacimiento, especialmente distocia de hombros, lesión del plexo braquial e hipoxia.

La predicción de Macrosomía fetal puede ser posible por evaluación ecográfica y medida de la altura uterina. La circunferencia abdominal es la medida más importante para predecir Macrosomía.

Una circunferencia abdominal fetal mayor de 36 cm sugiere Macrosomía (error de 10%). Una altura mayor de 40 cm en una mujer no obesa sugiere Macrosomía.

➤ Sufrimiento fetal

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

➤ Aspiración de meconio

El feto rara vez pasa meconio antes de la semana 32, luego de la cual la frecuencia del paso de meconio aumenta progresivamente con el aumento de la Edad Gestacional. (EG) algunos fetos pasan meconio en respuesta a la hipoxia.

En embarazos prolongados la incidencia del paso de meconio es mayor a 25%. Una complicación asociada es que el volumen de líquido amniótico disminuye, y el meconio será menos diluido, resultando en un meconio espeso que estará disponible para la aspiración del feto.

El meconio espeso obstruirá el tracto respiratorio. En adición el meconio bloquea la acción del surfactante para reducir la tensión superficial y así interfiere con la función pulmonar.

2.16 Fisiopatología de los Problemas Perinatales en el Recién Nacido Postérmino

Se derivan de la existencia o no de las tres complicaciones asociadas:

1. Disfunción placentaria: El feto será pequeño para la Edad Gestacional (EG), a los problemas relacionados con la desnutrición se añaden la mayor incidencia de hipoxia y acidosis fetal.

2. Macrosomía fetal: Los problemas fetales estarán relacionados con el trauma del parto

3. Malformación fetal: Anencefalia, Síndrome de Shekel y cromosomopatías (Trisomías 16 y 18) son las más frecuentes.

2.17 Diagnostico

El término embarazo postérmino representa un diagnóstico basado en la mejor estimación disponible de la duración de la gestación al momento del parto. El diagnóstico óptimo de edad gestacional es entorpecido por la inexactitud en fechar el embarazo.

Los métodos clínicos son inferiores para determinar la edad gestacional en comparación con la ultrasonografía temprana.

La determinación de la edad gestacional por ecografía temprana resulta en disminución del número de embarazos prolongados. La Edad Gestacional (EG) determinada por ultrasonido disminuye la proporción de partos más allá de los 294 días de gestación en un 39%.

Sin embargo, el ultrasonido también otorga un margen de error, el cual es aproximadamente de una semana para ecografías del primer trimestre, 2 semanas para ecografías hechas durante el segundo trimestre, y 3 semanas para ultrasonidos hechos en el tercer trimestre

2.18 Diagnóstico del Postérmino.

El diagnostico de embarazo postérmino más allá de la Semana de Amenorrea (SA) 42 sólo puede establecerse si la fecha del comienzo del embarazo se ha determinado con exactitud.

En todos los demás casos, se trata únicamente de la sospecha de tal patología, lo cual permite subrayar la importancia de la determinación, lo más exacta posible, de la fecha de comienzo del embarazo durante el primer trimestre de la gestación, cuando los recuerdos de la madre son recientes y existe la posibilidad de obtener una fecha precisa con la ecografía.

2.19 Elementos Diagnósticos de Madurez Fetal.

Los criterios de madurez fetal permiten descartar la prematuridad más que diagnosticar un término sobrepasado. Constituyen esencialmente elementos de apreciación de la Edad Gestacional en caso de duda importante acerca del término.

2.20 Tratamiento

El tratamiento del embarazo posttérmino es de suma importancia ya que así se puede tratar las causas y buscar la manera de corregir el daño para brindar una mejor calidad de vida.

El tratamiento también se basa en el cuidado que la enfermera brinda tanto a la madre como al recién nacido. Este comienza desde el control prenatal, educando a la madre en cuanto a cada factor de riesgo y tomar las medidas necesarias para cada uno de ellos así como en identificar los datos de alarma, llevar las consultas previas para vigilar y monitorizar el embarazo adecuadamente.

2.20.1 Prevención del Embarazo Cronológicamente Prolongado y del Recién Nacido posttérmino

❖ La prevención del embarazo prolongado supone disminuir los riesgos para la madre, feto y recién nacido.

❖ Datar correctamente la Edad Gestacional (EG). Una adecuada anamnesis de la cronología de los ciclos menstruales, de la fecha de ovulación, y el uso de la ecografía de rutina en el inicio del embarazo permite una mejor evaluación de la (EG), lo que reduce la incidencia de embarazos postérmino.

❖ Realizar la Maniobra de Hamilton que consiste en despegar manualmente las membranas amnióticas unos 2 cm. alrededor del orificio cervical, lo que aumenta la liberación de prostaglandinas en la zona despegada. El despegamiento de las membranas realizado a término (38 semanas o después) disminuye la incidencia de embarazos postérmino.

❖ Estimulación del pezón. Actúa sobre la hipófisis posterior liberando oxitocina, lo que podría reducir la incidencia de embarazos postérmino.

❖ Utilización de prostaglandinas. Dos estudios aleatorizados, comparan el tratamiento vaginal con misoprostol o con dinoprostol con un grupo placebo, en mujeres con gestaciones a término y Bishop menor de 9.

El intervalo hasta el parto fue menor en aquellas que recibieron prostaglandinas. Ningún estudio ha confirmado la disminución de la tasa de inducciones, ni la disminución de los efectos adversos del embarazo prolongado.

2.21 Atención al Feto y Recién Nacido Postmaduro Durante el Parto y Periodo Neonatal Inmediato

Tanto el parto como el Recién Nacido RN de una gestación prolongada se deben considerar de alto riesgo y la gestante sometida a pruebas de monitorización antenatal encaminadas a detectar el bienestar fetal, las que nos indicaran el modo de finalizar el parto.

- Biometría fetal determinada por ecografía identifica al RCIU asociada al postérmino.
- Perfil Biofísico. Con especial atención al rango de movimientos fetales estimación del volumen de líquido amniótico y estimulación vibro acústica realizado dos veces por semana es efectivo a la hora de monitorizar el bienestar fetal.
- La prolongación del embarazo acarrea, la fisiológica disminución de la función placentaria; lo que implicaría una reducción progresiva de la oxigenación y la nutrición fetal.

2.21.1 Problemas neonatales asociados con el RN postérmino

La presencia de oligohidramnios y meconio en líquido amniótico en casos de RN postérmino pequeños para la edad gestacional. Es frecuente, incrementa el riesgo de compresión del cordón, hipoxia-acidosis fetal y síndrome de aspiración de meconio En los fetos postérmino macrosómicos es mayor la frecuencia de traumatismos en el parto.

RN con Síndrome de posmadurez. Este síndrome fue definido y clasificado por Clifford, aparece entre el 20% y 43% de las gestaciones prolongadas (12); acompaña también a cualquier estado de hipoxia crónica que conduzca a un RCI (Retraso de Crecimiento Intrauterino).

Es característico de estos Recién Nacidos (RN) mantener una longitud y perímetro cefálico normal, con pérdida de peso a expensas del panículo adiposo y tejido celular subcutáneo.

Los recién nacidos postérmino que pesan menos de 2500 g al nacer (Pequeños para la Edad Gestacional) tienen una mortalidad neonatal 7 veces superior a los recién nacidos postérmino en general.

Según la severidad de las características clínicas y las complicaciones que presenten ante, intra y postparto, los hipermaduros o postérmino se clasifican en tres estadios:

➤ **Etapa I.** El Recién Nacido (RN) es largo y delgado con aspecto desnutrido, por disminución del tejido celular subcutáneo, la piel seca, agrietada se desprende fácilmente en forma de láminas. La actitud del RN es de alerta y los ojos abiertos.

➤ **Etapa II.** A las características anteriores se suma, la tinción por meconio de piel, membranas placentarias y cordón umbilical hecho que refleja un mayor grado de disfunción placentaria y mayor riesgo de hipoxia perinatal.

➤ **Etapa III.** El feto y la placenta presentan una tinción amarillenta, secundaria a la exposición prolongada al meconio, durante varios días antes del nacimiento, indicando una insuficiencia placentaria avanzada y mayor riesgo de muerte perinatal.

Estas etapas características del síndrome de posmadurez, aumentan conforme lo hace la edad gestacional; de manera similar a la morbi-mortalidad perinatal.

2.22 Elementos de Control de los Embarazos Postérmino

Los embarazos postérmino constituyen de alto riesgo obstétrico (distocia mecánica) y fetal (morbilidad y la mortalidad). Esto condiciona su tratamiento, en la mayoría de los casos es posible una inducción.

En caso contrario, es necesario un control, cuyo objetivo es descartar el sufrimiento fetal que justificara una cesárea y en las demás situaciones la vigilancia debe esforzarse y hacerse más continua hasta obtener condiciones obstétricas favorables a la inducción o que simplemente permitan un parto espontáneo.

El control comporta elementos clínicos, de laboratorio, cardiográficos y ecográficos.

Clínica

Movimientos activos del feto: Pueden cuantificarse cuando ocurren espontáneamente o evaluarse mediante pruebas de estimulación de la actividad fetal. La disminución de los movimientos fetales activos deben considerarse un signo característico de sufrimiento fetal.

Estos movimientos pueden ser evaluados según la percepción materna, o pueden observarse por medio de la ecografía. Se trata de datos muy subjetivos, que deben ponderarse según la ansiedad de la madre y la disminución clásica de los movimientos fetales hacia el final del embarazo normal.

Amnioscopia

Se considera tradicionalmente como un medio para el control del feto después de la Semana de Amenorrea (SA) 41. En esta situación, la frecuencia del hallazgo de tinción del líquido amniótico por meconio es variable, entre 5.6 y 16.8.

La emisión de meconio se asocia con la anoxia fetal, secundaria a una vasoconstricción del territorio esplacnico, una relajación del esfínter anal y un aumento de la presión abdominal debida a una actividad respiratoria más amplia.

Levrán refiere el 57% de falsos negativos en el diagnóstico de la tinción de líquido y, en 289 embarazos postérmino, no encuentra diferencias significativas en términos de pronóstico neonatal, cuando el nacimiento del feto se introduce con el argumento de la tinción del líquido amniótico.

Estos argumentos, sumado al hecho de que la constatación de un líquido amniótico teñido no permite la localización temporal del sufrimiento fetal y que un líquido amniótico claro no permite predecir el intervalo seguro sin riesgo de sufrimiento.

Hacen que numerosos autores ya no recomiendan la amnioscopia en el control de los embarazos prolongados. En caso de duda, la amniocentesis permite estudiar con mayor precisión las características del líquido amniótico, pero no es prudente repetirla.

Exámenes de laboratorio:

a) Perfil biofísico fetal (PFB) fue propuesta por Manning e incluye cinco parámetros:

- ✓ Estudio de los movimientos respiratorios
- ✓ Estudio de los movimientos del feto
- ✓ Estudio del tono fetal
- ✓ Estudio de la cantidad de líquido amniótico
- ✓ Estudio del ritmo cardiaco fetal.

Cada elemento tiene una calificación de 0 a 2 según se considere patológico normal y la puntuación se evalúa sobre 10. Por encima de 8, se considera normal. Entre 4 y 6 existe una sospecha grande de asfixia crónica. La puntuación debe hacerse durante 30 minutos, lo cual constituye un problema, para un examen de detección hacia el final del embarazo.

2.23 Factores Pronósticos Para la Inducción Satisfactoria.

➤ Cuello uterino desfavorable

Aunque todos los obstetras saben lo que es un “cuello desfavorable”, lamentablemente el término no tiene una definición precisa. Por consiguiente, diversos investigadores han utilizado diferentes criterios para estudios de embarazos prolongados.

Las pacientes que no tenían dilatación cervicouterina mostraban un incremento del doble de la frecuencia de partos por cesárea a consecuencia de “distocia”. Yang (et al) (2004) señalaron que una longitud cervicouterina de 3 centímetros o menor medida con ecografía transvaginal pronosticaba una inducción satisfactoria

➤ Maduración cervicouterina

Diversos investigadores han valorado la prostaglandina E2 (PGE2) para la inducción del trabajo en las mujeres con cuello uterino desfavorable y embarazos prolongados.

El corte o desgarro de las membranas para inducir el parto, y por tanto prevenir el embarazo postérmino. Boulvain et al (1999) llevaron a cabo un metaanálisis de estos y observaron que el corte de las membranas a las 38 o 40 semanas reducía la frecuencia del embarazo prolongado.

➤ Inducción o pruebas fetales

Dados los beneficios limitados de la inducción en las pacientes con un cuello uterino desfavorable, en la actualidad se dispone de diversos estudios de calidad concebidos para resolver estas interrogantes importantes.

En un análisis de 19 estudios en el cohane pregnancy and childbirth trials registry, Gulmezoglu et al (2006) observaron que la inducción después de 41 semanas se acompañaba de varios decesos perinatales sin un incremento notable de la tasa de partos por cesárea.

Como los que han llegado a la semana 42 completa. Son insuficientes los datos para recomendar una medida de tratamiento entre las 40 y las 42 semanas completas.

En consecuencia aunque no se considera obligatorio, el inicio de la vigilancia fetal a las 41 semanas es una opción adecuada. Después de finalizar la semana 42, se recomiendan las pruebas prenatales o la inducción del parto.

2.24 Tratamiento Durante el Parto

El parto es un periodo muy peligroso para el feto de un embarazo postérmino, por lo tanto, las personas cuyos embarazos son postérmino, o pueden serlo, deben acudir al hospital tan pronto como sospechen el inicio del parto.

Mientras se valora si están en parto activo, es recomendable la vigilancia electrónica de la frecuencia cardiaca fetal y las contracciones uterinas para identificar variaciones indicativas de sufrimiento fetal.

La decisión de practicar la anotomía es problemática, la reducción adicional del volumen después de la amniotomía puede desde luego favorecer la posibilidad de compresión del cordón umbilical.

Por el contrario la amniotomía ayuda a identificar el meconio espeso, que puede ser peligroso para el feto si este sufre broncoaspiración, y así mismo, después de la ruptura de las membranas, es posible colocar un electrodo en el cuero cabelludo y adaptar un catéter para presión intrauterina. Estos dispositivos suelen proporcionar datos más precisos de la frecuencia cardiaca fetal y las contracciones uterinas.

La identificación del meconio espeso en el líquido amniótico es muy difícil. Es probable que la viscosidad signifique la falta de líquido y por lo tanto oligohidramnios. La broncoaspiración de meconio espeso puede ser causa de disfunción pulmonar grave y muerte neonatal.

La posibilidad de un parto vaginal satisfactorio se reduce en grado considerable en la mujer nulípara que se encuentra en parto inicial y que tiene un líquido amniótico teñido de meconio espeso.

Cuando todavía falta mucho para el parto, es muy importante que se tenga en cuenta agilizar el parto por cesárea, sobre todo cuando se sospecha de desproporción cefalopelvica o es evidente el parto disfuncional hipertónico o hipotónico, en estos casos se opta por evitar el uso de la oxitocina.

Hasta fecha reciente se enseñaba que la broncoaspiración de meconio podría minimizarse pero no eliminarse mediante la aspiración de la faringe tan pronto como alumbrara la cabeza.

El American College of Obstetricians and Gynecologists (2007) no recomienda la aspiración sistemática durante el parto, sin embargo, si el recién nacido deprimido tiene líquido teñido de meconio, entonces se lleva a cabo la intubación con aspiración traqueal.

2.25 Intervenciones de Enfermería

Las Intervenciones (actividades o acciones enfermeras), son las encaminadas a conseguir un objetivo previsto, de tal manera que en el Proceso de Atención de Enfermería, se debe de definir las Intervenciones necesarias para alcanzar los Criterios de Resultados establecidos previamente.

Es decir las intervenciones de enfermería permiten llevar un orden establecido sistémico y metódico para así llevar a cabo las actividades propuestas para la mejora del paciente. Una intervención de enfermería permite alcanzar objetivos propuestos y una serie de pasos para alcanzar la mejoría y satisfacción del paciente.

De acuerdo con las intervenciones y lo que le compete a la enfermería se debe brindar un adecuado control prenatal para así orientar a las madres a informarse acerca de los riesgos de llevar un embarazo postérmino, es decir brindar la atención necesaria para que las pacientes cuenten con la mejor información para prevenir las muertes fetales y maternas.

El control prenatal se define como Conjunto de acciones médicas asistenciales y educativas con fines preventivos, diagnósticos y curativas, programadas por el equipo de salud.

con el objetivo de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico. La evaluación del control prenatal debe ser precoz, periódica, integral y de amplia cobertura.

2.26 Control Clínico

❖ Primera visita:

Se realiza anamnesis y evaluación general, estimación de la edad de gestación y fecha probable de parto. Se solicitan exámenes de rutina:

- ❖ (Exámenes de laboratorio al inicio del control: hematología completa, urea, glicemia, creatinina, VDRL, VIH, heces, examen de orina y urocultivo, grupo sanguíneo y Rh. Antígeno de superficie de la hepatitis B. Serología para toxoplasmosis (IgG E IgM) y rubéola (IgG) (en caso de no haber sido vacunada). En caso de Rh negativo: tipiaje de la pareja, aglutininas anti Rh.

Ecosonograma básico (establecer edad de la gestación, vitalidad embrionaria así como la localización del saco gestacional, número de fetos, cantidad de líquido amniótico y ubicación placentaria).

❖ Visitas sucesivas

En ellas se re interroga a la gestante, se practica examen clínico obstétrico y se revisan o programan exámenes complementarios de rutina para embarazos de bajo riesgo.

Ante la sospecha de una patología se amplía la atención de acuerdo al protocolo correspondiente. Las visitas se realizan de acuerdo al siguiente esquema:

- a) Segunda consulta: entre la 13 y la 18 semana
- b) Tercera consulta: entre la 22 y la 24 semana
- c) Cuarta consulta: entre la 24 y la 29 semana
- d) Quinta consulta: entre la 32 y la 35 semana
- e) Sexta consulta: entre la 38 y la 40 semana

Después de la semana 38 se deben realizar consultas semanales con el objeto de prevenir, detectar y tratar factores de riesgo de la etapa perinatal. Realizar el control hasta la semana 41 y si alcanza esta edad de gestación, referir a un tercer nivel de atención.

❖ Examen Físico

➤ Evaluar:

Peso: el control de aumento de peso va en relación con el Índice de Masa Corporal (IMC) previo a la gestación, de acuerdo con el siguiente esquema:

- a) Bajo peso (IMC menor de 19.8), 12.5 a 18 kg
- b) Peso normal (IMC 19.9 – 24.8), 11 a 12.5 kg y en adolescentes, hasta 16kg
- c) Sobrepeso (IMC 24.9 – 29.9), 7 kg
- d) Obesidad (IMC mayor a 30), 7 kg

➤ Exploración obstétrica:

- a) Altura uterina tomada con cinta métrica desde el borde superior del pubis al fondo uterino y relacionarla con la edad de gestación.
- b) Maniobras de Leopold: a partir de la semana 32 del embarazo, para determinar la estática fetal.

- c) Auscultación del latido cardíaco fetal
- d) Exploración vaginal: se reserva para aquellos casos en los que la clínica sugiera su utilidad.
- e) Presión arterial.

❖ Ecosonogramas

- A las 18-20 semanas para posible diagnóstico de malformaciones fetales.
- A las 34-36 semanas para control del crecimiento fetal.
- Se modificará este esquema de acuerdo a evolución clínica y/o a la detección de patologías.

2.27 Identificación del Riesgo

Clasificación del riesgo

❖ Bajo riesgo:

Es el estado de las embarazadas que evaluadas integralmente presentan condiciones óptimas para el bienestar de la madre y el feto y no evidencian factores epidemiológicos de riesgo, antecedentes gineco-obstétricos o patología general intercurrente.

❖ Alto riesgo

a) Tipo I:

Cuando las embarazadas se encuentran en buenas condiciones de salud pero presentan uno o más factores de riesgo de tipo epidemiológico y/o social:

Analfabetismo, pobreza crítica, vivienda no accesible al establecimiento de salud, unión inestable, trabajo con esfuerzo físico, estrés, tabaquismo, alcohol u otras drogas, embarazo no deseado, control prenatal tardío, edad materna igual o menor de 19 años y mayor de 35 años, talla 1.50 metros o menos, peso menor a 45 kg u obesidad. Paridad menor de 4, intervalo ínter-genésico menor de 2 años y mayor de 5 años.

b) Tipo II:

Cuando las embarazadas se encuentran en buenas condiciones de salud pero presentan uno o más antecedentes de patología gineco-obstétrica perinatal o general, con o sin morbilidad materna o perinatal: peso inadecuado para la edad gestacional, malformaciones congénitas fetales, trauma o infección fetal, retardo mental, parálisis cerebral, edad de gestación desconocida, paridad mayor de 4, parto prematuro, embarazo prolongado, preeclampsia-eclampsia, cesárea anterior, rotura prematura de membranas.

c) Tipo III:

Constituye el riesgo mayor para las embarazadas que ameritan atención especializada en casos de: pérdida fetal recurrente, infertilidad, incompetencia cervical, malformaciones congénitas uterinas, tumores ginecológicos, cáncer, trastornos hipertensivos del embarazo.

Hemorragias obstétricas, presentaciones diferentes a la cefálica de vértice, desproporción feto pélvica, placenta previa, anemia, diabetes u otras endocrinopatologías.

Nivel de atención para embarazadas de bajo riesgo (Servicios)

➤ Nivel 1:

Evaluación e identificación de riesgos. Riesgos tipo I (excepto edades extremas de la vida reproductiva).

➤ Nivel 2:

- ✓ evaluación prenatal, del parto y puerperio. Medidas terapéuticas básicas o iniciales.
- ✓ Educación sobre medidas nutricionales básicas: suplementación universal solo con hierro y ácido fólico (ver protocolo de anemia) e incorporación a programas nutricionales.
- ✓ Toxoide tetánico + diftérico: primera dosis al momento de la captación y la segunda dosis cuatro semanas después de la primera dosis. En caso de haber recibido la inmunización completa en los últimos cinco años aplicar un refuerzo después de la semana 20.
- ✓ Vacuna anti-influenza estacional en el 2º o 3er trimestre del embarazo.

Identificación de los Signos de Alarma:

Para garantizar el nacimiento de un recién nacido sano con un riesgo mínimo para la madre se hace uso del control prenatal, el cual se dirige a la evaluación continua del estado de salud de la madre y el feto.

La anticipación de los problemas mediante el seguimiento de la gestante y la enseñanza de los síntomas y signos de alarma. Los signos y síntomas de alarma por los que una gestante, en caso de presentarlos, debe acudir inmediatamente a un hospital o centro de salud más cercano son los siguientes:

- a) fuerte dolor de cabeza
- b) zumbido en el oído,
- c) visión borrosa con puntos de lucecitas
- d) náuseas
- e) vómitos frecuentes
- f) disminución o ausencia de movimientos del feto,
- g) palidez marcada, hinchazón de pies, manos o cara,
- h) pérdida de líquido o sangre por la vagina o genitales
- i) aumentar más de dos kilos por semana.

Entre otros, como fiebre y las contracciones uterinas de 3 a 5 minutos de duración antes de las 37 semanas. Una vez identificado algún criterio de alto riesgo, la embarazada debe ser referida para evaluación al segundo nivel de atención, donde exista un equipo interdisciplinario especializado, quienes decidirán la aceptación o contra referencia al tercer nivel (hospitales) de acuerdo con la severidad del riesgo.

Como se observa el control prenatal es de suma importancia ya que orienta y ayuda a la madre a orientarse a cerca de las medidas que debe seguir para que pueda tener un embarazo y un parto con el menor riesgo posible.

La Licenciada en enfermería y obstetricia tiene la obligación de informar a la mujer embarazada acerca de las medidas más importantes que debe seguir, así como signos de alarma.

También tiene que informar acerca de los beneficios de inducir un trabajo de parto, así como la importancia que tiene el control prenatal, la enfermera tiene la obligación de informar lo siguiente:

- La posibilidad de posmadurez a partir de la semana de amenorrea (SA) 39
- El aumento de la morbilidad materna y perinatal en caso de posmadurez.
- El beneficio de la inducción sistemática entre la semana de amenorrea 41
- La conveniencia de los medios de control (ritmo cardiaco fetal, y evaluación ecográfica del líquido amniótico) para prevenir el sufrimiento fetal.
- La necesidad de conocer precisamente la edad gestacional.
- La determinación de la edad gestacional ya sea por ultrasonido o según los datos clínicos precisos.
- Control semanal a partir de la semana 39-40 del ritmo cardiaco fetal y la ecografía.
- Se propone una inducción de la semana de amenorrea si las condiciones locales, particularmente cervicales, permiten suponer un trabajo de parto rápido.

En el caso contrario el control cuidadoso dos veces por semana tiene por objeto detectar todo signo sospechoso de alteración del bienestar fetal. Este se considera hasta la obtención de la maduración cervical satisfactoria ya sea espontanea o provocada.

La mayoría de las mujeres darán a luz los tres días que siguen la fecha probable de parto (FPP) (el 40-50%) o en los 7 días (el 90%). la valoración inicial incluye un registro del ritmo cardiaco y un estudio de la cantidad del líquido amniótico por ecografía.

En caso de duda en cuanto a la interpretación de estos exámenes la realización de un perfil biofisico fetal puede aportar informaciones complementarias útiles.

El estudio por velocimetria doppler de los sitios usuales de medida en el feto, comenzando por la arteria umbilical, la aorta fetal y las arterias cerebrales, pueden aportar elementos de gran valor en la detección del sufrimiento fetal.

La integración de estos elementos en el control de los embarazos prolongados depende de los medios y de la organización en el seno de los servicios de obstetricia. La frecuencia de las exploraciones fetales es consecuencia de su valor de predicción negativo. Este disminuye si se pasa de una evaluación dos veces por semana a una vez por semana. Por esta razón la mayoría de los servicios practica un control de 48 horas.

Es posible distinguir dos poblaciones, una en la cual es suficiente un control cada 48 horas como los embarazos sin riesgo suplementario y otra en la cual es aconsejable un control diario o incluso dos veces por día.

- Antecedentes obstétricos patológicos
- Embarazo patológico
- Disminución de los movimientos activos
- Índice de resistencia umbilical aumentado.

Sin embargo es probable que en esta población de alto riesgo obstétrico sea aconsejable una inducción, eventualmente precedida por una maduración cervical. El control se continúa hasta la semana de amenorrea (SA) 42, debido al alto riesgo de dismadurez a partir de esta fecha.

La actitud obstétrica depende de los elementos que permitieron determinar la edad gestacional el estado del feto. La mortalidad del parto depende de la gravedad de afectación fetal y de las condiciones obstétricas.

Puede considerarse una cesárea para evitar un sufrimiento fetal perparto suplementario debido a la duración del trabajo (asociado con las dificultades para la inducción), una inducción por perfusión de oxitocina y puede proponerse una maduración cervical previa cuando la situación fetal inmediata no es preocupante.

La utilización de prostaglandinas permite mejorar rápidamente la maduración del cuello uterino en la mayoría de las situaciones. La frecuencia de hipertonías secundarias a su utilización ha disminuido gracias a la utilización de análogos de las prostaglandinas y a la vía intracervical estricta o intravaginal. Sin embargo, aunque el riesgo de hipertonía sea mínimo, debe discutirse el interés de esta terapia en caso de fetos frágiles o úteros cicatriciales.

Las intervenciones de enfermería están basadas principalmente en la gestión del cuidado hacia los pacientes para proporcionar una atención integral, ya que son seres bio-psico-social.

Es importante mencionar que debemos atenderlos con el mejor humanizo posible y que de acuerdo a los cuidados y a la información que les brindemos a las pacientes se podrá ayudar a prevenir los riesgos que este embarazo puede desencadenar en el embarazo postérmino, así como prevenir las muertes tanto fetales como maternas.

Para que asiera tengan una mejor calidad de vida, si bien la enfermera tiene al cargo una gran responsabilidad para orientar a las madres para que lleven a cabo un adecuado control prenatal y las madres sepan actuar ante algún signo de alarma que se les presente.

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA

La presente investigación documental es de gran importancia ya que así se puede saber lo que significa un embarazo postérmino y el cómo poder actuar ante ello.

Se puede brindar a una orientación e información a las pacientes con esta patología, mediante documentales y conferencias, para que estas estén educadas y conozcan acerca de este tema, y que puedan reaccionar ante alguna situación emergente, y que estén al tanto de como poder brindarle los cuidados necesarios a su bebe.

Esta investigación permite orientar así mismo a toda la sociedad, ya que en la actualidad se desconoce sobre el tema, y no es un tema que la sociedad conozca, no es un contenido del que la sociedad esté al tanto y sepa manejarlo, o pueda actuar ante esta situación, cuando se habla de embarazo postérmino.

El impacto que se debe dejar en la sociedad es educarlos y que esta misma maneje al 100% la información y así mismo pueda seguir educando a las siguientes generaciones.

Con esta investigación se pretende alcanzar un objetivo el cual sea educar a la sociedad en especial a las madres que no han tenido embarazos postérmino. Y en especial a las pacientes que lo han padecido, involucrar a todas las personas que convivan con la paciente, para que así en conjunto se pueda llevar a cabo de forma eficiente una información clara y que se pueda transmitir a las siguientes

Es de suma importancia que las mujeres se den cuenta que puede padecer un embarazo post termino y que se pone en riesgo la vida del feto, y se debe estar consciente de los cuidados especiales que un bebe post maduro necesita, para así poder brindárselos.

La presente investigación documental tiene la finalidad de educar a la madre, pero también orientar al mismo personal de salud para saber cómo poder brindar una atención de calidad y los cuidados necesarios a la paciente con embarazo postérmino.

Saber en qué momento se debe llevar a cabo el término del embarazo, la inducción del parto o en todo caso cesárea, Y para saber cuáles son los cuidados especiales que necesita el feto en las unidades especiales para mejoría.

Es de gran importancia que el personal de enfermería específicamente, sepa educar y orientar a la madre, brindándoles una preparación desde física y emocionalmente para que la mujer tenga más herramientas para cuidarse.

El impacto en la sociedad de esta investigación será importante ya que de acuerdo con los diferentes autores solo un porcentaje bajo padece embarazos postérmino y es por esto mismo que el tema no es difundido a grandes rasgos y por lo tanto la sociedad no tiene el conocimiento suficiente para detectar problemas futuros.

Es por esto que la enfermera es la encargada de difundir esta información, para que la población sepa que el padecer un embarazo postérmino también tiene riesgos irreversibles.

3.1 Variables

Una variable es todo aquello que puede asumir diferentes valores desde el punto de vista cualitativo y cuantitativo.

Una variable dependiente es aquella que depende supuestamente de otra variable, llamada independiente, son efectos, resultados, productos.

Una variable independiente es aquella de la cual depende la variable dependiente, son antecedentes, causas, insumos.

Es por esto que las variables dentro de la investigación son de suma importancia, porque nos permiten medir los valores y elegir cual se adapte mejor para la investigación.

La importancia de la metodología en esta investigación es que permite orientar e informar acerca del tema, las definiciones y los procesos que se necesitan para llevar a cabo una buena investigación acerca del embarazo post termino.

En ocasiones se olvida que la importancia en el campo de la enfermería es el cuidado y la educación hacia los pacientes, pues la metodología permite llevar a cabo y dar a conocer todos y cada uno de estos aspectos que se mencionan anteriormente.

Cuadro 1 “Variables”

Acciones	Aspecto
Embarazo postérmino	El embarazo postérmino es aquel que sobrepasa su fecha estimada para el parto, es aquel que cuando se prolonga desencadena patologías que ponen en riesgo la vida del feto.
Factores de riesgo	Mal cálculo de la edad gestacional por error de los datos de la fecha de última menstruación. Antecedentes genéticos. Antecedentes personales de embarazos Postérmino
Complicaciones del embarazo postérmino.	Cambios en el líquido amniótico. Oligohidramnios. Morbilidad fetal. Macrosomía. Cambios fetales Muerte fetal Síndrome de post madurez. Aspiración del meconio.
Intervenciones de enfermería	Brinda orientación a la madre para que sepa cómo prevenir un embarazo postérmino. Educar a la madre para saber actuar ante estas situaciones.

3.2 Decálogo de Ética

Actualmente en nuestro país se han venido haciendo reclamos de la mejor justicia, para contar con la mejor calidad de los servicios de salud ya sean públicos o privados. Este reclamo obliga a los profesionales que interactúan en la atención a la salud a encontrar alternativas de mejoramiento en su saber, en su práctica y en la forma de asumir la responsabilidad ética que les corresponde.

La condición fundamental para el logro del desarrollo integral de toda sociedad es el bienestar que conlleva a la salud de todos los ciudadanos. En el país se viene haciendo un reclamo de la mayor justicia, para contar con la mejor calidad de los servicios de salud ya sean públicos o privados.

Este reclamo obliga a los profesionales que interactúan en la atención a la salud a encontrar alternativas de mejoramiento en su saber, en su práctica y en la forma de asumir la responsabilidad ética que les corresponde.

En este sentido el profesional de enfermería tiene una sólida formación basada en fundamentos técnicos científicos, humanísticos y éticos que le permiten desempeñar su ejercicio con calidad y conciencia profesional.

Durante su formación adquiere conocimientos, habilidades y atributos para ejercer la enfermería y en ese sentido las instituciones educativas tienen como función asegurar a la sociedad el tipo de cualidades que requiere un profesionista para ejercer su práctica formal, como una garantía de interés público regulado por las instituciones, por lo tanto, el título y la cédula profesional constituyen un requisito indispensable para ejercer la práctica profesional de la enfermería en México.

El profesional de enfermería adquiere el compromiso de observar normas legales y éticas para regular su comportamiento; así sus acciones, decisiones y opiniones tratarán de orientarse en el marco del deber ser para una vida civilizada, respetando lo que se considera deseable y conveniente para bien de la sociedad, de la profesión, de los usuarios de los servicios de enfermería y de los mismos profesionistas.

Es importante mencionar que la observancia de las normas éticas es una responsabilidad personal, de conciencia y de voluntad para estar en paz consigo mismo. Por lo tanto, el profesionista se adhiere a un código de ética por el valor intrínseco que tiene el deber ser y en razón del valor que el mismo grupo de profesionistas le otorgue.

Un código de ética hace explícitos los propósitos primordiales, los valores y obligaciones de la profesión. Tiene como función tocar y despertar la conciencia del profesionista para que el ejercicio profesional se constituya en un ámbito de legitimidad y autenticidad en beneficio de la sociedad, al combatir la deshonestidad en la práctica profesional, sin perjuicio de las normas jurídicas plasmadas en las leyes que regulan el ejercicio de todas las profesiones.

En enfermería es importante contar con un código ético para resaltar los valores heredados de la tradición humanista, un código que inspire respeto a la vida, a la salud, a la muerte, a la dignidad, ideas, valores y creencias de la persona y su ambiente.

Un código que resalte los atributos y valores congruentes con la profesión y que asimismo han sido propuestos por el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE).

La Ley Reglamentaria del Artículo 5° Constitucional relativo al Ejercicio de las Profesiones, contiene los ordenamientos legales que norman la práctica profesional en México.

Es importante recordar que un código de ética profesional, es un documento que establece en forma clara los principios morales, deberes y obligaciones que guían el buen desempeño profesional.

Esto exige excelencia en los estándares de la práctica y mantiene una estrecha relación con la ley de ejercicio profesional que determina las normas mínimas aceptadas por ambos para evitar discrepancias.

La ética como disciplina de la filosofía es la aplicación de la razón a la conducta, exige reflexionar y juzgar individualmente sobre el deber de cada momento y circunstancia concreta. Es la reflexión de lo que se debe hacer porque está bien, por tanto es la valoración para tomar una decisión libre y actuar en sentido del bien universal.

Esta reflexión es intransferible, pues en la ética cada hombre se obliga por su condición humana al bien propio y al de sus semejantes. La reflexión ética en un sentido estricto alude al bien como fin último de todos los hombres, para preservar la vida, la integridad y la libertad del ser humano. Estudia al hombre en la concreción y responsabilidad de sus actos.

La conciencia ética debidamente formada es el fundamento del deber ser como ideal de la conducta, que significa el comportamiento ético. La ética como ciencia aplicada se sustenta en los principios universales del bien, válidos en cualquier circunstancia de tiempo y de lugar.

El objeto material de la ética es el acto humano, es decir, el acto realizado consciente y libremente. Su objeto formal es la rectitud moral; de esta manera la ética persigue con el acto el fin bueno.

Para que un acto sea considerado como bueno o moral debe de realizarse conforme a la naturaleza humana, por lo tanto la ética estudia la moralidad de los actos humanos. El acto humano se concibe con el ejercicio de las facultades del razonamiento, la libertad y la voluntad, lo que implica la realización de un acto responsablemente.

En él lo más esencial es la intencionalidad, es decir, el hombre como dueño de su voluntad y su libertad se conduce con conocimiento y responsabilidad, el actuar así lo hace comportarse como persona.

De esta manera los actos humanos que sancionan la ética y la moral están determinados por el conocimiento, la voluntad, la aceptación y la responsabilidad. Los seres humanos durante todos los tiempos se han regido por las exigencias, principios y valores que sustentan el comportamiento humano en forma individual o colectiva.

La ética hace referencia a estas exigencias a través del ejercicio de la libertad y de la responsabilidad de los actos realizados, por ello se le llama acto humano, porque fue razonado; éste compromete porque involucra la voluntad y libertad para decidir, esta característica es en sí misma exclusiva del ser humano.

La moral considerada como regla de conducta es el conjunto de comportamientos y normas que algunos suelen aceptar como válidos, porque son los deberes y obligaciones para con la sociedad.

La palabra moral etimológicamente tiene que ver con las costumbres y con las disposiciones sociales, que pueden ser esencialmente malas o inmorales por muy válidas y aceptadas que éstas se presenten.

La moral debe guiar la conducta humana en los comportamientos cotidianos de acuerdo a los principios y valores de un grupo determinado. Apela a las propias convicciones

del individuo y se relaciona directamente con el quehacer humano haciendo referencia al bien y al mal.

Marca las directrices que dentro del grupo son aceptadas como buenas, por consiguiente, se puede decir que la moral es la regla de las costumbres dirigidas o encaminadas hacia el bien de las personas.

La conciencia moral u órgano axiológico de lo ético va más allá de la mera complacencia o convicción personal, en tanto que juzga el bien o el mal de lo hecho y a la bondad o maldad de quien lo hace, porque el hombre siempre elige un bien pero en ocasiones no elige bien.

El bien del hombre consiste en orientar su conducta hacia el perfeccionamiento como persona, el cual requiere de la moral para normar su actuación dentro del grupo, ya que de ella emanan las directrices que le permitirán actuar hacia el bien común, proporcionándole paz, armonía y tranquilidad de conciencia para vivir dentro de la sociedad.

Así resulta que la moral no es restricción, limitación o prohibición, sino más bien afirmación, elevación, expansión y planificación. A la persona humana se le reconoce por su actuación consciente expresada en los múltiples actos de su vida, todos condicionados por los valores que en ética se derivan del principio del respecto igual y recíproco a la dignidad humana.

Considerando que la dignidad es el carácter de lo que tiene de valor la persona en sí y por sí; es el valor peculiar que todo hombre tiene como persona en tanto que es racional, perfectible, inviolable, único, autónomo y sensible por lo cual merece todo respeto.

Así la dignidad debe entenderse como la suma de derechos y como el valor particular que tiene la naturaleza humana por tener un libre uso de la razón y del juicio que da la inteligencia.

La dignidad, por ser un valor inviolable que tiene esencialmente todos y cada uno de los seres humanos, independientemente de sus atributos accidentales, no tiene precio, no es comparable en ningún sentido con las cosas materiales que tienen un precio y que nunca equivaldrán al valor que la propia naturaleza concedió al hombre como ser de razón, insustituible e irrepetible, capaz de expresarse en actos de afecto, simpatía y amistad.

Cada hombre en su semejanza es diverso en sus valores, sin embargo la dignidad es un valor universal que se deriva de la apreciación que cada persona hace de su propia dignidad.

El humanismo en términos generales, se define como la actitud centrada en el interés por lo humano no sólo de un modo genérico (pueblo, sociedad, humanidad) sino por la persona concreta con nombre y apellidos, y en el desarrollo y bienestar de lo que el hombre es en lo biológico, psicológico, social, cultural y espiritual.

En este mismo sentido que se da en el humanismo, el hombre para realizarse como persona requiere de un comportamiento ético para practicar el respeto a la integridad que significa la vida y la dignidad de sus semejantes.

Practicar el humanismo es partir de conocerse a sí mismo. Es la idea de sí mismo reflejada en otra persona. Cada hombre será más hombre si se reconoce en la dignidad de los demás.

Ser humanista es ser capaz de reconocer y respetar la dignidad del hombre, de comprender la vida y entender al ser ajeno, es la mejor forma de ser humano y de aspirar a la forma más elevada de vida humana.

Un código que represente el ideal del ejercicio como orientación general, pues en ética no hay una única decisión correcta. Siempre hay algunas mejores que otras, en eso estriba la reflexión responsable que implica esta disciplina y es en este sentido que el código pretende ayudar a tomar la decisión pertinente, sirviendo de guía, estableciendo deberes, estimulando la conducta ética y permitiendo identificar las conductas que no lo son.

De esta forma el código de ética debe inspirar la correcta conducta profesional considerando que lo ético no es negociable y que hay una gran diferencia entre actuar bien por inseguridad, temor o simple obediencia y actuar bien por conocimiento, dignidad y por respeto a sí mismo y a la sociedad, esto último es lo que se conoce como ética profesional.

Un código de ética para enfermería debe constituirse necesariamente en una guía de conducta, con fundamentos que unifiquen y delimiten los conceptos sobre el hombre, la sociedad, la salud y la propia enfermería, de tal forma que se considere: Al hombre como un ser bio-psico-social dinámico, que interactúa dentro del contexto total de su ambiente, y participa como miembro de una comunidad.

A la sociedad como un conjunto de individuos que en nuestro país se constituyen en un Estado social y democrático de derecho, que promueve como valores superiores de su ordenamiento jurídico: la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político.

A la salud como un proceso de crecimiento y desarrollo humano, que se relaciona con el estilo de vida de cada individuo y con la forma de afrontar ese proceso en el seno de los patrones culturales en los que se vive.

A la enfermería, constituida como un servicio, encaminado a satisfacer las necesidades de salud de las personas sanas o enfermas, individual o colectivamente. Dicho servicio debe considerar de manera prioritaria:

La conciencia de asumir un compromiso profesional serio y responsable. La participación coherente de este compromiso dentro de la sociedad. El reconocimiento y aplicación en su ejercicio de los principios de la ética profesional, y La práctica de una conducta de verdadero respeto a los derechos humanos.

Al hablar de enfermería se asocia la relación tan íntima que esta profesión tiene con los valores humanísticos, éticos y morales. La enfermera, consciente o inconscientemente los utiliza al proporcionar los cuidados por lo cual no se concibe a la enfermería sin esta interrelación. La enfermera, a través del cuidado, pone en marcha todo aquello que mueve la energía del ser humano, su potencial, su deseo de vivir.

El cuidado es una actitud que trasciende las dimensiones de la realidad humana. Tiene un significado de auténtico humanismo ya que conlleva la sensibilidad que es incomparablemente mayor que la eficiencia técnica, porque está en relación con el orden de los fines y la última con la de los medios.

Los pacientes tienen derecho a recibir un cuidado integral de calidad y para eso se requiere de enfermeras profesionales con una estimación y respeto de sí mismas y de los demás, que amen la vida en cualquiera de sus formas y que manifiesten sus valores a través de la paciencia y la inteligencia, con capacidad de observación, reflexión y optimismo para que puedan conducir su práctica con un alto sentido ético y de satisfacción propia.

Por todo esto se hace necesario que la enfermera conozca las potencialidades y debilidades de sí misma y de los demás, esa cualidad de reconocer su capacidad humana implica su disposición de dar, de conducirse y de actuar, así como de renunciar a todo aquello que pueda hacer y hacerle daño.

El objetivo principal de la enfermería es el cuidado de la salud del ser humano considerado con todos sus valores, potencialidades y debilidades, mismos que son valorados junto con las experiencias que la persona está enfrentando en el momento que ha perdido su salud.

La enfermera le ayuda a entender y tener conocimiento de la situación, con lo que le permite incorporar y confrontar sus valores en situaciones adversas.

Es la enfermera, a diferencia de otros profesionales del equipo de salud, quien a través de proporcionar los cuidados debe buscar la comunicación que la conduzca a hacer de su práctica una actitud permanente de acciones éticas a diferencia de sólo demostrar su destreza técnica.

La profesión de enfermería exige una particular competencia profesional y una profunda dimensión ética plasmada en la ética profesional que se ocupa de los deberes que surgen en relación con el ejercicio de la profesión.

Así cualquier intervención de enfermería se rige por criterios éticos genéricos que pueden resumirse en trabajar con competencia profesional, sentido de responsabilidad y lealtad hacia sus compañeros.

De este modo, para los fines específicos de este código, se requiere una definición clara de principios éticos fundamentales que serán necesarios para el apego y desempeño correcto en todas las intervenciones de enfermería.

Encaminadas a restablecer la salud de los individuos, basadas en el conocimiento mutuo y con respeto de la dignidad de la persona que reclama la consideración ética del comportamiento de la enfermera.

Beneficencia y no maleficencia.- Se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Se rige por los siguientes deberes universales: hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada.

Si al aplicar este principio no se tienen las condiciones, medios o conocimientos para hacer el bien, se debe elegir el menor mal evitando transgredir los derechos fundamentales de la persona, los cuales están por encima de la legislación de los países y de las normas institucionales. Para la aplicación de este principio se debe buscar el mayor bien para la totalidad: esto tiene una aplicación individual y social.

Justicia.- La justicia en la atención de enfermería no se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traducen en un trato humano.

Es un valor que permite ser equitativo en el actuar para la satisfacción de las necesidades sin distinción de la persona. Este principio permite aclarar y dar crédito a muchas situaciones desde aspectos generales y organizativos, como la asistencia institucional hasta la presencia de numerosas iniciativas sociales para otorgar con justicia los servicios de salud.

Autonomía.- Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales. Con este principio se reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones.

El reconocimiento de la autonomía de la persona se da ética y jurídicamente con el respeto a la integridad de la persona y con el consentimiento informado en el que consta, preferiblemente por escrito si el paciente está consciente, que comprende la información y está debidamente enterado en el momento de aceptar o rechazar los cuidados y tratamientos que se le proponen.

A través del consentimiento informado se protege y hace efectiva la autonomía de la persona, y es absolutamente esencial de los cuidados de enfermería.

Valor fundamental de la vida humana.- Este principio se refiere a la inviolabilidad de la vida humana, es decir la imposibilidad de toda acción dirigida de un modo deliberado y directo a la supresión de un ser humano o al abandono de la vida humana, cuya subsistencia depende y está bajo la propia responsabilidad y control.

El derecho a la vida aparece como el primero y más elemental de todos los derechos que posee la persona, un derecho que es superior al respeto o a la libertad del sujeto, puesto que la primera responsabilidad de su libertad es hacerse cargo responsablemente de su propia vida. Para ser libre es necesario vivir. Por esto la vida es indispensable para el ejercicio de la libertad.

Privacidad.- El fundamento de este principio es no permitir que se conozca la intimidad corporal o la información confidencial que directa o indirectamente se obtenga sobre la vida y la salud de la persona. La privacidad es una dimensión existencial reservada a una persona, familia o grupo.

El principio de privacidad tiene ciertos límites por la posible repercusión personal o social de algunas situaciones de las personas al cuidado de la enfermería, y el deber de ésta de proteger el bien común, sin que esto signifique atropellar la dignidad de la persona a su cuidado.

Fidelidad.- Entendida como el compromiso de cumplir las promesas y no violar las confidencias que hacer una persona. Las personas tienden a esperar que las promesas sean cumplidas en las relaciones humanas y no sean violadas sin un motivo poderoso.

No obstante, a veces pueden hacerse excepciones, cuando el bien que se produce es mayor que el cumplimiento de las mismas o cuando el bienestar de la persona o de un tercero es amenazado; pero es importante que estas excepciones las conozca la persona al cuidado de enfermería.

Veracidad.- Se define como el principio ineludible de no mentir o engañar a la persona. La veracidad es fundamental para mantener la confianza entre los individuos y particularmente en las relaciones de atención a la salud. Por lo tanto, las enfermeras tienen el deber de ser veraces en el trato con las personas a su cuidado y con todo lo que a ella se refiera.

Confiabilidad.

Este principio se refiere a que el profesional de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información. Dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayuda a las personas.

La enfermera debe mantener y acrecentar el conocimiento y habilidades para dar seguridad en los cuidados que brinda a las personas y a la comunidad.

Solidaridad.- Es un principio indeclinable de convivencia humana, es adherirse con las personas en las situaciones adversas o propicias, es compartir intereses, derechos y obligaciones.

Se basa en el derecho humano fundamental de unión y asociación, en el reconocimiento de sus raíces, los medios y los fines comunes de los seres humanos entre sí. Las personas tienen un sentido de trascendencia y necesidad de otros para lograr algunos fines comunes.

La solidaridad debe lograrse también con personas o grupos que tienen ideas distintas o contrarias, cuando estos son un apoyo necesario para lograr un beneficio común. Este principio es fundamental en la práctica de enfermería ya que en todas las acciones que se realizan para con las personas se parte de la necesidad de asociarse para el logro del bien común y la satisfacción mutua.

Tolerancia.- Este principio hace referencia a admitir las diferencias personales, sin caer en la complacencia de errores en las decisiones y actuaciones incorrectas.

Para acertar en el momento de decidir si se tolera o no una conducta, la enfermera debe ser capaz de diferenciar la tolerancia de la debilidad y de un malentendido respeto a la libertad y a la democracia. También debe saber diferenciar la tolerancia de la fortaleza mal entendida o de fanatismo.

Terapéutico de totalidad.- Este principio es capital dentro de la bioética. A nivel individual debe reconocerse que cada parte del cuerpo humano tiene un valor y está ordenado por el bien de todo el cuerpo y ahí radica la razón de su ser, su bien y por tanto su perfección.

De este principio surge la norma de proporcionalidad de la terapia. Según ésta, una terapia debe tener cierta proporción entre los riesgos y daños que conlleva y los beneficios que procura.

Doble efecto.- Este principio orienta el razonamiento ético cuando al realizar un acto bueno se derivan consecuencias buenas y malas. Se puede llegar a una formulación sobre la licitud de este tipo de acciones partiendo de:

- Que la acción y el fin del agente sea bueno
- Que el efecto inmediato a la acción no obstante no sea bueno, exista una causa proporcionalmente grave.

Como resultado de su educación formal, la enfermera se encuentra identificada con los más altos valores morales y sociales de la humanidad y comprometidos con aquellos que en particular proporcionan una convivencia de dignidad y justicia e igualdad. El profesional de enfermería adquiere el compromiso de observar normas legales y éticas para regular su comportamiento.

Disposiciones Generales

Artículo primero.- El presente Código norma la conducta de la enfermera en sus relaciones con la ciudadanía, las instituciones, las personas que demandan sus servicios, las autoridades, sus colaboradores, sus colegas y será aplicable en todas sus actividades profesionales.

3.3 De los Deberes de las Enfermeras Para con las Personas

Artículo segundo.- Respetar la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho a la persona a decidir tratamientos y cuidados una vez informado.

Artículo tercero.- Mantener una relación estrictamente profesional con la persona, en un ambiente de respeto mutuo y de reconocimiento de su dignidad, valores, costumbres y creencias.

Artículo cuarto.- Proteger la integridad de la persona ante cualquier afectación ocasionada por la mala práctica de cualquier miembro del equipo de salud.

Artículo quinto.- Mantener una conducta honesta y leal; conducirse con una actitud de veracidad y confidencialidad salvaguardando en todo momento los intereses de la persona.

Artículo sexto.- Comunicar a la persona los riesgos cuando existan, y los límites que tiene el secreto profesional ante circunstancias que impliquen mala intención o daño a terceros.

Artículo séptimo.- Fomentar una cultura de autocuidado de la salud, con un enfoque anticipatorio y de prevención del daño, y propiciar un entorno seguro que prevenga riesgos y proteja a la persona.

Artículo octavo.- Otorgar a la persona cuidados libres de riesgos, manteniendo un nivel de salud física, mental y social que no comprometa su capacidad.

Artículo noveno.- Acordar, si fuera el caso, los honorarios que con motivo del desempeño de su trabajo percibirá, teniendo como base para determinarlo el principio de la voluntad de las partes, la proporcionalidad, el riesgo de exposición, tiempo y grado de especialización requerida.

De acuerdo a los artículos mencionados anteriormente se puede observar que en la ética cada hombre se obliga por su condición humana al bien propio y al de sus semejantes.

3.4 Los Deberes de las Enfermeras como Profesionistas

Artículo décimo.- Aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos debidamente actualizados en el desempeño de su profesión.

Artículo décimo primero.- Asumir la responsabilidad de los asuntos inherentes a su profesión, solamente cuando tenga la competencia, y acreditación correspondiente para atenderlos e indicar los alcances y limitaciones de su trabajo.

Artículo décimo segundo.- Evitar que persona alguna utilice su nombre o cédula profesional para atender asuntos inherentes a su profesión.

Artículo décimo tercero.- Contribuir al fortalecimiento de las condiciones de seguridad e higiene en el trabajo.

Artículo décimo cuarto.- Prestar sus servicios al margen de cualquier tendencia xenófoba, racista, elitista, sexista, política o bien por la naturaleza de la enfermedad.

Artículo décimo quinto.- Ofrecer servicios de calidad avalados mediante la certificación periódica de sus conocimientos y competencias.

Artículo décimo sexto.- Ser imparcial, objetiva y ajustarse a las circunstancias en las que se dieron los hechos, cuando tenga que emitir opinión o juicio profesional en cualquier situación o ante la autoridad competente.

3.5 Los Deberes de las Enfermeras Para con sus Colegas

Artículo décimo octavo.- Compartir con objetividad sus conocimientos y experiencias a estudiantes y colegas de su profesión.

Artículo décimo noveno.- Dar crédito a sus colegas, asesores y colaboradores en los trabajos elaborados individual o conjuntamente evitando la competencia desleal.

Artículo vigésimo.- Ser solidaria con sus colegas en todos aquellos aspectos considerados dentro de las normas éticas.

Artículo vigésimo primero.- Respetar la opinión de sus colegas y cuando haya oposición de ideas consultar fuentes de información fidedignas y actuales o buscar asesoría de expertos.

Artículo vigésimo segundo.- Mantener una relación de respeto y colaboración con colegas, asesores y otros profesionistas; y evitar lesionar el buen nombre y prestigio de éstos.

3.6 Los Deberes de las Enfermeras Para con su Profesión

Artículo vigésimo tercero.- Mantener el prestigio de su profesión, mediante el buen desempeño del ejercicio profesional.

Artículo vigésimo cuarto.- Contribuir al desarrollo de su profesión a través de diferentes estrategias, incluyendo la investigación de su disciplina.

Artículo vigésimo quinto.- Demostrar lealtad a los intereses legítimos de la profesión mediante su participación colegiada.

3.7 Los Deberes de las Enfermeras Para con la Sociedad

Artículo vigésimo sexto.- Prestar servicio social profesional por convicción solidaria y conciencia social.

Artículo vigésimo séptimo.- Poner a disposición de la comunidad sus servicios profesionales ante cualquier circunstancia de emergencia.

Artículo vigésimo octavo.- Buscar el equilibrio entre el desarrollo humano y la conservación de los recursos naturales y el medio ambiente, atendiendo a los derechos de las generaciones futuras.

3.8 Decálogo del Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros en México

La observancia del Código de Ética, para el personal de enfermería compromete a:

1.- Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.

2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.

3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.

4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.

5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.

6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.

7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.

8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.

9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.

10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.

Un código de ética para enfermería debe constituirse necesariamente en una guía de conducta, con fundamentos que unifiquen y delimiten los conceptos sobre el hombre.

La sociedad, la salud y la propia enfermería, de tal manera que se considere al hombre como un ser bio-psicosocial dinámico que interactúa dentro del contexto total de su ambiente, y participa como miembro de una comunidad.

CAPÍTULO 4: RESULTADOS

En la presente investigación documental, se exponen los diferentes riesgos que conlleva el embarazo postérmino, determinando cuál es una de las principales y con más complicación. Se expone también, que el embarazo postérmino es considerado como una patología de riesgo, ya que está en juego la vida del feto, y puede ocasionar también un descontrol psicológico en la madre.

Clifford describe el síndrome de embarazo postérmino asociado a la disfunción placentaria y desde 1970 se reconoce el incremento de la mortalidad perinatal, por esta patología y como su reconocimiento y diagnóstico oportuno podrían contribuir a la disminución de las complicaciones asociadas mediante la inducción del trabajo de parto.

El autor anterior explica que la mayor incidencia de embarazos postérmino se debe a un mal funcionamiento de la placenta, ya que es la causante de que no se desencadene un trabajo de parto.

Por otro lado Jaime Arenas Gamboa (et al) describen que el empleo de la Fecha Menstrual da lugar a que cerca de 10% de los embarazos se considere postérmino; esta es una probabilidad con una sobreestimación de la incidencia del embarazo postérmino.

Por otro lado el autor Jaime Arenas Gamboa explica que otra de las causas que conlleva al embarazo postérmino es no llevar un buen control en base a la última menstruación.

Clifford describe que esta es una de las principales causas de que exista un embarazo postérmino, el autor mencionado anteriormente refiere que el feto con postmadurez tiene características clínicas que pueden ser reconocidas que indican que el embarazo ha sido postérmino, esto asociado a un síndrome de postmadurez.

El autor mencionado en el párrafo anterior hace hincapié en que los embarazos postérmino constituyen una serie de complicaciones para el feto y no tanto para la madre, ya que realmente quien sufre es el feto ya que dentro del vientre materno se sufren muchos cambios que pueden ocasionar la muerte del bebe.

Respecto a Clifford, afirmando su teoría, se puede observar que una de las principales causas de embarazo postérmino, es muy grande por alguna patología placentaria, o por herencia, de acuerdo con este autor por un lado, la disfunción placentaria juega un papel muy importante en el embarazo ya sea sano o patológico, ya que es la principal fuente de nutrición para el feto.

Es por esto que si la placenta sufre algún cambio o alguna disfunción, él bebe es quien sufrirá todos los cambios, y es por esto que cuando la múltipara ha tenido ya un embarazo postérmino se ha encontrado que se heredara a la siguiente generación, es decir que sus hijas tendrán un embarazo postérmino.

De acuerdo con Jaime Arenas Gamboa y colaboradores, el error en la Fecha de Ultima Menstruación (FUM) hace que se prolongue el embarazo. Pero difiriendo con Jaime Arenas, y de acuerdo a mi punto de vista el error en la Fecha de Ultima Menstruación efectivamente puede brindar un error y tener como consecuencia un embarazo postérmino.

Pero difiriendo con este autor, no solo se da un embarazo postérmino también cuando se tiene un error en la Fecha de Ultima Menstruación se pueden dar embarazos pretermino en muchas ocasiones, pero en cierta forma una buena manera de poder saber cuándo existe un embarazo postérmino es acudir a los métodos diagnósticos, como un ultrasonido.

Aunque cabe mencionar que el ultrasonido también cuenta con márgenes de error pero, es un instrumento que nos ayuda en gran medida para saber cuándo el embarazo se ha prolongado en gran manera, teniendo en cuenta todas las consecuencias ya mencionadas en la investigación antes descrita.

En la presente investigación se han abordado ambas teorías, pero cada una en su particularidad y exponiendo sus diferencias, es por esto que las causas más observables en el embarazo postérmino hacen referencia a la genética y al constante error en el cálculo de la edad gestacional, por un error en la Fecha de Última Menstruación.

Es por esto que como ya se ha mencionado en los diferentes capítulos de esta investigación, para lograr que la madre y toda la población en general prevenga el embarazo postérmino.

Orientar a cada individuo de la población desde la adolescencia, basándose en educación sexual, planificación familiar, y continuamente un adecuado control prenatal. Es necesario llevar toda esta serie de orientación y capacitación para lograr que la fecha de última menstruación se confunda.

Es necesario que cada hijo sea planeado con esto se obtendrán resultados favorables por lo que se llevara un buen control prenatal con las consultas correspondientes, el monitoreo, y la vigilancia que requiere cada mujer embarazada.

Es importante e indispensable capacitar a cada mujer embarazada y orientar en base a la fecha probable de parto, explicar uno de los signos de alarma que más se presentan cuando existe riesgo alto que ponga en riesgo la vida del feto, la ausencia de movimientos fetales.

Es sumamente importante también que la enfermera oriente de una manera adecuada a la madre, dándole las mejores respuestas a sus preguntas, es por esto que se le debe brindar a la paciente el mejor tratamiento, y ayudarla a decidir.

Uno de los tratamientos más recomendados para el embarazo postérmino es el término de éste, es decir bajo la inducción del trabajo de parto o bien ya sea mediante una cesárea. Lo

importante y primordial es terminar el embarazo para así prevenir o disminuir los riesgos que este embarazo conlleva si no es tratado a tiempo.

Como bien se ha mencionado en la presente investigación el feto corre demasiado riesgo cuando el embarazo postérmino no se detecta a tiempo, el feto comienza a sufrir por la disminución del líquido amniótico, por aspiración de meconio, el sufrimiento fetal y la disminución del oxígeno, para el feto es algo que lo puede llevar incluso a la muerte.

Es por esto que desde el advenimiento de la atención prenatal, una intención ha sido la prevención de la muerte fetal en los embarazos postérmino. Siendo de esta manera la importancia de contar con un buen control prenatal, siendo la enfermera la encargada de impartir esta información a la madre.

Si la mujer embarazada no cuenta con un control prenatal o no sabe cuál es exactamente su Edad Gestacional por una falla en la Fecha de Última Menstruación (FUM), el embarazo postérmino puede ser muy delicado.

Entonces lo importante es que la enfermera difunda y satisfaga las necesidades de la población en cuanto a información preventiva, es obligación de la Enfermera que las mujeres sepan la importancia de saber llevar bien una buena Edad Gestacional, pero más importante un buen cálculo de Fecha de Última Menstruación (FUM).

Una vez que se presente la patología la enfermera debe llevar un buen monitoreo fetal, ya que como se menciona en los párrafos anteriores cuando existe un embarazo post término el feto tiene sufrimiento a causa de la disminución del líquido amniótico, existen dos soluciones para salvar la vida del feto inducir el trabajo de parto y por cesárea.

La primera opción es inducir al trabajo de parto dependiendo de la salud fetal, es decir, de su frecuencia cardíaca, los movimientos fetales, y la cantidad de líquido amniótico. Si el neonato tiene un grado alto de sufrimiento fetal se procede a la operación cesárea, esto para prevenir la muerte del feto.

De acuerdo a todo lo mencionado en los párrafos anteriores, la enfermera es la principal encargada de orientar a la madre también acerca de los cuidados que se le deben de brindar a su bebe, desde los cuidados más pequeños, hasta saber cómo manejar a su bebe si tiene alguna patología.

Es importante que la madre sepa que su hijo puede correr riesgos irreversibles inclusive la muerte si ella no es acertada o no cuenta con buena información. De esta manera de acuerdo con los dos autores mencionados en los párrafos anteriores, se está de acuerdo ya que ambos tienen teorías distintas, pero con una buena base sustentada científicamente.

Si bien como se mencionó en toda la investigación, se entiende como embarazo postérmino aquel embarazo que va más allá de las 24 semanas de gestación, y esto es debido a anomalías placentarias y a un error en el cálculo de la Edad Gestacional por falla en la Fecha de Ultima Menstruación.

Y de acuerdo a esta investigación realizada se han cumplido los objetivos propuestos en el inicio, ya que se ha demostrado las complicaciones que este embarazo puede desencadenar, así como el tratamiento para este mismo.

El embarazo postérmino puede llevar a la muerte al feto, y ciertamente para la madre no existe ningún riesgo aparente, pero con una buena técnica diagnóstica como pudo apreciarse, se sabe que el embarazo postérmino puede prevenirse, y usando los métodos adecuados.

Reiterando no solo depende del equipo de salud llevar un buen control prenatal, principalmente se encarga de una buena orientación para obtener resultados favorables con cada madre gestante, posteriormente depende de cada individuo llevar a cabo dicha acción manteniendo la responsabilidad adecuada.

Conformando cada una de las propuestas anteriores, se obtendrán resultados satisfactorios y los embarazos post termino se presentaran con menos incidencia, se requiere de un equipo de salud multidisciplinario y la responsabilidad de cada madre gestante.

CONCLUSIONES

Como bien se ha venido mencionando en la presente investigación el embarazo postérmino es una complicación del resultado de un mal cálculo de la Fecha de Ultima Menstruación (FUM), ya que de acuerdo a lo expuesto anteriormente, se sabe que esta es una de las causas principales de los embarazos postérmino.

Se debe tener en cuenta que un embarazo postérmino, trae consigo consecuencias que puede asociarse a una muerte perinatal, por lo cual su manejo es de suma importancia desde un adecuado control prenatal, que está basado en la realización de la ecografía temprana y el ultrasonido, estos estudios nos permiten obtener una adecuada Fecha de Ultima Menstruación (FUM).

Como se sabe, la enfermera la enfermera juega un papel de suma importancia en el cuidado que le brinda a la embarazada, desde la información acerca de cómo llevar a cabo su embarazo, hasta las intervenciones que brinda cuando se presenta un caso como es el embarazo postérmino.

Se debe tener en cuenta que el feto cuando el embarazo se ha prolongado más días, él bebe comienza con sufrimiento fetal, es por esto que se debe saber qué hacer ante este problema, como se sabe es terminar el embarazo de una manera rápida, con la inducción del trabajo de parto o bien con una cesárea, pero siempre y cuando se interrumpa el embarazo, para evitar que el feto sufra más o pueda llegar a la muerte

Referencias Bibliográficas

Levine, et al. 2011, **Williams Obstetrician**, Ed. Mc Graw Hill, Mexico.

American College Of Obstetricians and Gynecologist. Fetal **Macrosomía**. **Practice Bulletin** No. 22, November 2000.

Yang SH, et al. 2004, **transvaginal ultrasonography for cervical assessment before induction of labor**. Ed. Obstet Gynecol Surv, Mexico.

H, J. Philippe et al. 1999. **Grosseses prolongees**. Ed. Encyd, Med, Chir Gynecologie.

Nightingale, Florence 1991. **Notas sobre Enfermería**. Ed. Salvat, México.

Aristóteles. 1989. **Ética nicomaquea**. Ed. Porrúa, México.

Colegio mexicano de licenciados en Enfermería 1999. **Anteproyecto del código de Ética de la Enfermería profesional**, Ed. Porrúa, México.

Páginas Web.

www.redalyc.org/pdf/3234/323431582005.pdf

www.es.slideshare.net/upsy/codigo-de-etica-en-enfermeria

www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/codigo_enfermeras.pdf

www.geocities.com/Athens/forum/5586/codigo.2.html