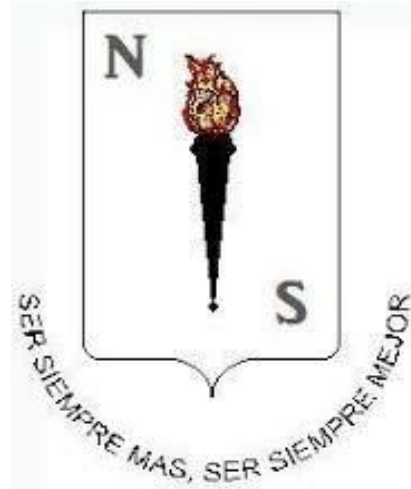


ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE: 8722



TESIS

“INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CONTROL PRENATAL”

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:

KAREN LÁZARO ONOFRE

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN; 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

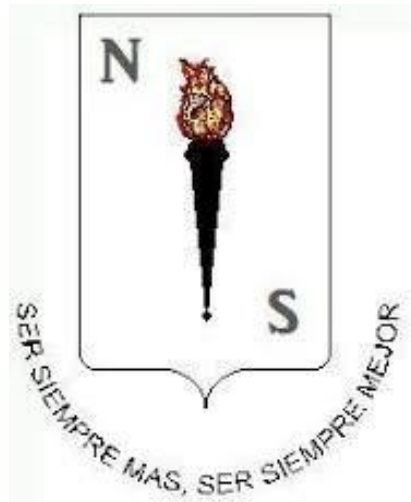
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE: 8722



TESIS

“INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CONTROL PRENATAL”

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:

KAREN LÁZARO ONOFRE

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACAN; 2019

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO	i
DEDICATORIAS	ii
INTRODUCCIÓN	3
PLANTIAMIENTO DEL PROBLEMA	5
JUSTIFICACIÓN	6
OBJETIVO GENERAL	7
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
HIPÓTESIS	8
VARIABLES	8
CAPITULO I: ESTRATEGÍA METODOLÓGICA	9
1.1 Concepto de metodología:	9
1.2 Tipo de investigación	10
1.3 Descripción del área de estudio y población.....	11
CAPITULO II: CONTROL PRENATAL.....	12
2.1 Antecedentes históricos:	12
2. 2 Control Prenatal	13
2. 3 Características del control prenatal:.....	17
2. 3 Control Pre concepcional	18
2. 4 Diagnostico de embarazo	19
2. 5 Pruebas De Embarazo.....	19
2. 6 Consultas del control prenatal.....	20
2. 7 Embarazo de bajo riesgo:	34
2. 8 Embarazo de alto riesgo.	34
2. 9 Principales complicaciones durante el embrazo	43
2. 10 Nutrición de la embarazada:	53
CAPITULO III: Intervención De Enfermería	56
3. 1 Cuidados previos a la concepción	56
3. 2 Principales acciones de enfermería en el control prenatal.....	57
3. 3 Prevenir complicaciones durante el embarazo	60
3. 4 Educación a la mujer embarazada.....	62

3. 5 Acciones de enfermería en la promoción de la lactancia	63
3. 6 Código de ética profesional de enfermería	71
CAPITULO IV: ANALISIS DE RESULTADOS.....	81
4. 2 Análisis de los datos realizados a pacientes embarazadas	86
CONCLUSIÓN	91
GLOSARIO	92
ANEXOS	95
Guion Metodológico	95
Cuestionario.....	96
BIBLIOGRAFÍAS.....	99

AGRADECIMIENTO

En primer lugar le quiero agradecer a Dios, por todo lo que me ha dado en esta vida, por la mucha o poca sabiduría que me ha regalado, por darme salud, por ayudarme a lograr esta meta profesional en mi vida.

A mis padres, por ser los principales promotores de mis sueños, gracias a sus palabras y consejos me han ayudado a crecer como persona, y sobre todo me han enseñado a luchar por lo que quiero, gracias por su apoyo incondicional, gracias por sus sacrificios, para que yo alcanzara mis sueños que también forman parte de los suyos.

A mi hija Grecia, por ser fuente de mi motivación e inspiración para superarme cada día más y así poder luchar para que el mundo nos depara un mundo mejor, te amo mi niña.

También quiero agradecer de manera especial Geovanni Heredia por su apoyo, por esos momentos en los que en mi desesperación quería abandonar mi sueño de poder ser profesional, por sus palabras de aliento para seguir adelante y por ayudarme a ser fuerte en este camino que para mí ha sido muy difícil.

A la Escuela de Enfermería de Nuestra Señora de la Salud, por darme la oportunidad y las herramientas para hacer crecer mis conocimientos como profesional, que son la mejor arma con las cuales me enfrentare a la vida.

A mi asesora de tesis Yanitzia Álvarez Reyes, por su orientación, paciencia y dedicación que en tan poco tiempo logro ayudarme a concretar un gran trabajo.

A mis amigas y compañeras, que han hecho que este trayecto se hiciera más corto, por sus consejos, por esos momentos alegres y en ocasiones tristes.

Gracias a la vida por este nuevo triunfo, y a todas las personas que creyeron en mí.

DEDICATORIAS

Esta tesis se la dedica a las personas que más amo en esta vida, que han sido mis pilares para salir adelante.

A mis padres

Rogelio Lázaro e Isabel Onofre, que son los mejores padres y ejemplo a seguir, que me han conducido por la vida con amor, a ustedes que han sacrificado gran parte de su vida para formar mi vida. Gracias por los esfuerzos realizados para que yo termine mi carrera profesional, siendo para mí la mejor herencia. No podre pagar todo lo que han hecho por mí, ni con la riqueza más grande del mundo. Los amo.

A mi hija

Grecia, a ti mi niña que eres el respaldor de luz que ilumina mi camino. Eres el regalo más grande y valioso que me ha mandado Dios. Libras mi mente de todas las adversidades que se me presentan, y me impulsas a cada día ser mejor, sé que el sacrificio no solo ha sido mi, si no también tuyo. Te amo mi niña.

A mi esposo

Geovanni Heredia, por tu apoyo incondicional, por tus palabras de aliento para no dejarme desistir ante las adversidades, por hacerme ver las cosas desde otro punto de vista, gracias por tu comprensión y por tu amor.

A mis hermanos

Alba, Rogelio y Cecilia, por formar parte de mi vida, de los momentos inolvidables y más bellos. Por ser mis amigos y confidentes. Los quiero demasiado.

INTRODUCCIÓN

En la presente investigación se indaga sobre el control prenatal y la importancia de enfermería, en la colaboración para que se lleve a cabo un adecuado control prenatal.

El control prenatal tiene antecedentes históricos basados desde años atrás con la finalidad de evitar muertes maternas y muertes perinatales. La idea del control prenatal regular fue John William Ballantine (1861-1923), en 1893, en Inglaterra, quien después de publicar importantes trabajos acerca de las enfermedades y deformidades del feto, sugiere crear un “hotel pro-maternidad”, con el fin de estudiar la fisiología y calidad del embarazo. Sin embargo, la primera clínica para control prenatal ambulatorio fue creada por Haig Ferguson (1862-1934), en 1915, en Edimburgo, que sirvió de modelo para todas las demás clínicas de control prenatal en Reino Unido.

Así es como inicia la atención a mujeres embarazadas aunque hoy en día sigue siendo deficiente, las instituciones públicas y privadas, han enfocado en mejor la atención en las pacientes obstétricas.

En la presente investigación se hace mención que el control prenatal se trata de una serie de consultas, que debe seguir la mujer embarazada a lo largo de todo su embarazo, con el objetivo de identificar a tiempo o de manera oportuna algún dato anormal que perjudique la buena evolución del embarazo. Donde la enfermera tiene un papel muy importante, ya que es la enfermera quien tiene la oportunidad de identificar algún dato de alarma, que se puede presentar desde los signos de vitales.

La enfermera tiene una importante intervención en la atención del control prenatal, ya que una de las funciones primordiales es promover la salud; durante el control prenatal las profesionales de enfermería educaran y capacitaran a las pacientes para que se lleve un embarazo sano.

En el desarrollo de la investigación se hace mención de las actividades correctas que debe de realizar la profesional de enfermería, así mismos se fundamenta cual es la importancia de la participación de los profesionales de enfermería en la atención de un correcto control prenatal.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El control prenatal es un proceso destinado a llevar la salud de la madre, feto, recién nacido, llevando una atención oportuna y adecuada desde las primeras semanas de gestación, incluso antes del embarazo, esto con la finalidad de mantener y mejorar la salud de la madre, así como detectar o evitar probables patologías o malformaciones que se puedan presentar en la madre o en el feto.

Los factores culturales, ambientales y socioeconómicos influyen en las causas de mortalidad perinatal. Los bebés cuyas madres no reciben control prenatal tienen una probabilidad tres veces mayor de tener bajo peso al nacer, y una probabilidad cinco veces mayor de morir, en comparación con los bebés de madres que reciben atención prenatal.

El control prenatal tiene como componentes: promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, que serán promovidos por el equipo de salud que integren la atención del control prenatal.

Las profesionales de enfermería forman parte fundamental de la atención del control prenatal, ya que cuenta con habilidades y los conocimientos, para educar y fomentar el autocuidado en las mujeres embarazadas.

Las instituciones públicas y privadas han intentado mejorar la atención del control prenatal, con la finalidad de evitar complicaciones que afecten a la madre o al feto, y evitar muertes maternas fetales, sin embargo, aun en las últimas décadas sigue habiendo un déficit en la atención de control prenatal, lo que genera consecuencias negativas en la salud, y la sociedad.

La pregunta a desarrollar en esta investigación: ¿Cuáles son las intervenciones de enfermería, para que se lleve un adecuado control prenatal?

JUSTIFICACIÓN

La presente investigación se justifica ampliamente por varias razones:

El control prenatal ocupa un papel muy importante en la vida de la mujer gestante, ya que su cuerpo atraviesa por cambios del organismo y es necesario que obtenga atención ginecológica y obstétrica para que sea orientación sobre las medidas necesarias, como la nutrición que debe de llevar, los requerimientos necesarios de ácido fólico, de calcio, hierro y vitaminas, que son fundamentales para un buen desarrollo del feto y para mantener la salud de la madre, así mismo como prepararla para el parto o la crianza.

El llevar un adecuado control prenatal podrá reducir en la población muertes maternas y perinatales, así mismo como malformaciones, patologías en la madre y feto.

Uno de los elementos indispensables de la atención prenatal es prevenir y tratar las complicaciones que surjan durante el embarazo, parto y puerperio, podría necesitar tratamiento o un control más estricto. Otro elemento esencial de la atención prenatal es educar a la mujer gestante a detectar los signos y síntomas de alarma en el embarazo y puerperio.

La mortalidad materna y perinatal sigue siendo un problema de salud a pesar de los esfuerzos de las instituciones de salud, del gobierno y de la sociedad, es por eso que la atención prenatal tiene un enfoque de atención y prevención materno-fetal, con la finalidad de la salud de la gestante y feto.

OBJETIVO GENERAL

Determinar cuáles son las intervenciones de enfermería en el control prenatal, para que la enfermera brinde una adecuada atención, prevención, identifique y trate oportunamente las patologías materno-fetales o factores que afecten al desarrollo y condición de la gestante o del feto.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar las intervenciones de enfermería en las complicaciones del embarazo.
2. Proporcionar a la enfermera los conocimientos para llevar un acabo un control prenatal de calidad a toda la mujer embarazada.
3. Implementar la prevención sobre los riesgos y fomentar el autocuidado de la propia embarazada.
4. Promover la lactancia materna.
5. Promover la nutrición sanada y adecuada en mujeres embarazadas y puérperas.

HIPÓTESIS

Mediante la participación y asesoría de enfermería la paciente será orientada en la evolución del embarazo, la preparación para el parto y la crianza de su hijo.

La intervención de enfermería sobre la orientación, prevención y actividades relacionadas con el primer nivel integrando actividades permitirá asegurar el óptimo grado de salud de la madre e hijo.

El llevar un adecuado control prenatal le dará a la población la seguridad de que el bebé nacerá sin ninguna patología y un peso adecuado para un recién nacido sano.

VARIABLES

Control prenatal

Intervenciones de enfermería

CAPITULO I: ESTRATEGÍA METODOLÓGICA

1.1 Concepto de metodología:

El término metodología se define como el grupo de mecanismos o procedimientos racionales, empleados para el logro de un objetivo, o serie de objetivos que dirige una investigación científica, una exposición doctrinal o tareas que requieran habilidades, conocimientos o cuidados específicos. Este término se encuentra vinculado directamente con la ciencia, sin embargo, la metodología puede presentarse en otras áreas como la educativa, en donde se encuentra la metodología didáctica o la jurídica en el derecho.

Metodología científica

La metodología científica se define como el procedimiento investigativo utilizado esencialmente en la creación de conocimiento basado en las ciencias. Se le llama científico porque la investigación se encuentra fundamentada en lo empírico y en la medición, ajustándose a los principios específicos de las pruebas de razonamiento.

Dentro de la investigación científica se encuentran presente cuatro elementos: sujeto, objeto, medio y fin. El sujeto es quien realizará la investigación, el objeto es el tema a investigar, el medio es lo que se necesita para llevar a cabo la investigación y por último el fin, que se refiere al propósito que persigue la actividad investigativa.

Toda investigación persigue un propósito específico, por lo tanto se deben aplicar ciertas estrategias en particular o en otros casos, pueden ser estrategias combinadas. Partiendo de allí se puede decir que toda investigación científica puede clasificarse en: Dependiendo de su propósito: básica o aplicada.

- Investigación científica básica: este tipo de investigación se caracteriza porque se apoya de un marco teórico, su finalidad reside en la formulación de teoría nuevas o modificación de las ya existentes.
- Investigación científica aplicada: se caracteriza porque busca la aplicación de los conocimientos adquiridos, por lo que al investigador sólo le interesa las consecuencias prácticas.

Así mismo se clásica dependiendo de los mecanismos empleados para la obtención de datos:

- Documental.
- De campo.
- Experimental.
-

1.2 Tipo de investigación

El tipo de investigación realizada es la cualitativa.

La metodología cualitativa, como indica su propia denominación, tiene como objetivo la descripción de las cualidades de un fenómeno. Busca un concepto que pueda abarcar una parte de la realidad. No se trata de probar o de medir en qué grado una cierta cualidad se encuentra en un cierto acontecimiento dado, sino de descubrir tantas cualidades como sea posible.

En investigaciones cualitativas se debe hablar de entendimiento en profundidad en lugar de exactitud: se trata de obtener un entendimiento lo más profundo posible.

Dentro de las características principales de esta de metodología podemos mencionar:

- La investigación cualitativa es inductiva.

- Tiene una perspectiva holística, esto es que considera el fenómeno como un todo.
- Se trata de estudios en pequeña escala que solo se representan a sí mismos
- Hace énfasis en la validez de las investigaciones a través de la proximidad a la realidad empírica que brinda esta metodología.
- No suele probar teorías o hipótesis. Es, principalmente, un método de generar teorías e hipótesis.
- No tiene reglas de procedimiento. El método de recogida de datos no se especifica previamente. Las variables no quedan definidas operativamente, ni suelen ser susceptibles de medición.
- La base está en la intuición. La investigación es de naturaleza flexible, evolucionaría y recursiva.
- En general no permite un análisis estadístico.
- Se pueden incorporar hallazgos que no se habían previsto.
- Los investigadores cualitativos participan en la investigación a través de la interacción con los sujetos que estudian, es el instrumento de medida.
- Analizan y comprenden a los sujetos y fenómenos desde la perspectiva de los dos últimos; debe eliminar o apartar sus prejuicios y creencias

1.3 Descripción del área de estudio y población

Esta investigación se realiza en Hospital de nuestra señora de la salud y la población estudiada será las pacientes usuarias del servicio de consulta externa del departamento de ginecología y obstetricia, también formará parte el personal profesional de enfermería, tanto como estudiantes de enfermería y obstetricia, del octavo semestre, del mismo Hospital de nuestra señora de la salud.

CAPITULO II: CONTROL PRENATAL

En el presente capítulo se hablara de los antecedentes generales, se sustentara las teorías que desarrolla la investigación, de igual manera se definen los principales conceptos de la investigación, así mismo se hace mención de las principales complicaciones durante el embarazo y se muestran los requerimientos nutricionales básicos.

2.1 Antecedentes históricos:

Durante el siglo XVII se creía que el cuerpo humano estaba constituido por 4 humores: la sangre, la flema, la bilis amarilla y la bilis negra, y que la salud provenía del equilibrio de éstos. También, debido a la alta tasa de morbilidad y mortalidad materna, se creía que en el embarazo era una enfermedad y, por tanto, debía ser tratada como tal. Razón por la que, durante este siglo, el único tratamiento prenatal fue la exanguinación, la cual se practicaba realizando una incisión con un bisturí o con una lanceta a nivel de una vena y dejando que salieran de 500 a 1000 cc de sangre. Esta terapia fue utilizada de rutina, entre una y tres veces, en las mujeres embarazadas de algunos pueblos de Austria y Baviera. El caso más representativo lo constituyó el de la reina Carlota, de Inglaterra, en 1762, quien durante su primer embarazo presentó mareos, palpitaciones, disnea y dolor en hipocondrio, por lo que su cirujano le practicó la exanguinación de 6 onzas.

La idea del control prenatal regular fue John William Ballantine (1861-1923), en 1893, en Inglaterra, quien después de publicar importantes trabajos acerca de las enfermedades y deformidades del feto, sugiere crear un “hotel pro-maternidad”, con el fin de estudiar la fisiología y calidad del embarazo. Sin embargo, la primera clínica para control prenatal ambulatorio fue creada por Haig Ferguson (1862-1934), en 1915, en Edimburgo, que sirvió de modelo para todas las demás clínicas de control prenatal en Reino Unido.

Aunque no se conocen con exactitud los orígenes de la atención prenatal hall menciona:

“refiere que surge desde los inicios de la raza humana, como necesidad de tener hijos saludables para contar con soldados aptos para la guerra o, en épocas de paz, para el trabajo. La manera de llevar a cabo ha variado a lo largo de la historia y frecuentemente ha tenido un entorno lleno de mitos y tabúes.” (Hall, 1985)

Existen pocos escritos sobre los cuidados durante el embarazo, ya que la atención giraba alrededor del parto. Entre los documentos más antiguos se encuentran algunos de origen chino que recomendaban a la embarazada evitar la comida abundante y el ejercicio excesivo. En India en el siglo II. A.C. se escribieron algunas reglas sobre alimentación, bebidas, ejercicio, ropa cómoda y tener la compañía de personas.

2. 2 Control Prenatal

Se define al conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y patologías que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido.

El control prenatal se trata de una serie de consultas que debe seguir la mujer embarazada a lo largo de todo su embarazo, con el objetivo de identificar a tiempo o de manera oportuna algún dato anormal que perjudique la buena evolución del embarazo.

“El control prenatal es un componente de la atención materna que comprende un conjunto de acciones orientadas a lograr que el embarazo transcurra con vigilancia y asistencia por parte del equipo de salud de la mujer durante su gestación, ubicándola en el nivel de atención que le corresponda, para el parto se realice sin complicaciones y termine felizmente con un recién nacido vivo, normal y a término.” (Reyes y Cazorla, 1998)

El embarazo de una mujer dura nueve meses o 266 días, contando a partir de la concepción, aunque es frecuente que exista cierto grado de variación. Los nueve meses se dividen en tres trimestres es decir; primero segundo y tercero.

Gestación indica el periodo de desarrollo fetal intrauterino, desde la concepción hasta el nacimiento.

“atención prenatal es un conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna.” (Vega, Barrón y Acosta 2012)

Por lo tanto, este proceso debe ser precoz, periódico y continuo, completo o integral y extenso o de amplia cobertura; ello implica que el personal de salud valore la importancia de su labor en la atención prenatal, pues requiere de los conocimientos necesarios para la identificación de los factores de riesgo y complicaciones como diabetes gestacional, preeclampsia, eclampsia, anemia, entre otras asimismo, el establecimiento de medidas preventivas oportunas significaría un menor costo en su atención y un mayor beneficio para la embarazada y el ser en gestación.

El control prenatal es el plan de cuidados y controles del equipo de salud habituales para la mujer embarazada. Es fundamental realizar un control médico en el momento que detectas tu embarazo. En base al primer interrogatorio y revisión, el obstetra determinará si el embarazo es de bajo o alto riesgo de complicaciones. Lo ideal es que se realice un control médico antes de quedar embarazada para saber si el estado de salud de la mujer es el adecuado y si es necesario realizar algunos cambios en sus hábitos de vida o aplicar alguna vacuna antes del embarazo o algún tratamiento. Es importante porque mediante estos controles es posible observar la salud materna y el correcto crecimiento del bebé.

De esta manera se facilita la identificación temprana de posibles complicaciones durante el embarazo.

Los estudios observacionales suelen demostrar que en las mujeres que reciben control prenatal, la mortalidad materna y perinatal es menor y los resultados del embarazo son mejores. Estos estudios también permiten establecer una relación entre el número de consultas prenatales o la edad gestacional al inicio del control y los resultados del embarazo luego de controlar los factores de confusión, como la duración de la gestación. Debido a este efecto sugerido de dosis-respuesta, los programas de control prenatal procuran aumentar la cantidad de controles que se realizan, sin tener en cuenta que, en general, las mujeres de bajo riesgo suelen realizar consultas de control prenatal más tempranamente durante los primeros meses de embarazo.

La importancia de la atención prenatal se ha fundamentado en estudios que reportan, entre las mujeres que las reciben, menor riesgo de tener hijos de bajo peso al nacer, menor probabilidad de prematuridad, mortinatos y complicaciones durante el embarazo y el parto, así como menor probabilidad de muerte materna. Además se ha señalado que estos efectos se encuentran en función no solamente en el hecho de acudir o no a consulta durante el embarazo, sino al inicio de las mismas y al número de consultas recibidas.

La importancia de la morbilidad percibida durante el embarazo y su relación con la búsqueda de la atención médica se vuelve crucial en poblaciones de alto riesgo de mortalidad materna como es la indígena.

Uno de los problemas que se ha identificado para el cumplimiento de los objetivos de la atención prenatal, como se ha mencionado anteriormente, es la incorporación tardía de la madre a los servicios de salud y la subsecuente realización de sus visitas. Esta decisión de ir o no al control prenatal por parte de la embarazada, podría encontrarse influida por los conocimientos, actitudes y actividades relacionadas con la atención a su embarazo, siendo posible que estos

desempeñen un papel esencial para que la madre decida si durante el embarazo reciba atención médica y de ser así, en que etapa del mismo acudir.

El aspecto cognoscitivo sobre la eficacia y el grado de beneficio que le ofrece la asistencia médica durante el embarazo se encuentra asociado al inicio temprano de la atención prenatal.

Como antecedentes según la OMS considera que solo 63% de las embarazadas en África, 65% en Asia y 73% en Latinoamérica asisten al menos a una consulta de control prenatal. Otros estudios han revelado prevalencias de 69% y 38.8%, y una mediana de cuatro consultas por gestante. Entre los factores asociados a la baja adherencia al control prenatal se encuentran: la edad, los bajos ingresos, la multiparidad⁷, el bajo nivel educativo, la baja condición socioeconómica, la falta de pareja estable, las barreras financieras, no tener seguro de salud y el maltrato físico. De otro lado, la adherencia del personal de salud a los protocolos se ve afectada por el número de pacientes, la falta de medicamentos, insumos y equipos, el poco tiempo para atender a la paciente, la actitud institucional, la falta de estímulo, la escasa satisfacción profesional, la insuficiente capacitación técnico-científica, la situación económica de las pacientes y la accesibilidad a los servicios de salud.

Según datos de la UNICEF treinta de cada 100 mujeres de 15 a 40 años no reciben atención prenatal en todo el mundo, 46 en Asia meridional y 34 en África subsahariana. Los resultados de este problema incluyen trastornos hipertensivos del embarazo que pueden provocar enfermedades y la muerte, o casos de desnutrición o subnutrición que pasan desapercibidos. La anemia por carencia de hierro entre las mujeres embarazadas está relacionada con la muerte de 111.000 mujeres todos los años. Alrededor de un 17% de los recién nacidos en los países en desarrollo registraron bajo peso en 2003; estos bebés tienen 20 veces más probabilidades de morir en sus primeros años de vida. Para estudiar si los controles prenatales son adecuados, se han creado varios índices siendo el de Kessner el más utilizado. Este combina la edad gestacional, el tiempo de la primera visita prenatal y el número total de visitas y agrupa a los pacientes en 3

categorías: adecuado, intermedio e inadecuado. Se considera que debe haber cierto número de visitas de acuerdo con la semana gestacional. Se considera adecuado si la primera visita se establece antes de las 14 semanas, si el control prenatal comienza después de las 28 semanas se considera inadecuado.

El control prenatal tiene los siguientes objetivos:

- Brindar contenidos educativos para la salud de la madre, la familia y la crianza.
- Prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones del embarazo.
- Vigilar el crecimiento y la vitalidad fetal.
- Detectar enfermedades maternas subclínicas.
- Aliviar molestias y síntomas menores asociados al embarazo.
- Preparar a la embarazada física y síquicamente para el nacimiento.

2. 3 Características del control prenatal:

- **Precoz:** Debe ser efectuado en el primer trimestre de la gestación. Esto posibilita la ejecución oportuna de acciones de promoción, protección, y recuperación de la salud. Además permite la detección temprana de embarazos de riesgo.

- **Periódico:** La frecuencia dependerá del nivel de riesgo. Para la población de bajo riesgo se requieren cinco controles.

- **Completo:** Los contenidos y el cumplimiento del control prenatal garantizan su eficacia.

- **Amplia cobertura:** En la medida que el porcentaje de población bajo control es más alto (lo ideal es que comprenda el total de las embarazadas) se espera que aumente su contribución a la reducción de la morbimortalidad perinatal.

Entendemos a este control prenatal como uno de los pilares básicos de la Atención Primaria, no desde el punto de vista de una atención primaria sino desde el punto de vista de una atención medica primordial, tratando de poner allí a recursos humanos formados y motivados para esta atención fundamental. Además

los lugares donde se efectuó esta atención deben contar con sus estadísticas y la de los Hospitales de referencia para conocer la real importancia de su labor y el impacto beneficioso que su tarea pueda llegar a ejercer sobre la comunidad en que actúan.

2. 3 Control Pre concepcional

Lo ideal es que los cuidados prenatales se inicien antes de la concepción. Hoy en día es más frecuente que las parejas programen sus embarazos, lo cual permite que consulten antes al especialista, con el objetivo de reducir los riesgos que sean modificables. Sin embargo, también existe una proporción significativa de embarazos que no son planeados, en los cuales las consecuencias negativas de muchos comportamientos, enfermedades y medicamentos podrían afectar el desarrollo de un embarazo precoz y a menudo dañar al feto, antes de que la mujer se dé cuenta que está embarazada.

Se debe obtener la historia médica personal y reproductiva completa; la historia de salud de la pareja y las conductas de riesgo psicosocial. Se debe realizar un examen físico general (IMC, presión arterial), un examen ginecológico, PAP. Hay que desarrollar también exámenes de laboratorio según corresponda (Hematocrito-Hb, Urocultivo, Grupo Rh y Coombs, VDRL, VIH).

El control preconcepcional incluye una serie de intervenciones destinadas a identificar y modificar los riesgos médicos, de comportamiento y psicosociales con el objetivo de cuidar la salud de la mujer u obtener un resultado perinatal, a través de la prevención y el manejo. Se debe considerar historia familiar, historia genética, estado nutricional, ingesta de ácido fólico, factores ambientales, exposición ocupacional y teratógenos. Sumado a esto, hay que evaluar tabaquismo, consumo de alcohol, uso de drogas, uso de medicamentos, estado inmunológico, depresión, violencia familiar, intervalo entre gestaciones y conductas de riesgo de enfermedades de transmisión sexual. Pacientes con patologías crónicas como diabetes y epilepsia deben ser aconsejadas para optimizar el

control de su enfermedad antes del embarazo, el cual no debe recomendarse hasta obtener un control óptimo.

Una mujer sana debe comenzar a tomar ácido fólico (400 mg/día), idealmente dos meses antes de la concepción y continuarlo hasta al menos las 12 semanas

Como la gran mayoría de los embarazos no son planificados, en particular adquieren un control cuando confirman su embarazo.

2. 4 Diagnostico de embarazo

Es fácil hacer un diagnostico de embarazo sin embargo en ocasiones y principalmente en las primeras semanas el diagnostico se puede complicar. En una buena historia clínica se puede encontrar:

1. **Datos de presunción:** amenorrea, nauseas, vomito, mareos tensión mamaria, poloquiuria, vomito, astenia, adinamia, somnolencia, apetito caprichoso, aumento del perímetro abdominal.

2. **Datos probables:** aumento del tamaño del útero, reblandecimiento del cérvix, (signos de hegerl), signos de chadwick.

3. **Datos positivos:** escuchar la frecuencia cardiaca, percepción de movimientos fetales por la exploración, las madres pueden percibir los movimientos fetales desde las 20 SDG si es primigesta, mientras que la multigesta después de las 12 SDG.

2. 5 Pruebas De Embarazo.

Hay dos tipos de pruebas de embarazo; uno usa una muestra de orina, y la otra usa una muestra de sangre. Ambas pruebas detectan la presencia de la hormona se llama gonadotropina coriónica humana (GCH). Esta hormona está producido por la placenta poco después de que el embrión se adhiere a las paredes del útero y se acumula rápidamente en su cuerpo en los primeros días del embarazo.

Los análisis de sangre, a diferencia de las pruebas de orina, son capaces de detectar la hormona hCG más cerca del comienzo del embarazo.

La prueba de hCG cualitativa en sangre mide si existe o no hCG en la sangre, es decir, dará un resultado positivo o negativo. Su exactitud es parecida a la de pruebas de orina.

La prueba de hCG cuantitativa en sangre mide la cantidad exacta de hCG en la sangre. Las pruebas de hCG cuantitativas pueden detectar niveles muy pequeños de esta hormona por lo que son pruebas muy exactas. El resultado será positivo si la concentración de la hormona HCG en la sangre supera los 5mIU/ml.

Mientras que el análisis de sangre es capaz de detectar si la mujer está o no embarazada entre seis y ocho días después de ovular, para el test de orina es necesario que transcurran, al menos, dos semanas. No obstante, existen pruebas de orina más sensibles que pueden ofrecer resultados una vez transcurridos seis días desde la concepción, o incluso un día después, si no se ha tenido el periodo menstrual.

2. 6 Consultas del control prenatal

A continuación se muestra el contenido y frecuencia de cada consulta, con las actividades y procedimientos que deben realizarse.

En embarazos de bajo riesgo de complicaciones la frecuencia es la siguiente:

Semana de gestación 0-28: 1 visita al mes

Semana de gestación 28-36: 2 visitas al mes

Semana 36 hasta el parto: una visita a la semana.

Si el embarazo es considerado de alto riesgo la periodicidad de los controles será mayor, dependiendo de cada complicación en particular, por ejemplo; diabetes

gestacional, hipertensión arterial, preeclampsia, retraso en el crecimiento intrauterino, entre otras.

El organismo sugirió que las visitas de control del embarazo obligatorias se dupliquen de cuatro a ocho. Ian Askew, director de Salud e Investigación Reproductiva de la OMS aconsejó que la primera consulta se produzca en la semana 12 de gestación y, desde ahí, las sucesivas visitas deberían producirse en las semanas 20, 26, 30, 34, 36, 38 y 40.

Primer consulta

La primera consulta se debe de realizar en el primer trimestre antes de las 12 semanas de gestación, lo ideal sería antes del embarazo o bien en las primeras cuatro semanas de gestación. En la primera consulta, todas las embarazadas que inicien su control deberán ser examinadas y atendidas adecuadamente.

Como primera consulta se realiza una historia clínica que nos permitirá conocer los antecedentes y los estilos de vida que nos favorecerá a descartar y diagnosticar posibles patologías que puedan afectar en el transcurso del embarazo o que puedan ocasionar alguna complicación al feto o a la madre.

Acciones que se deben de llevar a cabo durante cada visita:

- a) Signos vitales (presión arterial).
- b) Corroborar fecha probable de parto.
- c) Valoración de peso materno.
- d) Medir altura uterina.
- e) Valorar de frecuencia cardiaca fetal.
- f) Valolar por medio de palpación de los movimientos fetales.
- g) Revisa biometría hemática y examen general de orina.
- h) averiguar la presencia de signos y síntomas de alarma, así mismo como orientar.
- i) Valoración del riesgo perinatal durante la evolución del embarazo.

- j) Realizar ultrasonido, para verificar anomalías y fechas exactas de gestación, así mismo como fecha probable de parto.

Historia Clínica

Definición de la historia clínica: es un documento privado, de tipo técnico, clínico, legal, obligatorio y sometido a reserva en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los aspectos médicos y los demás procedimientos realizados por el equipo de salud que interviene en su atención.

A continuación se presenta el esquema ideal para una historia clínica:

A) Identificación del paciente

- Nombre completo.
- Documento de identificación.
- Edad (fecha de nacimiento).
- Lugar de nacimiento.
- Género.
- Domicilio actual.
- Número telefónico.
- Estado civil.
- Religión
- Ocupación
- Entidad.
- Nivel educativo

B) Antecedentes personales no patológicos.

- Habitación: tipo, tamaño, número de habitantes, plantas, jardín, mascotas

- Condiciones sanitarias: agua, drenaje, electricidad.
- Alimentación: 3 veces al día, 5 veces al día, todas las comidas son en casa, comidas fuera de casa, la alimentación es balanceada, suficiente e inocua.
- Condiciones sanitarias: tipo de baño, fuente de agua, electricidad o fuente de calefacción e iluminación.
- Higiene personal: baño diario o cada tercer día, cambio de ropa interior y externa diario, aseo dental 3 veces al día.
- Consumo de tabaco: sustancias nocivas.
- Consumos de alcohol.
- Recreaciones.

C) Antecedentes personales patológicos

- enfermedades de la infancia.
- Enfermedades que padeció o actualmente padece (crónicas o degenerativas).
- Alergias: alimentos, animales o a medicamentos.
- Esquema de vacunación: completo o incompleto.
- Procedimientos quirúrgicos realizados.

D) Antecedentes heredo familiares

- Enfermedades de abuelos paternos y maternos, viven o finados.
- Enfermedades de padre: (HAS, DM, etc.) vivo o finado.
- Enfermedades de la madre. (HAS, DM, etc.) vivo o finado.
- Familiar con patología crónica degenerativa.
- Antecedentes neurológicos, neumopatías, cardiopatías.

E) Antecedentes Gineco-Obstétricos

- Edad de primera menarca.

- Menstruación regular.
- Características menstruales.
- Fecha de última regla.
- Número de embarazos previos:
 - ✓ Fecha (mes, año)
 - ✓ Nació vivo, muerto.
 - ✓ Número de partos.
 - ✓ Número de cesáreas.
 - ✓ Fecha de último parto.
 - ✓ Fecha de última cesárea.
 - ✓ Fecha de primer parto.
- Complicaciones maternas particulares y acontecimientos en embarazos previos especificar que embarazos:
 - ✓ Aborto temprano recurrente.
 - ✓ Aborto inducido.
 - ✓ Trombosis y embolia.
 - ✓ Pre-eclampsia, eclampsia e hipertensión.
 - ✓ Desprendimiento placentario.
 - ✓ Placenta previa.
 - ✓ Ruptura prematura de membrana.
 - ✓ Presentación podálica o transversa.
 - ✓ Diabetes gestacional.
 - ✓ Sepsis puerperal.
 - ✓ Obstrucción del trabajo de parto e incluyendo distocia.
 - ✓ Hemorragia excesiva del alumbramiento.
 - ✓ Desgarros perinatales de tercer/cuarto grado.
- Operaciones obstétricas:
 - ✓ Cesárea (indicación si se conoce)
 - ✓ Extracción por fórceps.
 - ✓ Asistencia manual/instrumental en el parto vaginal.

- ✓ Alumbramiento manual de la placenta.
- Complicaciones perinatales.

Examen Físico, Exploración Física

El examen físico en la primera consulta prenatal debe ser completo, se debe evaluar la talla, la tensión arterial y el peso. Se debe hacer particular énfasis en la auscultación cardiopulmonar, el examen del sistema vascular periférico, la observación y palpación adecuada de las mamas, la tiroides, el abdomen.

- Signos vitales.
- Cabeza.
- Cuello.
- Torax.
- Abdomen-embarazo.
- Genitales internos y externos.
- Extremidades.

➤ Evaluación de peso:

Aumento de peso en la embarazada sana debe de ser entre 9 y 12 kilogramos, repartido así: 1kg a 5kg durante el primer trimestre; 3kg a 5 kg en el segundo trimestre, el resto en el tercer trimestre de 350 gramos a 400 gramos por semana.

Las mujeres con sobrepeso deben aumentar menos (15 a 20 libras o 7 kilogramos a 9 kilogramos o menos, según su peso antes del embarazo).

Las mujeres con bajo peso tendrán que aumentar más (28 a 40 libras o 13 kilogramos a 18 kilogramos).

Las mujeres que tienen gemelos necesitan aumentar de 37 a 54 libras (16.5 kilogramos a 24.5 kilogramos).

La deficiencia de peso antes del embarazo y una ganancia inadecuada durante el mismo, son factores importantes en la restricción del crecimiento intrauterino y en el aumento de la morbilidad fetal. En las mujeres obesas antes del embarazo, el aumento de peso debe ser menor que en el resto porque es en este grupo donde la mortalidad perinatal es mayor. No se recomiendan las dietas reductoras, aún en pacientes obesas, es preferible disminuir de peso antes de la gestación.

La evaluación del estado nutricional de la embarazada debe incluir información acerca del tipo de ejercicio, hábitos, ingestión de medicamentos, detección de estados patológicos que requieran de intervención nutricional y la determinación del índice de masa corporal, que permite individualizar el aumento de peso que requiere cada mujer durante la gestación.

➤ Evaluación de la Tensión Arterial:

La toma de la tensión debe realizarse en condiciones de reposo, con la paciente sentada, su brazo derecho colocado a nivel del corazón, usando un brazalete adecuado al diámetro de éste. Se insufla el brazalete unos 20 a 30 mmHg por encima del valor en que se deja de palpar el pulso radial y luego se procede a desinflar lentamente, a 2 mmHg por segundo. El valor sistólico corresponde al observado directamente en el esfigmomanómetro y diastólico al 5º ruido de Korotkoff o al 4º cuando el 5º se encuentre cercano al 0. En estas condiciones, toda paciente con una cifra sistólica mayor o igual a 140 mmHg o una cifra diastólica mayor o igual a 90 mmHg debe ser valorada a fin de descartarle un trastorno hipertensivo.

➤ Evaluación de la Altura Uterina:

La medición de la altura uterina permite evaluar el crecimiento del útero y, conjuntamente con la palpación del feto, precisar su tamaño, tipo de presentación y grado de encajamiento, establecer la relación del líquido amniótico del feto y sospechar la posibilidad de embarazo gemelar, insuficiencia placentaria, enfermedad trofoblástica, así como de tumores pélvicos.

EXAMEN GINECOLÓGICO

Mamas. Se valorará tamaño, turgencia, presencia de los tubérculos de Montgomery, existencia de calostro, así como tamaño y forma de los pezones. Si son planos se realizará charla educativa y ejercicios para la futura lactancia materna.

Inspecciones de genitales. Se deben descartar enfermedades infecciosas, despigmentaciones, tumoraciones y situación de la uretra.

Se realizará examen con espéculo para visualizar la vagina y el cuello uterino, para detectar infecciones, características del cuello (situación, tamaño, permeabilidad o no del orificio cervical externo). Se puede realizar la citología orgánica si la gestante no la tuviera realizada y también la prueba de Schiller, si fuera necesario.

Tacto bimanual. Mediante éste se deben precisar las características del cuello, y del útero se determinarán el tamaño, la forma y consistencia, así como todos aquellos signos probables de gestación:

1. Signo de Hegar I: los dedos de ambas manos se tocan a través de la zona ístmica (reblandecida).
2. Signo de Gauss: independencia entre cuello y cuerpo uterino.
3. Signo de O'Schander: latido de la arteria cervicovaginal tactable en la zona del fondo lateral del istmo.
4. Signo de Noble-Budin: abombamiento del útero a través de los fondos de los sacos laterales de la vagina.
5. Signo de Piscacek: prominencia tactable hacia uno de los cuernos uterinos por la implantación ovular hacia esa zona.

Exámenes de laboratorio

En la primera consulta se debe practicar hemoglobina, hematocrito y, en pacientes con riesgo, descartar drepanocitosis. Este estudio se debe repetir al comienzo del tercer trimestre, aun en casos normales sometidos a terapia con hierro y folatos. Es necesario garantizar una concentración de hemoglobina mayor o igual a 11 mg/dl durante el embarazo para asegurar un adecuado aporte de oxígeno al feto, y al final de la gestación, para una mejor tolerancia de la madre al sangrado durante el parto. Por ello se recomienda su evaluación en el primer control prenatal y en la semana 28, momentos adecuados para el inicio del tratamiento en caso de presentar anemia la gestante.

Contaje y fórmula leucocitaria para descartar procesos infecciosos bacterianos o virales, leucemia, etc. Grupo sanguíneo y Rh, para el estudio de incompatibilidad sanguínea materno-fetal. En los casos de madre Rh (-), se debe practicar estudio del Du para saber, desde el punto de vista práctico, si la madre se comporta como Rh (-) o (+). En los casos de pacientes Rh (-) Du (-) se debe hacer el estudio correspondiente para determinar el grupo sanguíneo del marido y la determinación de aglutininas para detectar problemas de isoimmunización. Este estudio se repetirá en el tercer trimestre, sobre todo si hubo embarazo previo o transfusiones y si en este embarazo se practicó biopsia de vellosidades coriales, amniocentesis o cordocentesis.

Serología para sífilis y para el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, que se debe repetir en el tercer trimestre, cuando se trabaja con pacientes de riesgo.

Se debe practicar una glicemia en ayunas, aun en mujeres sin antecedentes de diabetes. Si el resultado es dudoso o positivo, se debe practicar una curva de tolerancia glucosada; de ser negativo y existir la sospecha clínica, se repiten en etapas más avanzadas del embarazo.

Examen simple de orina y si aparece bacteriuria o proteinuria se debe hacer cultivo y antibiograma. El examen rutinario de albuminuria no tiene justificación porque es un signo que aparece tardíamente en la hipertensión inducida por el embarazo (HIE), es preferible hacer mayor énfasis en el control de

la tensión arterial, ganancia de peso y edemas, como forma de prevención de esta enfermedad y, en caso de aparecer sospecha, recurrir a una hematología, para descartar hemoconcentración, determinación de albuminuria y ácido úrico sérico porque es el primer parámetro de laboratorio que se eleva en caso de daño renal producido por la HIE.

Además se debe de hacer detención de la infección por hepatitis B, infección por rubéola y detención de la diabetes gestacional.

Otros estudios

Ecografía Obstétrica: En embarazos de bajo riesgo con un desarrollo normal, el mejor momento para realizar una ecografía obstétrica es entre las 20 y 24 semanas, por permitir confirmar la edad gestacional, el número de fetos, descartar anomalías congénitas y determinar la ubicación de la placenta.

En el primer y tercer trimestre del embarazo estaría indicada en cualquier momento la ecografía cuando se sospeche alguna alteración en el embarazo. De igual forma, cuando al inicio del embarazo no se conoce la fecha de la última regla; a las 32 semanas, para confirmar el diagnóstico de placenta previa; y a las 36 semanas, para confirmar el diagnóstico de una presentación en pelvis o una situación transversa por maniobras de Leopold.

Visitas de segundo trimestre

Las vistas del segundo trimestre, son mas cortas por que ya existe la historia clínica y es una usuaria al control prenatal. En un embarazo aparentemente sana sin ningún riesgo, el procedimiento de las consultas.

- k) Signos vitales (presión arterial).
- l) Corroborar fecha probable de parto.
- m) Valoración de peso materno.
- n) Medir altura uterina.

- o) Valorar de frecuencia cardiaca fetal.
- p) Valorar por medio de palpación los movimientos fetales.
- q) Revisa biometría hemática y examen general de orina.
- r) averiguar la presencia de signos y síntomas de alarma, así mismo como orientar.
- s) Valoración del riesgo perinatal durante la evolución del embarazo.
- t) Realizar ultrasonido, para verificar anomalías y fechas exactas de gestación, así mismo como fecha probable de parto.

➤ Evaluación de la Frecuencia Cardiaca Fetal:

La evaluación de la frecuencia cardiaca fetal por auscultación es posible realizarla a partir de la semana 20 a la 22 y es útil para confirmar la vitalidad del feto. Normalmente la frecuencia cardiaca fetal se encuentra en un rango de 120 a 160 latidos por minuto; para su cuantificación se recomienda el conteo de los latidos cardiacos durante 5 minutos y multiplicarlos por 12.

Exploración obstétrica: Altura uterina, perímetro abdominal; vigilar un útero acorde con amenorrea, descartar ETG, FCF y movimientos fetales, tacto vaginal en búsqueda de alteraciones genitales, características del cuello uterino; descartar incompetencia ístmico-cervical, en base a los antecedentes de la paciente.

Evaluación por ultrasonido (sonograma o ecografía) para examinar:

- El tamaño del feto, su anatomía y relación con su edad gestacional.
- Fecha estimada de parto.
- Los movimientos del feto.
- La cantidad de líquido amniótico.
- El flujo a través del cordón umbilical.
- Ubicación de la placenta.
- Defectos estructurales del feto, como espina bífida.
- Problemas cardíacos congénitos.
- Algunas malformaciones.

- El sexo del bebé (si su posición lo permite y tú deseas conocerlo).

Muestra percutánea de sangre del cordón umbilical. Se trata del análisis de una muestra de la sangre del feto, extraída del cordón umbilical. Se utiliza únicamente si alguna prueba previa (amniocentesis o ultrasonido, por ejemplo) detecta alguna anomalía y precisa estudiar los cromosomas del feto para diagnosticar algún defecto, trastorno o enfermedad. La prueba puede realizarse a partir de las 18 semanas. Conlleva riesgo de aborto o infección.

Tercer trimestre

Semana 28-32 de gestación son dos consulta por semana y a partir de la semana 36-40 es una consulta por semana. En un embarazo aparentemente sana sin ningún riesgo, el procedimiento de las consultas es:

- a) Signos vitales (presión arterial).
- b) Corroborar fecha probable de parto.
- c) Valoración de peso materno.
- d) Medir altura uterina.
- e) Valorar de frecuencia cardiaca fetal.
- f) Valorar por medio de palpación los movimientos fetales.
- g) Revisa biometría hemática y examen general de orina.
- h) averiguar la presencia de signos y síntomas de alarma, así mismo como orientar.
- i) Valoración del riesgo perinatal durante la evolución del embarazo.
- j) Realizar ultrasonido, para verificar anomalías y fechas exactas de gestación, así mismo como fecha probable de parto.
- k) Determinar la presentación, posición y situación fetal, en caso de duda realizar ecografía.

- l) Las embarazadas con producto en presentación no cefálica deben ser informadas acerca de las alternativas para conseguir la presentación cefálica y referir al especialista.
- m) En embarazadas con reporte anterior de placenta previa realizar nueva ecografía para verificar ubicación de la placenta.
- n) Dar información de forma verbal apoyada en asesoramiento prenatal, facilitar información escrita y discutir dudas y problemas.
- o) Asesoría en planificación familiar.
- p) Dar medidas preventivas de embarazo pos-término.

2. 7 Vacunas Durante El Embarazo

Vacuna de la influenza.

Es recomendable que la mujer embarazada se aplique la vacuna de la influenza durante el primer trimestre.

Es mucho más probable que la influenza cause enfermedad grave en las mujeres embarazadas que en las mujeres que no lo están. Debido a los cambios que se producen durante el embarazo en el sistema inmunitario, el corazón y los pulmones, las mujeres embarazadas son más propensas a enfermarse gravemente por la influenza, lo cual puede conducir a su hospitalización e incluso la muerte. Las mujeres embarazadas que tienen influenza también tienen más probabilidades de que su bebé sufra como resultado del parto y nacimiento prematuros.

Un estudio que analizó la eficacia de la vacuna inyectable contra la influenza en las mujeres embarazadas encontró que la vacuna redujo en cerca de la mitad el riesgo de infecciones respiratorias agudas relacionadas con la influenza en las mujeres embarazadas.

Otro estudio encontró que los bebés de las mujeres que recibieron la vacuna inyectable contra la influenza durante el embarazo tuvieron un tercio menos de probabilidad de enfermarse de influenza que los bebés de las mujeres

no vacunadas. Este beneficio protector se observó hasta cuatro meses después del nacimiento.

Vacuna de TDAP

Tdap (tétanos, difteria y tos ferina acelular), que se administra entre las semanas 27 y 36 como protección contra la tos ferina. La vacuna Tdap también se recomienda, aunque la hayas recibido antes de quedar embarazada. Si la recibes entre las semanas 27 y 36, el cuerpo producirá anticuerpos contra la tos ferina que podrán pasar al embrión a través de la placenta.

El tétanos, la difteria y la tos ferina pueden ser enfermedades muy graves. La vacuna Tdap puede protegernos de estas enfermedades. Además, si se administra la vacuna Tdap a las mujeres embarazadas, puede proteger a los bebés recién nacidos contra la tos ferina.

El TÉTANOS es poco frecuente actualmente. Causa tensión y rigidez dolorosas en los músculos, en general, en todo el cuerpo. Puede ocasionar rigidez de los músculos en la cabeza y el cuello, lo que impide abrir la boca, tragar o, en ocasiones, incluso respirar. El tétanos mata aproximadamente a 1 de cada 5 personas infectadas.

La DIFTERIA también es poco frecuente actualmente. Puede ocasionar que se forme una capa gruesa en la parte posterior de la garganta. Esto puede ocasionar problemas para respirar, parálisis, insuficiencia cardíaca y muerte.

La TOS FERINA (tos convulsiva) causa accesos de tos severos que pueden producir dificultad para respirar, vómitos y alteraciones del sueño. También puede provocar pérdida de peso, incontinencia y fractura de costillas.

Estas enfermedades son causadas por bacterias. La difteria y la tos ferina se contagian de persona a persona por medio de secreciones de la tos o los estornudos. El tétanos entra en el cuerpo a través de cortes, raspones o heridas. Antes de que las vacunas existieran, en los Estados Unidos se presentaban hasta

200,000 casos al año de difteria y tos ferina y centenares de casos de tétanos. Desde que comenzó la vacunación, el tétanos y la difteria han disminuido, aproximadamente, un 99% y la tos ferina alrededor de un 80%.

Otros autores proponen otro esquema para la atención prenatal. Un esquema de entre cuatro y seis visitas atendiendo a las normativas nacionales e internacionales. La primera consulta prenatal debe realizarse lo más precozmente posible y preferiblemente de forma conjunta por profesionales capacitados. Existe evidencia científica de que una primera visita antes de las 12 semanas de gestación se acompaña de mejores resultados perinatales. Posteriormente, dos visitas en el segundo trimestre y tres en el tercero. Si la gestante no tuvo el parto a las 40 semanas, será derivada al hospital-maternidad. La duración aproximada de las visitas será entre 30 a 40 minutos para la primera y 20 minutos para las siguientes, garantizando que sean realizadas todas las actividades propuestas y se cumplimenten debidamente la Historia Clínica Perinatal y el Carnet Perinatal.

2. 8 EMBARAZO DE BAJO RIESGO:

Se define el embarazo de bajo riesgo, como aquel en que la madre, el feto y/o el neonato, tienen una menor probabilidad de enfermar y morir o de padecer secuelas durante el embarazo o después del parto.

Es el embarazo habitual, que tiende a ser normal, en una mujer que no tiene factores de riesgo que hagan peligrar la salud de ella, ni de su bebé. Sin embargo, esto no excluye la posibilidad de que durante el embarazo surjan algunas complicaciones, aunque estas son menos frecuentes que en gestaciones de alto riesgo.

Una vida saludable y un adecuado control prenatal son importantes para detectar alguna de estas, tratarlas a tiempo y así llegar a un final feliz.

2. 9 EMBARAZO DE ALTO RIESGO.

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

El embarazo de alto riesgo es aquel que tiene más posibilidades de complicaciones, tanto desde el punto de vista de la madre como para el embrión o feto y, por tanto, el control previo durante la gestación, el parto y puerperio, han de ser más completos, evitando cualquier posible riesgo.

Sólo un 10% de los embarazos se consideran de alto riesgo, aunque no hay un acuerdo unánime sobre cuáles deben ser considerados como tal, ya que las causas que provocan un embarazo de alto riesgo son muy variables y pueden ocurrir antes, durante o después de la gestación. El término se refiere a que circunstancias médicas, sociales, ginecológicas u obstétricas puedan poner en riesgo la salud de la madre, del feto, o de ambos, con una probabilidad superior a la de la población general durante la gestación, el parto o el puerperio.

Cómo se detecta un embarazo de alto riesgo

Los signos que indican que un embarazo implica un riesgo mayor para la salud de la madre o del bebé pueden detectarse de dos maneras:

- Idealmente, en la consulta preconcepcional (previa a la búsqueda de embarazo), o en la primera visita como gestante. El ginecólogo y personal de salud (LEO) deberá conocer el historial médico completo de la mujer, y le hará las pruebas médicas y preguntas encaminadas a descubrir si es un embarazo de alto riesgo. Entre las pruebas habituales están: análisis de sangre, sistemático de orina, cultivos de orina u otras muestras biológicas, estudios genéticos, pruebas de imagen (ecografías, resonancia magnética) u otras, como laparoscopia.
- A lo largo del seguimiento del embarazo pueden surgir problemas médicos que lo identifiquen como embarazo de alto riesgo.

Factores de riesgo para un embarazo de alto riesgo

Algunos factores de riesgo están presentes antes de que las mujeres se queden embarazadas. Otros pueden aparecer durante el embarazo. Estos factores de riesgo son:

- características físicas y características sociales de las mujeres
- Problemas en un embarazo previo
- Ciertos problemas presentes antes del embarazo
- Problemas que aparecen durante el embarazo
- Exposiciones que pueden dañar al feto

Otros problemas que aumentan el riesgo durante el parto.

Características físicas

Las siguientes características de las mujeres afectan al riesgo durante el embarazo.

Edad

Las adolescentes de 15 años o menos tienen mayor riesgo de tener:

- Preeclampsia (un tipo de hipertensión arterial que se desarrolla durante el embarazo).
- Parto prematuro
- Anemia
- Bebés con anemia o bebés de bajo peso (pequeños para la edad gestacional)

Las mujeres de 35 años o más presentan un riesgo aumentado de tener lo siguiente:

- Padecer un trastorno preexistente que aumente el riesgo durante el embarazo, como la hipertensión o la diabetes

- Problemas relacionados con el embarazo, como la preeclampsia, la diabetes gestacional (diabetes que se desarrolla durante el embarazo), anomalías cromosómicas en el feto y muerte fetal (muerte intrauterina)
- Complicaciones durante el parto, como un parto difícil, el desprendimiento prematuro de la placenta (abruptio placentae, abrupción placentaria o ablatio placentae) o una placenta previa (placenta que está mal colocada o desplazada)

Peso

Las mujeres muy delgadas (con un índice de masa corporal menor de 19,8 Determinación del índice de masa corporal) o que pesan menos de 45 kg antes de quedarse embarazadas tienen más probabilidad de:

- Tener bebés pequeños con bajo peso.

Las mujeres obesas (con un índice de masa corporal por encima de 29) tienen más probabilidad de presentar los problemas siguientes:

- Bebés muy grandes (grande para la edad gestacional), que pueden dificultar el parto.
- Bebés que no han crecido lo suficiente antes del nacimiento (restricción del crecimiento)
- Bebés con malformaciones congénitas
- Abortos involuntarios y nacimiento de un niño muerto
- Diabetes gestacional
- Hipertensión gestacional (hipertensión arterial que aparece después de las 20 semanas de embarazo)
- Preeclampsia (hipertensión gestacional acompañada de pérdida de proteínas por la orina)
- Embarazos que duran 42 semanas o más (embarazo postérmino)
- Necesidad de parto por cesárea.

Estatura

Las mujeres de estatura inferior a 1,50 m tienen más probabilidades de tener una pelvis pequeña, lo cual puede dificultar el paso del feto durante el parto a través de la pelvis y de la vagina (canal del parto). Por ejemplo, es más probable que el hombro del feto se encaje contra el hueso púbico. Esta complicación se denomina distocia del hombro. Las mujeres de estatura baja también tienen más probabilidades de tener un parto prematuro (pretérmino) o un bebé que no crezca lo esperado.

Anomalías reproductivas

Las anomalías estructurales del útero o del cuello uterino aumentan el riesgo de lo siguiente:

- Un parto difícil
- Aborto espontáneo
- Un feto en una posición anómala
- Necesidad de parto por cesárea

Estas anomalías incluyen un útero doble y un cuello uterino débil (incompetente) (insuficiencia cervical) que tiende a dilatarse a medida que el feto aumenta de tamaño.

Características sociales

Ser soltera o pertenecer a un grupo socioeconómico bajo aumenta el riesgo de problemas durante el embarazo. La razón de que estas características incrementen el riesgo no está muy clara, pero probablemente esté relacionada con otros factores que son más frecuentes entre estas mujeres. Por ejemplo, es más probable que fumen, que no tengan una dieta saludable y que carezcan de una buena atención médica.

Problemas en un embarazo previo

Cuando las mujeres han tenido un problema en un embarazo, son más propensas a tener otro problema, a menudo el mismo, en embarazos siguientes. Estos problemas incluyen haber tenido cualquiera de los siguientes:

- Un bebé prematuro
- Un bebé de bajo peso (pequeño para la edad gestacional)
- Un bebé de peso superior a 4,5 kg (grande para la edad gestacional)
- Un bebé con defectos congénitos
- Un aborto espontáneo previo
- Un parto tras la semana 42 del embarazo (parto tardío, posmaduro, retardado o postérmino)
- Una incompatibilidad Rh que requiere una transfusión sanguínea al feto
- Un parto que ha requerido una cesárea
- Un bebé que ha fallecido poco antes o después de nacer (mortinato, muerte fetal)
- Un exceso de líquido amniótico en el útero (polihidramnios o hidramnios)
- Un feto colocado en una posición anómala, como las nalgas primero (de nalgas)
- Una lesión que estira los nervios del hombro del bebé (lesión del plexo braquial) durante el parto
- Un embarazo anterior con más de un feto (partos múltiples)
- Un trastorno convulsivo

Estas mujeres pueden tener una afección que provoque que se repita el mismo problema. Por ejemplo, las mujeres con diabetes presentan más probabilidades de tener bebés que pesen más de 5 kg al nacer.

Las mujeres que han tenido un recién nacido con un trastorno genético o defectos congénitos tienen más probabilidad de dar a luz otro bebé con un problema similar. Antes de intentar quedarse embarazada de nuevo puede ser adecuado realizar pruebas genéticas al bebé (aun cuando haya nacido muerto) y a los padres. Si estas mujeres se quedan embarazadas de nuevo, es posible realizar determinadas pruebas, como la ecografía de alta resolución, la biopsia de vellosidades coriónicas y la amniocentesis, para determinar si el feto tiene un trastorno genético o defecto de nacimiento. Estas mujeres pueden ser remitidas a un especialista.

El haber estado embarazada 5 o más veces aumenta el riesgo de tener contracciones prematuras y hemorragias excesivas tras el parto. Haber tenido gemelos o más fetos en un embarazo aumenta el riesgo de presentar una placenta mal colocada (placenta previa).

Trastornos presentes antes del embarazo

Antes de quedarse embarazada, la mujer puede tener un trastorno que aumente el riesgo de problemas en el embarazo (ver Introducción a las complicaciones no obstétricas durante el embarazo). Estos trastornos incluyen:

- Hipertensión arterial
- Diabetes
- Nefropatías
- Infecciones renales
- insuficiencia cardíaca
- Anemia de células falciformes
- Enfermedades de transmisión sexual

Las mujeres que sufren uno de estos trastornos deben hablar con un médico para intentar estar en las mejores condiciones físicas posibles antes de quedarse embarazadas. Una vez lo están, pueden precisar cuidados especiales, a menudo de un equipo interdisciplinar. El equipo puede estar formado por un

obstetra (que también puede ser un especialista en el trastorno), un especialista en el trastorno y otros profesionales de la salud (como nutricionistas).

Trastornos durante el embarazo

Durante el embarazo puede surgir un problema o sobrevenir un trastorno que lo convierta en un proceso de alto riesgo.

Determinados trastornos guardan alguna relación con el embarazo o son complicaciones del mismo. Otros trastornos no están directamente relacionados con el embarazo (ver Introducción a las complicaciones no obstétricas durante el embarazo). Determinados trastornos tienen mayor probabilidad de presentarse por todos los cambios que causa el embarazo en el cuerpo de la mujer.

Las complicaciones del embarazo son problemas que aparecen solo durante este. Pueden afectar a la mujer, al feto o a ambos y presentarse en diferentes momentos del embarazo. Por ejemplo, complicaciones como una placenta desplazada (placenta previa) o su desprendimiento prematuro del útero (desprendimiento prematuro de la placenta) pueden causar hemorragia en la vagina durante el embarazo. Las mujeres que tienen una hemorragia abundante tienen el riesgo de perder al embrión, feto o de entrar en choque y, si no se trata de inmediato, de morir durante el parto.

Exposiciones durante el embarazo

Durante el embarazo, el riesgo de tener un bebé con un defecto congénito puede aumentar por la exposición a lo siguiente:

- Ciertas infecciones
- Ciertos fármacos
- Radiación y ciertas sustancias químicas.

Este tipo de sustancias y condiciones reciben el nombre de teratógenos.

Los defectos de nacimiento tienen más probabilidades de aparecer si las mujeres están expuestas a un teratógeno de 3 a 8 semanas después de quedar embarazadas (de 4 a 10 semanas después de su último período menstrual), ya que los órganos del feto se forman durante este periodo. El riesgo de sufrir un aborto espontáneo también aumenta.

Las infecciones que son particularmente peligrosas durante el embarazo son:

- Varicela
- Hepatitis
- Herpes simple
- Rubéola
- Sífilis
- Toxoplasmosis
- Las infecciones por citomegalovirus o por virus de Coxsackie

Los medicamentos y otras sustancias que pueden aumentar el riesgo de defectos congénitos son:

- Alcohol
- Tabaco
- Cocaína (ver Consumo de medicamentos u otras drogas durante el embarazo : Drogas sociales y Consumo de medicamentos u otras drogas durante el embarazo : Drogas ilegales)
- Algunos medicamentos de venta con receta médica (ver Medicamentos que pueden causar problemas durante el embarazo*)

El consumo excesivo de mercurio en pescados y mariscos puede dañar al feto. Sin embargo, los pescados y mariscos contienen nutrientes que son importantes para el crecimiento y desarrollo del feto y de los bebés alimentados con leche materna. Por lo tanto, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) recomienda a las mujeres que estén embarazadas, que pudieran quedarse embarazadas o que estén amamantando lo siguiente:

- No comer blanquillo del Golfo de México, tiburón, pez espada y caballa gigante.
- Limitar la cantidad de atún blanco a 6 onzas (unos 170 gramos, una comida media) a la semana.
- Antes de consumir pescados que provienen de lagos, ríos y zonas costeras, comprobar los avisos de los consejos locales sobre la seguridad de este tipo de peces, y si no se sabe con certeza si los niveles de mercurio son bajos o bien no se dispone de esta información, limitar la cantidad consumida a 6 onzas (unos 170 gramos, una comida media) a la semana y no consumir otros pescados o mariscos con alto contenido de mercurio durante esa semana.
- Cada semana, consumir de 8 a 12 onzas (entre 240 y 360 gramos, 2 o 3 comidas medias) de una variedad de pescados y mariscos que sea más baja en mercurio.

Los pescados y mariscos con contenidos más bajos en mercurio son la platija, los camarones, el atún claro enlatado, el salmón, el abadejo, la tilapia, el bacalao y el pez gato (véase Fish: What Pregnant Women and Parents Should Know). Algunas autoridades (Consumer Reports: Choose the Right Fish To Lower Mercury Risk Exposure) aconsejan no consumir ninguna variedad de atún durante el embarazo.

2. 10 PRINCIPALES COMPLICACIONES DURANTE EL EMBRAZO

A pesar de que la mayoría de los embarazos son normales, puede haber complicaciones en algunos casos. A continuación, se mencionan algunas de las complicaciones del embarazo más comunes:

PRE-ECLAMPSIA

Es un trastorno que se caracteriza por la elevación de la presión arterial y proteína en la orina durante el embarazo, lo cual puede traer complicaciones que afecten al

embarazo, lo cual puede traer complicaciones que afecten tanto al feto como a la madre.

La principal complicación de la pre-eclampsia es el aumento en el riesgo que ocurra un parto prematuro, lo cual llevara a que el feto nazca antes de completar su crecimiento y desarrollo.

Durante el embarazo el cuerpo de la madre sufre una serie de adaptaciones con la finalidad de alojar al embrión. Uno de los sistemas que más adaptaciones debe hacer el sistema cardiovascular, que debe hacer varios cambios que permitan que la sangre circule tanto por la madre como por el feto. Para ello es necesario que ocurra un aumento en el volumen de sangre al tiempo que es necesario que el corazón aumente su capacidad de bombeo lo que se manifiesta por el incremento del gasto cardíaco, para favorecer este proceso el cuerpo materno libera una serie de sustancias con la finalidad de dilatar los vasos sanguíneos con el objeto de que disminuya la presión arterial con lo que se facilita el trabajo del corazón. Una presión arterial elevada en embarazadas puede dificultar el pase de sangre a la placenta, que brinda nutrientes y oxígeno al feto. Un flujo sanguíneo reducido puede ralentizar el crecimiento del feto y hacer que la madre corra más riesgo de trabajo de parto prematuro y preeclampsia.

El aumento de la presión arterial se acompaña además por edema en piernas y la aparición de orina espumosa por la eliminación anormal de proteínas en la orina.

Factores de riesgo:

- Edad materna: menor de 20 años y mayor 35años
- Primera gestación
- Antecedentes heredo familiares
- Presencia de enfermedades crónicas

En la medida que las cifras de presión arterial se encuentran más elevadas ocurre también una mayor magnitud de edema que puede abarcar todo el cuerpo, así como la expulsión de mayores cantidades de proteínas por la orina. En los casos severos pueden haber síntomas como:

- Cefalea
- visión borrosa
- confusión
- acufenos
- convulsiones

Si no se aplica tratamiento la embarazada puede caer en estado de coma o incluso morir por hemorragias cerebrales o por edema agudo de pulmón debido a la acumulación de líquidos en el aparato respiratorio.

Las pacientes con preeclampsia deben recibir tratamiento médico con fármacos indicados para disminuir los niveles de presión arterial, así como seguir una dieta baja en sodio, reposo y prescripciones de suplemento de hierro, calcio y vitaminas.

DIABETES GESTACIONAL

Es la presencia de glucosa alta en la sangre que empieza o se diagnostica por primera vez durante el embarazo.

Las hormonas de la placenta contribuyen al desarrollo del feto, pero estas hormonas también bloquean la acción de la insulina en el cuerpo de la madre y cuando esto sucede, los niveles de glucosa en sangre de una mujer embarazada pueden incrementar, este problema se llama resistencia a la insulina. La resistencia a la insulina dificulta que el cuerpo de la madre utilice la insulina. Es posible que necesite una cantidad de insulina hasta tres veces más alta.

Factores de riesgo que pueden originar diabetes gestacional.

- ✓ Edad: por lo general mayor de 35 años, aunque no necesariamente.
- ✓ Factor hereditario
- ✓ Obesidad
- ✓ Hipertensión arterial

Cuando existe diabetes gestacional el páncreas funciona horas adicionales para producir insulina, pero la insulina no baja el nivel de glucosa de la sangre. Aunque la insulina no cruza la placenta, la glucosa y otros nutrientes sí lo hacen. La glucosa adicional en la sangre atraviesa la placenta, lo que hace que el feto tenga un alto nivel de glucosa. Esto hace que el páncreas del feto produzca más insulina para eliminar la glucosa en la sangre, ya que, el feto está recibiendo más energía de la que necesita para crecer y desarrollarse. La energía adicional se almacena como grasa.

Esto puede producir macrosomía en el feto. Los recién nacidos con macrosomía enfrentan problemas propios de salud, entre ellos distocia de hombro durante el parto. Debido a la insulina adicional producida por el páncreas del feto, los recién nacidos pueden tener un nivel de glucosa muy bajo al nacer y también corren mayor riesgo de tener problemas respiratorios. Los recién nacidos con exceso de insulina corren mayor riesgo de ser obesos durante su niñez y tener diabetes de tipo 2 de adultos.

Recomendaciones e indicaciones

a) Comer alimentos saludables

Comer alimentos saludables incluidos en un plan de comidas para personas con diabetes. Un nutricionista puede ayudarle a crear un plan de comidas saludable y enseñarle a controlar su azúcar en la sangre durante el embarazo.

b) Haga ejercicio con regularidad

El ejercicio es otra manera de controlar el azúcar en la sangre, ya que ayuda a nivelar el consumo de alimentos, puede realizar ejercicio de manera regular durante y después del embarazo.

c) Controlar con frecuencia la glucosa en la sangre

d) Tomar insulina, si se requiere.

e) Hacer un examen de diabetes después del embarazo

Hacer un examen de diabetes entre las 6 y 12 semanas después de que nazca el bebé y luego cada 1 a 3 años.

En la mayoría de las mujeres con diabetes gestacional, la diabetes desaparece después del parto. Cuando esta no desaparece, entonces se le llama diabetes tipo 2. Aún cuando la diabetes desaparezca después de que nace el bebé, la mitad de las mujeres que han tenido diabetes gestacional padecerán diabetes tipo 2. Es importante que una mujer que haya tenido diabetes gestacional continúe haciendo ejercicio y manteniendo una alimentación saludable después del embarazo para prevenir o retrasar la diabetes tipo 2.

ABORTO ESPONTANEO

El aborto espontáneo es el termino del embarazo que ocurre dentro de las primeras 20 semanas de gestación y antes de que el embrión pese 500 gr.

Las razones de un aborto espontáneo es variada, y más a menudo la causa no puede ser identificada. Durante el primer trimestre, la causa más común de un aborto espontáneo es una anomalía cromosómica lo que significa que algo no está correcto con los cromosomas del embrión. La mayoría de las anomalías cromosómicas son la causa de una célula o el esperma dañado, o son debido a un problema en el momento en que el cigoto se pasó por el proceso de división.

Factores de riesgo:

- problemas hormonales
- las infecciones
- problemas en la salud materna
- El estilo de vida (es decir, el tabaquismo, el consumo de drogas, la desnutrición, el exceso de cafeína y la exposición a la radiación o sustancias tóxicas)
 - La implantación del óvulo en el revestimiento del útero no se produce correctamente
 - La edad materna

Para las mujeres en edad de procrear, las posibilidades de tener un aborto espontáneo pueden variar desde el 10 á 25%, y en las mujeres más saludables el promedio es alrededor de un 15 á 20% de probabilidad.

- Un aumento en la edad de la madre afecta a las probabilidades de un aborto espontáneo.
- Mujeres menores de 35 años de edad tienen una probabilidad de 15% de tener un aborto espontáneo.
- Las mujeres que son 35-45 años de edad tienen una probabilidad del 20-35 % de tener un aborto espontáneo.
- Las mujeres mayores de 45 años pueden tener hasta un 50% de probabilidades de tener un aborto espontáneo.
- Una mujer que ha tenido un aborto espontáneo anteriormente tiene una probabilidad de 25% de tener otro (sólo un riesgo levemente elevado que para alguien que no ha tenido un aborto espontáneo anterior).

El Tratamiento del Aborto Espontáneo:

El objetivo principal del tratamiento durante o después de un aborto espontáneo es para prevenir la hemorragia y/o una infección. Entre más temprano está en el embarazo, es más probable que su cuerpo va a expulsar todo el tejido fetal por sí mismo y no requieren más procedimientos médicos.

Si el cuerpo no expulsa todo el tejido, el procedimiento más común realizado para detener la hemorragia y prevenir la infección es una dilatación y raspado, conocido como D & C. Se pueden recetar medicamentos para ayudar a controlar el sangrado después de que se realiza el D & C. El sangrado debe ser monitoreado de cerca una vez que esté en su casa; si observa un aumento de la hemorragia o la aparición de escalofríos o fiebre, lo mejor es llamar a su médico de inmediato

Embarazo Ectópico

El embarazo ectópico es aquel que se produce fuera del útero las. En condiciones normales, el óvulo fecundado desciende por las trompas de Falopio hasta el útero, donde se implanta para comenzar su desarrollo, pero en un embarazo ectópico lo hace en otro lado, en el 98% de los casos en trompas de Falopio, ésta situación es amenazante para la vida de las mujeres, puesto que, a medida que el embarazo crece las trompas podrían llegar a explotar.

Aunque se han conocido casos de bebés sanos nacidos de un embarazo ectópico, muy rara vez son viables este tipo de embarazos, siendo una causa frecuente de pérdida gestacional durante el primer trimestre.

Factores de riesgo:

- Edad: Ser mayor de 35 años: la mayor tasa de embarazos ectópicos se produce en las mujeres de entre 35 y 44 años.
- Enfermedad pélvica inflamatoria: una infección del aparato reproductor superior generalmente causada por infecciones de transmisión sexual no tratadas, como la gonorrea o la clamidia.
- embarazo ectópico previo: aumenta entre un 10% Y 25% de probabilidad de tener un futuro embarazo ectópico.
- Mujeres portadoras de DIU (dispositivo intrauterino): en los raros casos en que una mujer queda embarazada, el riesgo de tener un embarazo ectópico es elevado.
- Mujeres con endometriosis

- Tener defectos congénitos en las trompas de Falopio.
- Tabaquismo: las fumadoras tienen el doble de probabilidades de sufrir un embarazo ectópico que las mujeres que no fuman. La nicotina podría paralizar los cilios del revestimiento de la trompa de Falopio, vellosidades encargadas de llevar el ovulo fecundado al útero.

Enfermedades congénitas:

Son alteraciones estructurales o funcionales, visibles o no, que están presentes desde el nacimiento. En general, son de una severidad tal que suelen ser detectados durante los primeros días después del nacimiento e, incluso, en muchas ocasiones prenatalmente.

Estas anomalías pueden ser tanto estructurales como funcionales, tal es el caso de los trastornos metabólicos que ocurren durante el embarazo o en el parto.

Existen multitud de tipos de malformaciones congénitas que pueden afectar a cualquier parte de la anatomía humana. A continuación se citan las más importantes y características:

- Malformaciones congénitas del sistema nervioso
 - Anencefalia y encefalocele
 - Espina bífida
 - Microcefalia
- Malformaciones congénitas del ojo, del oído, de la cara y el cuello
 - Entropión y entropión congénitos
 - Micro y macroftalmias
 - Catarata congénita

- Coloboma de iris
- Ausencia congénita de pabellón auditivo
- Orejas supernumerarias
 - Malformaciones congénitas del sistema circulatorio
- Transposición de los grandes vasos
- Tetralogía de Fallot
- Síndrome de Eisenmenger
- Valvulopatías congénitas
 - Malformaciones congénitas del sistema respiratorio
- Atresia de coanas
- Laringomalacia congénita
- Quiste pulmonar congénito
- Secuestro de pulmón
- Hipoplasia y displasia pulmonar
 - Fisura del paladar y labio leporino
 - Otras malformaciones congénitas del sistema digestivo
- Macroglosia
- Atresia de esófago
- Hernia de hiato congénita
- Divertículo de Meckel
- Atresia de los conductos biliares
- Enfermedad quística del hígado
- Páncreas anular
 - Malformaciones congénitas de los órganos genitales
- Ausencia, quiste o torsión de ovario

- Útero unicorne y bicorne
- Ausencia congénita de la vagina
- Himen imperforado
- Testículo no descendido
- Hermafroditismo y pseudohermafroditismo
 - Malformaciones congénitas del sistema urinario
- Agenesia renal y Síndrome de Potter
- Enfermedad quística del riñón
- Hidronefrosis congénita
- Riñón supernumerario
- Persistencia del uraco
- Divertículo congénito de la vejiga

- Malformaciones y deformidades congénitas del sistema

Osteomuscular

- Luxación congénita de la cadera
- Pie plano congénito
- Pie cavus
- Dolicocefalia
- Plagiocefalia
- Escoliosis congénita
- Tórax excavado
- Polidactilia

2. 11 NUTRICIÓN DE LA EMBARAZADA:

Como definición de nutrición se entiende satisfacer las necesidades orgánicas en cuanto a requerimientos diarios para lograr un buen funcionamiento de aparatos y sistemas.

La nutrición debe de llevar un equilibrio entre cantidad y calidad. La cantidad satisface el apetito. La calidad satisface los nutrientes del organismo.

Nutrición Básica

1. Vitaminas
2. Minerales
3. Proteínas
4. Carbohidratos
5. Grasas

1) Vitaminas

Nutrientes básicos indispensables en la formación de un nuevo ser debe de extra presente en la dieta diaria, aunque haya un buen aporte de vitaminas, la embarazada debe de ingerir vitaminas de manera extra durante todo el embarazo y la lactancia.

Debe de ser administrada en forma de tabletas capsulas o comprimidos que contienen multivitamínicos, que incluyen los ácidos y omega3.

La importancia de las vitaminas:

1. Son nutrientes esenciales y básicos.
2. El organismo no los produce.
3. Necesarios para el desarrollo y crecimiento del feto.
4. Su deficiencia causa enfermedad.
5. El organismo no almacena vitaminas.
6. En el embarazo incrementa su necesidad.
7. Gran parte de las vitaminas se inactiva durante la preparación.

Vitaminas hidrosolubles: B, C.

Vitaminas liposolubles: A, D, E, K.

ACIDO FOLICO (Vitamina B9)

Pertenece al grupo de los folatos y tiene diferentes funciones, especialmente en la reproducción celular a nivel del ADN en la transmisión de la información genética durante la división celular por la que sus necesidades, sus requerimientos se incrementan durante las primeras 8 semanas de gestación donde ocurre una rápida replicación celular en el embrión, tiempo en el que cierra el tubo neural.

Se debe de ingerir una tableta de 5mg, por la mañana, se puede tomar durante todo el embarazo.

Se encuentra en todas las verduras verdes oscuras, verdolagas, acelgas, espinacas, semillas. Su deficiencia puede causar: Anemia (Megaloblástica), en el embarazo produce defecto del tubo neural.

2) MINERALES

Es una serie de componentes químicos que se encuentran en la naturaleza ya sea en forma libre o formando compuestos orgánicos rara vez se encuentra en forma pura y no se pueden consumir así.

Al igual que las vitaminas los minerales son indispensables para la vida es decir no se puede vivir sin ellos, ya que son básicos en el proceso metabólico del organismo para que este funcione adecuadamente y en la embarazada los minerales también ayudan al incremento y desarrollo del feto, por lo que también se aumentan los requerimientos diarios.

Sus deficiencias pueden causar diferentes tipos de trastornos que pueden ser leves o severos, que dañan a la persona y/o al feto, dejando secuelas e incluso la muerte.

Fe (fiero, hierro)

Es un metal pesado que se encuentra en la naturaleza tanto en forma libre como en compuestos orgánicos para el consumo humano lo encontramos formando compuestos llamados sales ferroso.

Su deficiencia puede causar anemia ferropenia se diagnostica por una BH, donde se encuentra disminuida la hemoglobina, puede causar debilidad, astenia, adinamia, anorexia, somnolencia, dificultar para concentrarse, pensamiento lento o retraimiento, falta de concentración, palidez de tegumentos, perdida de pelo.

La anemia ferropenia en el embarazo puede causar:

- Restricción en el crecimiento
- Bajo peso al nacer
- Mayor susceptibilidad
- Problemas de la conducta
- Alteraciones en el lenguaje
- Bajo coeficiente intelectual

Aun que durante el embarazo no tenga anemia debe recibir suplemento de Fe durante el embarazo y el puerperio.

El requerimiento de hierro en la embarazo es de una capsula de 30mg diarios, y se advierte que evacua de color café oscuro, como la melen

3) Calcio

Es un metal que se encuentra libre en la naturaleza y también formado de compuestos químicos, también es un metal indispensable para la vida.

Tiene múltiples funciones orgánicas pero son 5 las que sobre salen:

1. Es un factor de la coagulación
2. Forma parte de los huesos, diente y cartílago
3. Participa en la contractibilidad de músculo liso y estriado
4. Participa en la contractibilidad de los músculos cardiacos
5. En la embarazada es componente esencial para la formación del esqueleto fetal y en puerperio forma parte el calcio en la leche.

CAPITULO III: Intervención De Enfermería

En el presente capítulo se hablara de las intervenciones y acciones que lleva a cabo la enfermera en el control prenatal, en la prevención y orientación de los riesgos durante el embarazo.

3. 1 CUIDADOS PREVIOS A LA CONCEPCIÓN

Una visita previa a la concepción puede ayudar a que las mujeres tomen medidas para tener un embarazo seguro y saludable antes de quedar embarazadas.

Las mujeres pueden tomar las siguientes medidas antes de embarazarse para promover un embarazo y el nacimiento de un bebé saludables:

Los cuidados previos a la concepción y los cuidados prenatales pueden ayudar a prevenir las complicaciones y permiten informar a las mujeres sobre medidas importantes que pueden tomar para proteger a sus bebés y garantizar un embarazo saludable.

- Mantener una dieta saludable
- Mantener un peso normal.
- Evitar elementos y sustancias no saludables tales como: el alcohol, la cafeína y los cigarrillos, la ayudará a asegurarse de que será capaz de proporcionarle un hogar sano y saludable a su futuro bebé.
- Por otro lado, el hecho de minimizar su exposición a diferentes factores de riesgo medioambientales; tales como: el plomo, es otra forma mediante la cual podrá ir preparando a su cuerpo para cobijar apropiadamente a un feto en crecimiento.
- Modificar tratamientos médicos.
- Realizar estudios de laboratorio.

3. 2 PRINCIPALES ACCIONES DE ENFERMERÍA EN EL CONTROL PRENATAL

Tener un embarazo saludable es una de las mejores maneras de promover un nacimiento saludable. Recibir cuidados prenatales regulares desde el inicio del embarazo mejora las probabilidades de tener un embarazo saludable. Estos cuidados comienzan incluso antes del embarazo, con una visita al médico antes de la concepción.

- Identificar a la embarazada de riesgo, registrarla.

- En cada consulta se tomaran signos vitales, con la finalidad de detectar cualquier alteración de salud.
- Educar a la embarazada, familia y comunidad de la importancia del control prenatal.
- Orientación sobre el parto y puerperio.
- Promoción de la lactancia materna.
- Organizar conferencias acerca de la planificación familiar y cuidados del recién nacido, generando club de madres.
- Realizar el control completo de la embarazada en cada consulta en búsqueda de patologías o factores de riesgo, registrarlo e informar.
- Identificar y buscar embarazadas y puérperas que no acuden a control prenatal, con el fin de reducir riesgos durante el embarazo, parto y puerperio.
- Controlar que el 100% de las embarazadas de la comunidad se realicen los estudios de detección de VIH y sífilis. Animar a acudir a la consulta con la pareja sexual de la embarazada.
- Disponer del registro de las embarazadas con sífilis, VIH, HTA, diabetes gestacional, bajo peso, etc., así como de la fecha de nuevo control.
- Revisar sus antecedentes de vacunación (carnet / libreta de salud) y completar si es necesario esquema según normas de PAI, garantizando esquema al día con Td y Anti-Influenza.
- Orientar a la embarazada para que se realice su control odontológico, ya que por aumento en las necesidades de calcio, en ocasiones los dientes se ven afectados.
- Dispensar en cada visita prenatal el suministro adecuado de medicamentos (vitaminas, hierro y calcio).
- Revisar carnet de vacunación y administrarlas vacunas pertinentes según normas.

- Informar sobre el lugar al que acudir para el parto y/o situaciones de urgencia
 - Construcción de estrategias para la captación y seguimiento de todas las embarazadas del territorio.
 - Realizar actividades educativas individuales y colectivas durante el prenatal sobre la gestación, parto, puerperio, planificación familiar, promoción de la lactancia materna y cuidados del recién nacido, incluyendo a la pareja de la gestante.
 - Seguir una dieta segura y saludable
 - hacer ejercicio regular, según las recomendaciones del equipo de salud.
 - Evitar la exposición a sustancias potencialmente dañinas como el plomo y la radiación puede ayudar a reducir el riesgo de problemas durante el embarazo y garantizar la buena salud y el correcto desarrollo del bebé.
 - Controlar las enfermedades existentes, como la presión arterial alta y la diabetes, es importante para evitar complicaciones graves del embarazo, como la preeclampsia.
 - Reducir el riesgo de complicaciones del bebé. Se ha demostrado que el consumo de alcohol y tabaco durante el embarazo aumenta el riesgo de tener el síndrome de muerte súbita del lactante (SIDS por sus siglas en inglés).
 - El consumo de alcohol también aumenta el riesgo de desarrollar trastornos del espectro alcohólico fetal, que pueden causar diversos problemas como rasgos faciales anormales, cabeza pequeña, mala coordinación, mala memoria, discapacidades intelectuales y problemas con el corazón, los riñones o los huesos. Según un estudio reciente apoyado por los NIH, pueden presentarse estos y otros problemas a largo plazo incluso con una exposición leve al alcohol en la etapa prenatal.

- tomar 5 miligramos de ácido fólico por día reduce el riesgo de tener defectos del tubo neural en un 70%.
- La mayoría de las vitaminas prenatales contiene los 400 microgramos de ácido fólico recomendados, así como otras vitaminas que necesitan la mujer embarazada y el feto en desarrollo. El ácido fólico se ha agregado a alimentos como los cereales, los panes, la pasta y otros productos a base de granos. Si bien una forma relacionada (llamada folato) está presente en el jugo de naranja y las verduras de hojas verdes (como la col rizada y la espinaca), el folato no se absorbe tan bien como el ácido fólico.
- Ayudar a garantizar que los medicamentos que toman las mujeres sean seguros. Determinados medicamentos, como algunos tratamientos para el acné⁶ y los suplementos alimenticios y herbales, no son seguros durante el embarazo.

3. 3 PREVENIR COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO

- Instruir a la paciente acerca de la importancia de los cuidados prenatales durante todo el embarazo.
- Animar al padre o ser querido a que participe en los cuidados prenatales. • Animar a los padres a que asistan a clases prenatales.
- Instruir a la paciente acerca de la nutrición necesaria durante el embarazo.
 - Vigilar el estado nutricional.
- Vigilar las ganancias de peso durante el embarazo.
- Remitir a la gestante a programas de alimentación complementaria.
- Instruir a la gestante en los ejercicios y reposos adecuados durante el embarazo.
- Instruir a la paciente acerca de la ganancia de peso deseada, en función del peso anterior al embarazo.
- Comprobar el ajuste psicosocial de la gestante y la familia durante el embarazo.

- Valorar la presión sanguínea.
- Controlar los niveles de glucosa y proteína en orina.
- Vigilar el nivel de hemoglobina.
- Observar tobillos, manos y cara para ver si hay edema.
- Explorar los reflejos de tendones profundos.
- Reforzar en la gestante y su familia los signos de alarma que implican una atención inmediata.
- Determinar la altura uterina y relacionarla con la edad gestacional.
- Determinar los sentimientos de la gestante acerca del embarazo no deseado.
- Determinar si el embarazo no deseado ha sido aprobado por la familia.
- Ayudar a la toma de decisiones para seguir adelante o renunciar al niño.
- Asesorar a la gestante y pareja sobre los cambios en la sexualidad durante el embarazo.
- Determinar el sistema de apoyo social.
- Ayudar a la gestante y a su familia a desarrollar y utilizar el sistema de apoyo social.
- Asesorar a la paciente sobre los modos de adaptar el ambiente de trabajo para que cumpla con las necesidades físicas del embarazo.
- Ofrecer una guía anticipada a la paciente acerca de los cambios fisiológicos y psicológicos que acompañan el embarazo.
- Ayudar a la paciente en la aceptación de los cambios asociados con el embarazo.
- Discutir los cambios de imagen corporal con la paciente.
- Instruir a la paciente en el crecimiento y desarrollo fetal.
- Comprobar la frecuencia cardíaca fetal.
- Enseñar a la paciente las estrategias de autoayuda para aliviar las molestias comunes del embarazo.
- Instruir a la paciente sobre los efectos dañinos que produce el tabaco en el feto.

- Remitir a la paciente a un programa para dejar de fumar, si procede.
- Instruir a la paciente sobre los efectos dañinos en el feto que produce el alcohol, las drogas y los fármacos de venta libre.
- Remitir a la paciente a un programa de tratamiento de drogas, si es el caso.
- Instruir a la paciente sobre los teratógenos ambientales que deberá evitar durante el embarazo.
- Determinar la imagen que tiene la madre del niño aún por nacer.
- Guiar a la paciente en la percepción de la imagen del niño aún por nacer.
- Dar a los padres la oportunidad de oír los tonos cardiacos fetales lo antes posible y la oportunidad de ver la imagen por ecografía del feto.
- Determinar antes del nacimiento si los padres ya disponen de nombres para los dos géneros.
- Controlar periódicamente la TA, FC, FR y temperatura (valorar su calidad).
- Controlar TA con la gestante acostada, sentada y de pie. Valorar TA previa y posterior a administración de medicamentos. Controlar periódicamente la TA, FC, FR, después de la actividad. Observar signos y síntomas de hipotermia e hipertermia. Observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel. Controlar periódicamente la pulsioximetría. Observar si hay cianosis central o periférica. Valorar llenado capilar. Comprobar periódicamente la precisión de los instrumentos utilizados para la recogida de datos de la paciente.

3. 4 EDUCACIÓN A LA MUJER EMBARAZADA

En el primer trimestre de la gestación es necesario que la enfermera capacitar a la gestante y a su pareja o apoyo familiar en los siguientes:

- El control prenatal, su importancia, actividades a desarrollar y frecuencias de los controles.
- La documentación necesaria para solicitar el servicio, los sitios y horarios de atención para la consulta de control y urgencias.

- Los signos de alarma por los que se debe asistir al servicio de urgencias: hipertensión arterial, cefalea, epigastralgia, fosfenos, tinitus; edema de predominio matutino en cara, manos y/o miembros inferiores; sangrado genital, amniorrea, actividad uterina irregular, fiebre, poliuria, disuria, disminución marcada o ausencia de movimientos fetales, entre otros.
- La promoción de hábitos saludables con relación a la nutrición, actividad física, sexualidad, sueño, viajes, tabaquismo, alcoholismo, consumo de sustancias psicoactivas, abuso de fármacos en general, exposición a tóxicos e irradiación y otros.

En el Segundo y tercer trimestre, adicionalmente hacer énfasis en los siguientes aspectos:

- El Curso de preparación para el parto.
- La lactancia, su importancia y técnica de amamantamiento.
- El cuidado del recién nacido, la importancia del control al crecimiento y desarrollo y el cumplimiento del esquema de vacunación.
- La planificación familiar, su importancia, métodos disponibles y momento ideal de inicio en el posparto.

Educación básica para la embarazada

- Debe discutirse comportamiento saludable, cuidado dental, mantener ejercicios, evitar exposición a químicos peligrosos, mínimo uso de saunas o tinas calientes, potencial violencia intrafamiliar, uso correcto del cinturón de seguridad (por arriba y debajo del abdomen, no sobre él).
- Cese de tabaquismo en pacientes fumadoras y evitar consumo de alcohol.
- En pacientes con cesárea previa, discutir riesgos y beneficios de trabajo de parto después de una cesárea versus repetir cesárea en forma electiva.

3. 5 ACCIONES DE ENFERMERÍA EN LA PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA

Las profesionales de enfermería juegan un papel fundamental en torno a la lactancia materna y, es por ello, que los profesionales de enfermería deben de estar capacitados y tener los conocimientos necesarios para resolver cualquier duda sobre la lactancia materna, de igual manera, terminar con mitos.

Es muy importante que el profesional de enfermería esté bien informado para que no se pierda esa lactancia, como cuestión primordial en el mantenimiento de la lactancia materna que, además, está recomendada por organizaciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF.

Intervención de enfermería:

- Informar a todas las embarazadas de los múltiples beneficios que tiene la lactancia materna.
- Promover el inicio de la lactancia materna en la primera media hora tras el alumbramiento del bebe.
- Orientar y capacitar a la madre en la técnica de la correcta lactancia materna.
- Realizar evaluación de las mamas para detectar afecciones del pecho (pezones, plano o invertidos, ingurgitación, conductos obstruidos, pezones inflamados y grietas del pezón) que impiden una adecuada lactancia materna. Informar del uso de cremas e instrumentos que corrigen estas afecciones.
- Motivar y facilitar la extracción de leche. Evaluar la posición para un adecuado agarre y succión.
- Enseñar técnicas de conservación de la leche materna, por si tienen que separarse de sus hijos por motivos laborales... y el transporte de esta.
- Enseñar que no es necesario aportar líquidos adicionales si mantienes una adecuada lactancia materna, a no ser que estén indicados medicamente.

- Animar a participar en talleres grupales donde la madre comparta experiencias e intentar mantener un contacto posterior a la salida del hospital.
- Fomentar la lactancia materna a libre demanda del lactante.
- Acudir a asesoría y capacitación especializada con la responsable de lactancia materna en caso de tener alguna duda respecto a situaciones especiales.

BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

La leche materna tiene todo lo que necesita el bebé, contiene todos los nutrientes necesarios para el correcto desarrollo del recién nacido, como vitaminas, proteínas y grasas. Tiene la composición justa para las diferentes etapas de desarrollo del bebe porque su composición varia conforme crece el lactante. Es la alimentación ideal por excelencia.

- Crea un fuerte vínculo entre madre-hijo.
- Contiene los nutrientes necesarios en las diferentes etapas del bebe y a la temperatura idónea.
- Se digiere con más facilidad y ayuda a su mejor eliminación. Previene estreñimiento, diarreas y cólicos.
- Bebés más saludables. Los bebés que se alimentan con lecha materna exclusivamente durante los primeros seis meses de vida tienen menos infecciones en el oído, enfermedades respiratorias (incluyendo asma), y molestias digestivas e intestinales. La lecha materna contiene anticuerpos que le ayudan a tu bebé a combatir diferentes tipos de virus, bacterias e infecciones.
- Ayuda al sistema inmunológico del bebe
- Previene alergias. Los bebés alimentados con leche materna también sufren menos alergias a alimentos, factores ambientales y en la piel.
- Previene la obesidad, al contener la cantidad de nutrientes exacta en las diferentes etapas del bebe.

- La lactancia materna también podría estar vinculada con un mayor nivel de coeficiente intelectual.
- Previene el síndrome de muerte súbita infantil.
- Favorece el correcto desarrollo de la mandíbula, los dientes y el habla. El acto de succión contribuye al avance de la mandíbula del bebé alcanzando una posición apropiada alrededor de los 8 meses
- A largo plazo, la leche materna te ayuda a proteger a tu bebé contra algunos tipos de cáncer infantil, diabetes, presión arterial elevada, altos niveles de colesterol y enfermedades en los intestinos (Crohn y colitis ulcerosa).

VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA PARA LA MADRE

- La succión del bebe libera oxitócica que reduce la aparición de hemorragias post-parto y ayuda a la involución del útero.
- Amamantar produce en el cuerpo de la mujer una hormona que inhibe el desarrollo folicular y la ovulación, demorando el regreso de los periodos menstruales.
- Dar el pecho a tu bebé ayuda a perder el peso ganado durante el embarazo, pues la grasa almacenada es utilizada en forma de energía para fabricar la leche.
- Disminuye el riesgo de cáncer de mama.
- Fama un vínculo muy fuerte entre madre e hijo.

Actividades de enfermería: Identificación y manejo de un embarazo de alto riesgo para fomentar los resultados óptimos en la madre y el bebé.

- ✓ Determinar la presencia de factores médicos relacionados con malos resultados del embarazo (diabetes, HIE, lupus eritematoso, herpes, hepatitis, VIH/sida, epilepsia).
- ✓ Revisar el historial obstétrico para ver si hay factores de riesgo relacionados con el embarazo (prematurez, posmadurez, preeclampsia, embarazo múltiple, restricción de crecimiento uterino (RCIU),

desprendimiento de placenta, placenta previa, sensibilización RH, ruptura prematura de membranas (RPM), historial familiar de trastornos genéticos).

- ✓ Reconocer factores de riesgos demográficos y sociales (edad de la madre, raza, pobreza, cuidados prenatales tardíos, abuso físico y abuso de sustancias nocivas).

- ✓ Determinar el conocimiento de la gestante de los factores de riesgo identificados.

- ✓ Fomentar la expresión de sentimientos y miedos acerca de cambios en el estilo de vida, bienestar fetal, cambios económicos, funcionamiento familiar y seguridad personal.

- ✓ Proporcionar materiales educativos que traten sobre los factores de riesgo y los exámenes y procedimientos habituales de vigilancia.

- ✓ Instruir a la gestante y a la familia en técnicas de autocuidado para aumentar las posibilidades de un resultado saludable (hidratación, dieta, modificación de actividades, importancia de chequeos prenatales regulares, normalización de los valores de glucosa en sangre y precauciones sexuales).

- ✓ Instruir sobre métodos alternativos de gratificación e intimidad sexual.

- ✓ Remitir, si procede, a programas específicos (dejar de fumar, tratamiento de abuso de sustancias nocivas, educación sobre diabetes, educación para prevención de partos antes de término, refugio para personas que sufren abusos, clínica para enfermedades de transmisión sexual).

- ✓ Instruir a la gestante y la familia sobre el uso de medicamentos prescritos (insulina, tocolítics, antihipertensivos, antibióticos, anticoagulantes y anticonvulsivos).

- ✓ Instruir a la gestante sobre técnicas de auto monitorización, si procede (signos vitales, prueba de glucosa en sangre, monitorización de actividad uterina y aporte de medicación subcutánea continua).

- ✓ Escribir guías sobre signos y síntomas que requieran atención médica inmediata (hemorragia vaginal, cambios en el líquido amniótico, disminución de los movimientos fetales, cefalea, trastornos visuales, dolor epigástrico, rápida ganancia de peso con edema facial).

- ✓ Discutir los riesgos fetales asociados con partos antes de término en las diversas edades de gestación.

- ✓ Remitir a la unidad de cuidados intensivos del recién nacido si se anticipa el parto (embarazo múltiple).

- ✓ Realizar pruebas para evaluar el estado fetal y la función placentaria, como falta de estrés, reto de oxitocina, perfiles biofísicos y pruebas de ultrasonido.

- ✓ Obtener cultivos del cérvix, si procede.

- ✓ Colaborar en los procedimientos de diagnóstico fetal (amniocentesis, muestras de vello coriónico, muestras de sangre umbilical percutánea y estudios de flujo de sangre de Doppler).

- ✓ Colaborar con los procedimientos de terapia fetal (transfusiones fetales, cirugía fetal, reducción selectiva y procedimiento de término).

- ✓ Interpretar las explicaciones médicas de los resultados de las pruebas y procedimientos.

- ✓ Administrar globulina Rh (D) (Rho-GAM o gamulin), si procede, para evitar la sensibilización de Rh después de procedimientos invasivos.

- ✓ Establecer un plan de seguimiento clínico.

- ✓ Proporcionar guía de anticipación de las posibles intervenciones durante el proceso del parto (monitorización fetal electrónica durante el parto, supresión de contracciones de parto, inducción al parto, administración de medicación, cuidados de la zona de cesárea).

- ✓ Fomentar la pronta asistencia a clases prenatales o proporcionar materiales de educación sobre el parto para las pacientes que guarden cama.

- ✓ Proporcionar guía anticipada de experiencias comunes que sufren las madres de alto riesgo durante el periodo posparto (agotamiento, depresión, estrés crónico, decepción con la crianza del bebé, pérdida de ingresos, distanciamiento de la pareja y disfunción sexual).
- ✓ Remitir a la gestante y a su familia a grupos de apoyo de madres de alto riesgo, si es necesario.
- ✓ Monitorizar el estado físico y psicosocial muy atentamente durante el embarazo.
- ✓ Informar inmediatamente al médico o matrona sobre situaciones que se aparten de lo normal en el estado materno y/o fetal.
- ✓ Documentar la educación de la paciente, resultados de laboratorio, resultados de pruebas fetales y respuestas de la paciente.

Diagnostico de enfermería en pacientes con pre eclampsia:

El diagnóstico de hipertensión se debe basar en las mediciones de la presión arterial realizadas en el consultorio o en el hospital.

Recomendaciones:

Se recomienda que la presión arterial se mida con la mujer en posición sentada sin cruzar las piernas y apoyadas en superficie plana con el brazo a nivel de corazón

Se recomienda usar un brazalete de tamaño apropiado, (es decir, longitud 1.5 veces de la circunferencia del brazo).

La presión arterial es más alta en un brazo, el brazo con los valores más altos se debe utilizar para todas las mediciones de la presión arterial.

La presión arterial se puede medir usando un esfigmomanómetro aneroide calibrado.

Se recomienda que cuando se monitoriza la presión arterial en el hogar, los profesionales de la salud deben asegurarse de que los pacientes cuenten con un adiestramiento adecuado para medir su presión arterial e interpretar las lecturas.

De acuerdo con el auto (C Taks Force Magee L. 2014) todo los instrumentos deben de tener un mantenimiento adecuado.

La precisión de todos los dispositivos de medición de la presión arterial utilizados en las unidades de salud debe de corroborarse regularmente con un dispositivo calibrado, como parte de un programa de mantenimiento preventivo. (C Taks Force Magee L. 2014)

La medición exacta de la presión arterial es importante, ya que puede llevar a cambios en el manejo clínico. En pacientes con reposo absoluto la presión arterial se puede medir en decúbito lateral izquierdo.

Al momento de realizar la toma de la presión arterial es necesario considerar las condiciones del paciente, del equipo y del observador.

Se debe utilizar un brazalete grande con una bolsa inflable que cubre el 80% de la circunferencia del brazo; si la circunferencia del brazo superior es mayor de 33cm pero menor de 44 cm. La tasa de deflación del brazalete debe ser ≤ 2 mm por segundo para evitar subestimar la presión arterial sistólica

La presión arterial se debe de medir posterior a cinco minutos de reposo por lo menos. La paciente debe estar relajada, no tener prisa, no debe haber comido, bebido sustancias que pueden modificar la presión (café, té).

El brazalete del esfigmomanómetro debe de estar en contacto con la piel. Es importante que mientras el brazalete se infla, la paciente no hable, puesto que modifica los valores.

3. 6 CÓDIGO DE ÉTICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

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 como 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 respeto 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 tienen 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. En este sentido la corriente personalista que propugna la afirmación de la persona, el rescate de sus derechos y el restablecimiento de la cultura de la responsabilidad personal, centra la atención del comportamiento moral en la persona, tomándola como protagonista de la historia y como fundadora de la sociedad en el conjunto de relaciones que se dan en la conciencia individual y social; en esta concepción la persona es consciente de sí misma, responsable de sus actos y con la libertad que la hace ser, con fines que la trascienden y con capacidad de desentenderse de sí misma para darse a los demás en una existencia humana fiel a sí misma y a su grupo social.

Al considerar al hombre como fin, el humanismo se constituye en la reflexión de que la preocupación máxima del hombre debe ser el propio hombre y todo lo que significan sus intereses, sus problemas y su posición en la vida, constituyéndose esto, en el ideal por desarrollar en sí y en cada individuo lo que hay específicamente de humano. Así, el deber, la solidaridad y la fraternidad, como formas de conducta, responden a la capacidad de interacción entre los seres humanos que comparten la misma visión humanista. El humanismo, así concebido, tiene su expresión en un ser humano que ayuda a otro con la conciencia de lo valioso de la existencia y del respeto por ésta y su dignidad en todas las etapas de la vida, significando también, la disposición del hombre para responder a las necesidades de sus semejantes con una actitud humana que le dé esencia y valor a su propia vida. Después de todo, la sociedad es un sistema para las personas y toda institución es parte integral del sistema de ayudas.

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 pleno 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.

Quien pueda contribuir a que el hombre obtenga bienestar en todos estos aspectos que lo constituyen se realizará a sí mismo y se hará más humano. Esta premisa constituye un sustento a la enfermería, ya que ésta durante mucho tiempo se consideró como un trabajo intrascendente en lo social, que existió para

alimentar o cuidar al enfermo sin un adiestramiento previo, orientada sólo por la inclinación hacia elevados valores espirituales o religiosos.

Después de varias décadas, la demanda de atención profesional ha motivado a la enfermería a incursionar en actividades propias del trabajo intelectual, porque reconoce la necesidad de sustentar su ejercicio en la aplicación razonada del conocimiento, en el uso lógico de la tecnología y en la reflexión ética del cuidado humanitario.

Por esto último, desde su formalización como carrera universitaria de sustento científico, respaldo técnico y orientación humanista se han venido impartiendo como materias obligadas la ética y la deontología. Aún así existe la necesidad de disponer de un código de ética especialmente concebido para las enfermeras y enfermeros en México, que sirva de guía para su comportamiento ético.

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.

En síntesis, el ejercicio de la enfermería requiere de la conciencia de que los valores que se sustentan a diario son auténticamente fundamentales: la salud, la libertad, la dignidad, en suma la vida humana toda, requiere que todos los profesionales de la enfermería fundamenten con razones de carácter ético las decisiones que tomen.

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.

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.

DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON LAS PERSONAS

Artículo segundo.- Respetar la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho de 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 auto cuidado 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.

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.

Artículo décimo séptimo.- Actuar con juicio crítico en la aplicación de las normas institucionales, tomando en cuenta la objeción de su conciencia.

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.

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.

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.

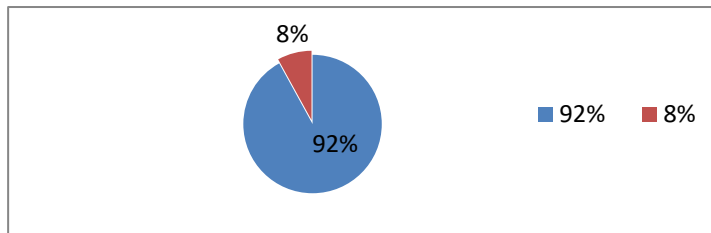
Artículo vigésimo octavo.- Buscar el equilibrio entre el desarrollo humano y la conservación de los recursos naturales y el medio ambiente, atendiendo a los derechos de las generaciones futuras.

CAPITULO IV : ANALISIS DE RESULTADOS

En este capítulo se analizarán los resultados de las encuestas realizadas al profesional de enfermería y estudiantes del octavo semestre de lic. Enfermería y obstetricia.

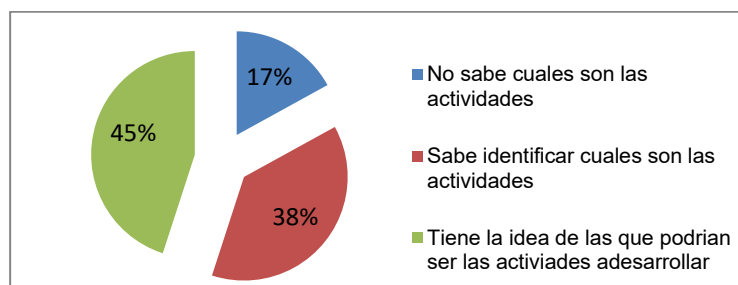
4.1 Análisis de resultados del cuestionario a enfermeras

1. ¿Qué es el control prenatal?



El 92% de las enfermeras encuestadas saben que es el control prenatal, mientras que solo el 8% de las enfermeras encuestadas no tienen conocimiento de lo que es el control prenatal.

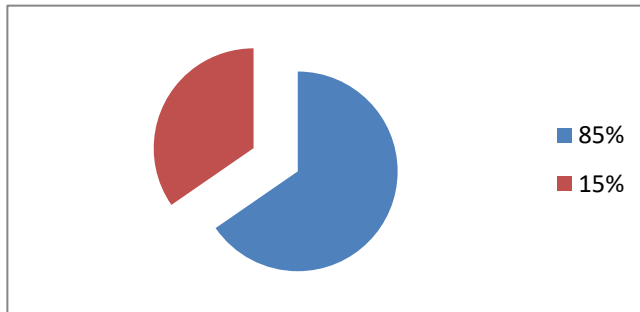
2. ¿Sabes qué actividades ejerce la enfermera en el control prenatal? Menciona cuales



En la gráfica se muestra 45% de las enfermeras encuestadas tienen algunos conocimientos de actividades que ejerce la enfermera en el control prenatal pero un le falta más conocimiento acerca de las actividades, el 38% de las encuestadas sabe con certeza cuáles son las actividades de enfermería

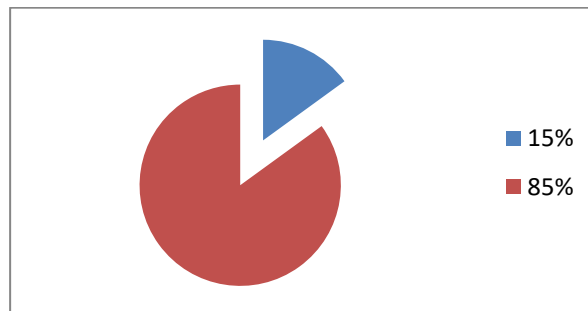
en el control prenatal, y el 17% no sabe las actividades a realizar durante el control prenatal.

3. ¿Cómo se puede diagnosticar un embarazo de alto riesgo?



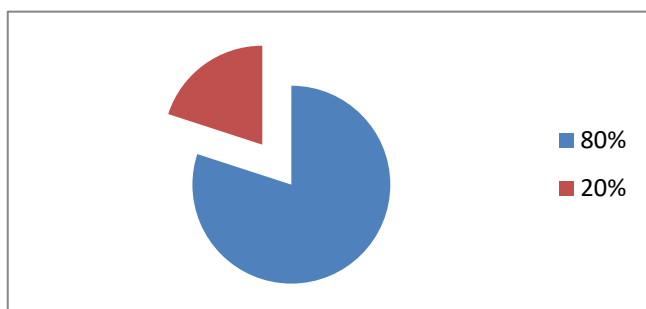
El 85% de las enfermeras encuestadas, tiene los conocimientos para diagnosticar a un embarazo de alto riesgo, mientras que el 15% de las enfermeras encuestadas no tiene los conocimientos para diagnosticar a un embarazo de alto riesgo.

4. ¿Cuál es la cantidad indicada de ácido fólico?



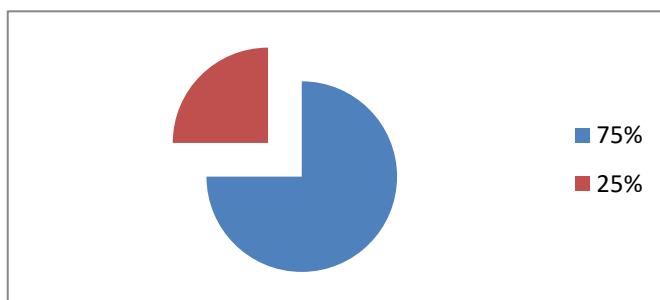
El 15% de las enfermeras no sabe cantidad indicada de ácido fólico a las pacientes embarazadas, el 85% de las enfermeras sabe cuál es la cantidad de ácido fólico indicada a las pacientes embarazadas.

5. ¿Cuáles son las vacunas que se deben adquirir durante el embarazo y en qué tiempo del embarazo?



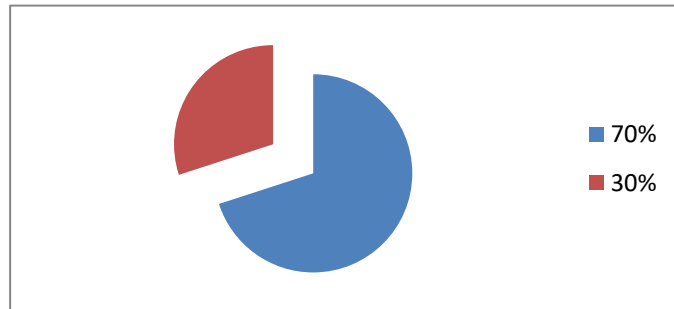
El 80% de las enfermeras encuestadas saben las vacunas que se aplican durante el embarazo y en el mes del embarazo que son aplicadas, el 20% de las enfermeras encuestadas tienen una idea de las vacunas pero les falta conocimiento del tiempo en el que son aplicadas.

6. ¿cuáles son las recomendaciones básicas que se debe de dar a la embarazada, para prevenir un embarazo de alto riesgo?



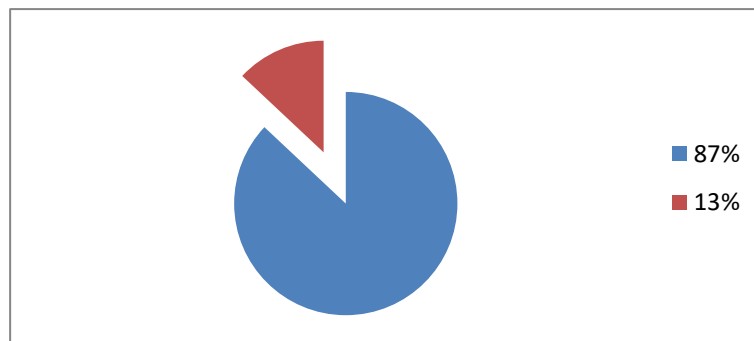
El 75% de las enfermeras encuestadas tiene los conocimientos necesarios para dar información de prevención para evitar un embarazo de alto riesgo, mientras que el 25% de las enfermeras encuestadas no tienen los conocimientos necesarios para dar información para prevenir un embarazo de alto riesgo.

7. ¿Cómo se puede diagnosticar diabetes gestacional?



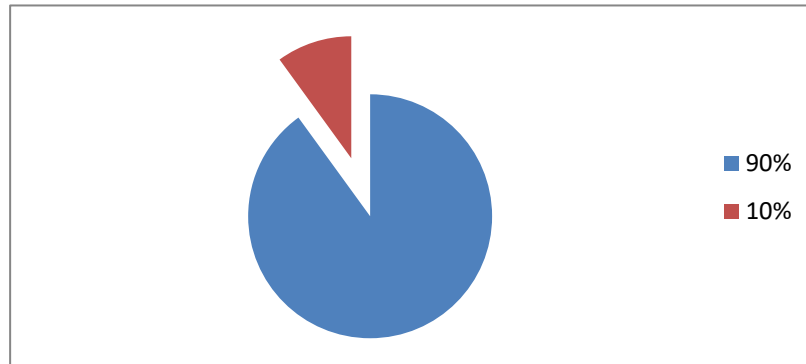
Es esta grafica se muestra que el 70% de la enfermeras encuestadas tienen los conocimientos para diagnosticar diabetes gestacional, mientras que el 30% de las enfermeras encuestadas carece de los conocimientos para diagnosticara diabetes gestacional.

8. ¿Cuáles son los beneficios de la lactancia materna para la madre y el bebé?



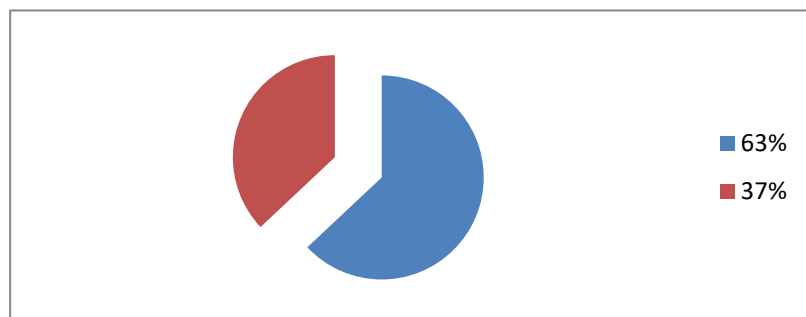
El 87% de las enfermeras encuestadas sabe cuáles son los beneficios para madre e hijo, mientras que el 13% de las enfermeras no sabe todos los beneficios que tiene la lactancia materna.

9. ¿conoces los signos de alarma durante el embarazo? ¿cuáles son?



El 90% de las enfermeras encuestadas han contestado correctamente la pregunta, lo que nos muestra que tienen la capacidad de difundir la información a las pacientes embarazadas; mientras que el 10% carece de conocimientos para reconocer los signos de alarma durante el embarazo.

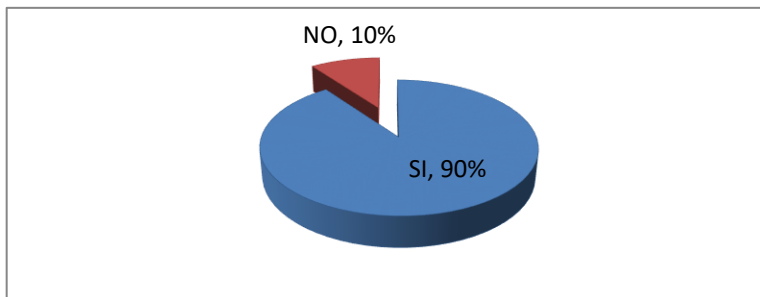
10. ¿Cuáles son las actividades que se realizan durante la exploración física y ginecológica?



El 63% de las enfermeras encuestadas, tiene los conocimientos de las actividades que se realizan durante la exploración física y ginecológica durante las citas prenatales, mientras que 37% de las enfermeras encuestadas carece de los conocimientos para realizar una exploración física y ginecológica.

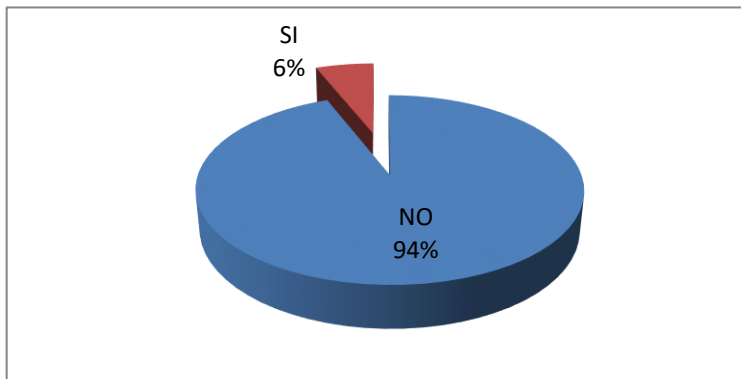
4. 2 Análisis de los datos realizados a pacientes embarazadas, usuarias de la atención de control prenatal.

1. ¿sabe en qué consiste el control prenatal?



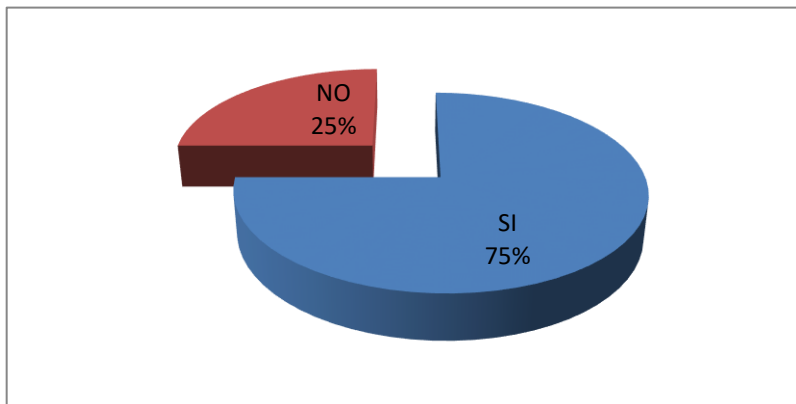
El 90% de las pacientes encuestadas sabe en qué consiste el control prenatal, mientras que el 10% de las pacientes no sabe con certeza en qué consiste el control prenatal.

2. ¿conoce la frecuencia de las consultas prenatales?



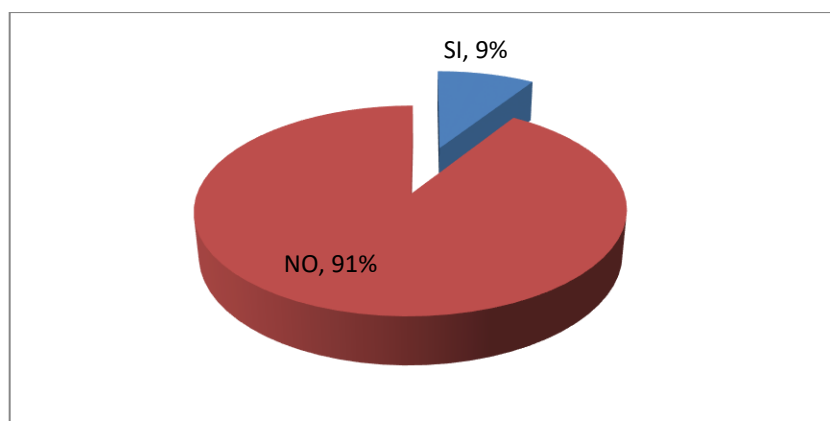
En la grafica se muestra que el 6% de las usuarias de control prenatal saben cuál es la frecuencia adecuada de consultas prenatales, mientras que el 94% de las pacientes encuestadas no sabe cuál es la frecuencia adecuada de las consultas prenatales

3. ¿Se le ha orientado sobre los signos de alarma?



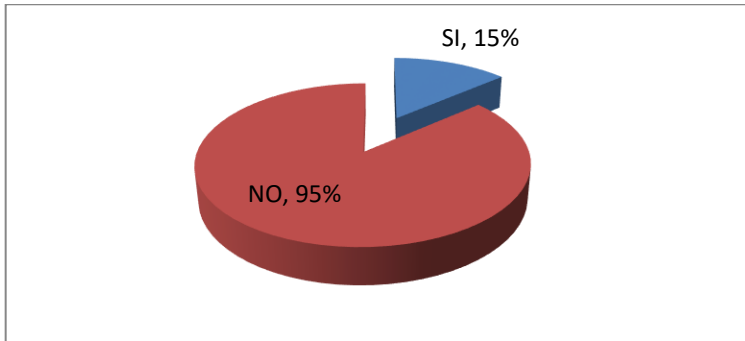
El 25% de las pacientes encuestadas mencionó que no ha recibido orientación sobre los signos de alarma, mientras que el 75% de las pacientes encuestadas mencionan que si se les ha dado información de los signos de alarma.

4. ¿La enfermera le ha informado sobre los beneficios de la lactancia materna?



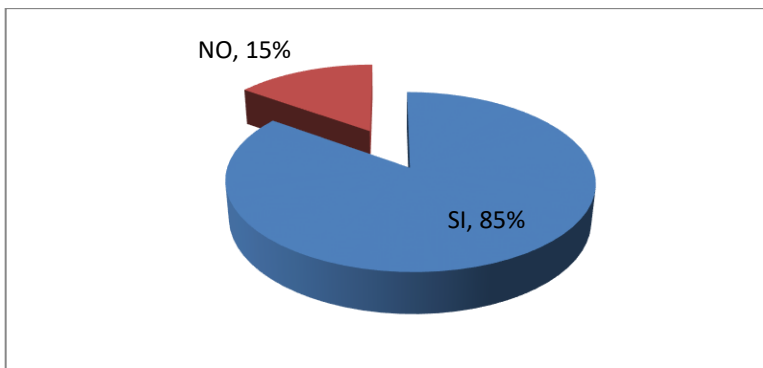
El 9% de las pacientes encuestadas menciona recibir información de los beneficios de la lactancia materna, para la madre e hijo; mientras que 91% de las personas encuestadas mencionan no haber recibido información de la lactancia materna.

5. ¿Ha recibido orientación sobre el parto?



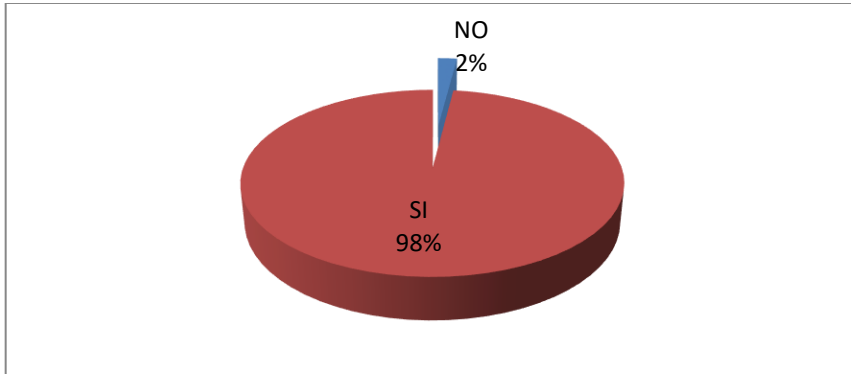
En la grafica se muestra que el 15% de las pacientes encuestadas, si han recibido orientación sobre el parto, por parte del equipo de control prenatal, mientras que el 95% de las pacientes encuestadas mencionan no haber recibido orientación del parto por parte del equipo de control prenatal.

6. ¿Se le ha informado sobre los factores de riesgo que conlleva a una enfermedad durante el embarazo?



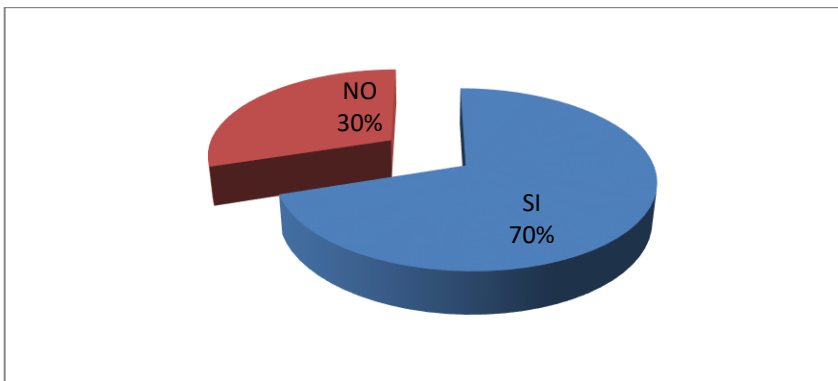
El 15% de las personas encuestadas mencionan no haber recibido información sobre los factores de riesgo que conlleva a una enfermedad durante el embarazo, mientras que el 85% de las pacientes encuestadas mencionan que si han recibido información sobre los factores de riesgo que conlleva a una enfermedad durante el embarazo.

7. ¿se le ha indicado los requerimientos de vitaminas, hierro y calcio?



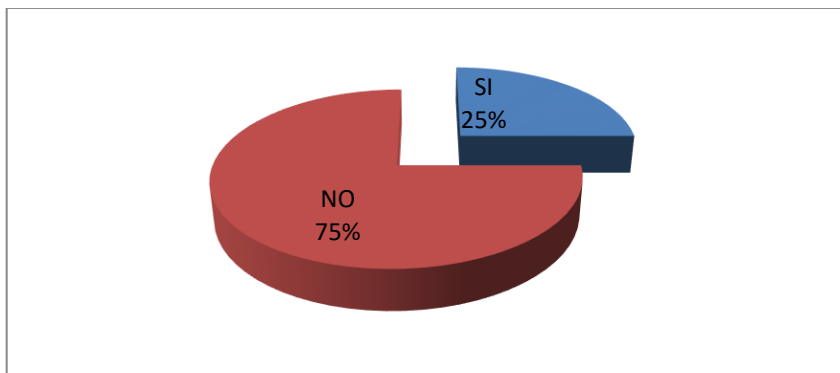
El 2% de las pacientes encuestadas mencionan que no se les ha indicado los requerimientos necesarios de vitaminas, hierro y calcio; mientras que el 98% de las encuestadas mencionan que si se les ha indicado cuales son los requerimientos necesarios de vitaminas, hierro y calcio.

8. ¿durante su consulta prenatal se han resuelto sus dudas?



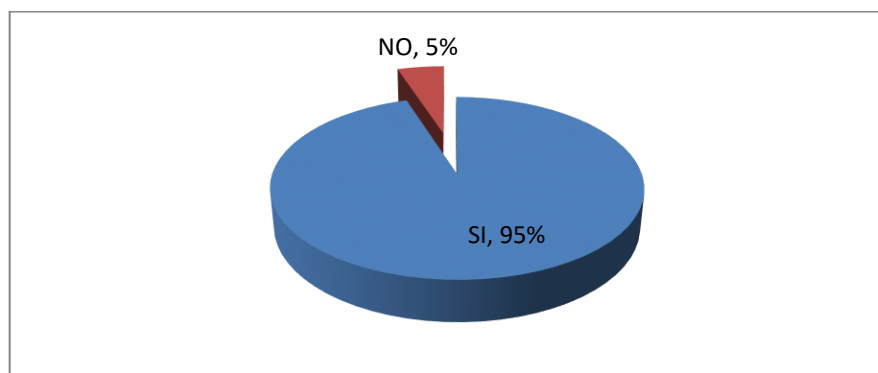
El 30% de las pacientes encuestadas menciona que en ocasiones no se resuelven las dudas que tiene de su embarazo, mientras que el 70% de las pacientes encuestadas menciona que si le resuelven sus dudas durante la cita prenatal.

9. ¿la enfermera le han dado recomendaciones para llevar un embarazo sano?



El 25% de las pacientes encuestadas indican haber recibido recomendaciones para llevar un embarazo sano por parte de la enfermera, y el 75% de las pacientes encuestadas indican no haber recibido recomendaciones.

10. ¿se le ha recibido informado de la vacunas que debe de adquirir durante el embarazo?



El 5% de las pacientes encuestadas mencionan no haber recibido información de las vacunas; mientras que el 95% de las pacientes encuestadas menciona que si se le ha informado a tiempo de las vacunas que debe de aplicarse durante el embarazo.

CONCLUSIÓN

En esta tesis se determinaron cuáles son las intervenciones de enfermería en el control prenatal, para que la enfermera brinde una adecuada atención, prevención, identifique y trate oportunamente las patologías materno-fetales o factores que afecten al desarrollo y condición de la gestante o del feto.

La investigación está basada en el tema de control prenatal enfocado en la pregunta: ¿Cuáles son las intervenciones de enfermería, para que se lleve un adecuado control prenatal?

En la presente investigación, son establecidas las intervenciones de enfermería, para que se lleve un adecuado control prenatal como:

La principal base del control prenatal es realizar una historia clínica completa en cada paciente obstétrica, esto nos ayudara a descartar o detectar patologías actuales o que se puedan presentar durante el periodo del embarazo.

En cada consulta se tomaran signos vitales, peso, FCF, con la finalidad de detectar cualquier alteración de salud. Educar a la embarazada, familia y comunidad sobre la importancia del control prenatal, dando pláticas, conferencias sobre información que ayuden aclarar sus dudas, de igual manera orientación sobre el parto y puerperio.

En cada consulta se realiza exploración física completa, que incluye exploración gineco-obstetra, registrarlo e informar en caso que se presente alguna anomalía, que pueda ser perjudicial para madre e hijo. .

Además los profesionales de enfermería actúan en la promoción de la lactancia materna, informando sobre los beneficios de la lactancia tanto para la mamá como para el feto.

En mención con la hipótesis de esta investigación, se puede garantizar que un porcentaje de la población embarazada que recibe atención prenatal, permitirá asegurar el óptimo grado de salud de la madre e hijo.

GLOSARIO

Astenia: es un síntoma presente en varios trastornos, caracterizado por una sensación generalizada de cansancio, fatiga, debilidad física y psíquica; con principal incidencia entre las personas de 20 a 50 años, y mayor preponderancia en las mujeres que en los hombres.

Abrupción Placentaria: Desprendimiento prematuro de placenta, separación prematura de la placenta, abrupción placentaria, desprendimiento placentario o ablación de la placenta es la separación de la placenta (el órgano que alimenta al feto) de su adhesión a la pared uterina antes de dar a luz al bebé.

Amniocentesis: Es un examen que se puede realizar durante el embarazo para buscar estos problemas en el feto:

Anomalías congénitas

Problemas genéticos

Infección

Desarrollo pulmonar

Astenia: Debilidad o fatiga general que dificulta o impide a una persona realizar tareas que en condiciones normales hace fácilmente.

Adinamia: Ausencia total de fuerza física que es síntoma de algunas enfermedades graves.

Citomegaloviruses: un virus que se encuentra en todo el mundo. Se relaciona con los virus que causan la varicela y la mononucleosis infecciosa.

Fórceps: Instrumento en forma de pinza que se utiliza para ayudar a salir al bebé del canal del parto cuando hay dificultades en el momento de la expulsión o para acelerar el parto.

Falciformes: es una enfermedad que se desarrolla de generación en generación. Se caracteriza por un trastorno de la cadena de hemoglobina, en la cual la

sustitución de un aminoácido crea un trastorno funcional y los glóbulos rojos al estar a baja tensión de oxígeno se deforman y toman la forma de un pequeño guineo.

Gonadotropinas cariónicas: son hormonas secretadas por las células gonadotropas de la hipófisis (glándula pituitaria) de los vertebrados, que intervienen en la función de las gónadas (testículos y ovarios) y regulan diferentes etapas de la reproducción.

Gestacional: período de 2 días lunares en el que tiene lugar el desarrollo del embrión o feto hasta su formación completa y durante el cual tiene lugar la formación y el desarrollo de todos los órganos. El embarazo humano puede ser dividido en tres trimestres.

Morbimortalidad: La morbilidad es el 'número de personas que enferman en una población y período determinados', mientras que la mortalidad, además de la 'cualidad de mortal', es el 'número de defunciones en una población y período determinados'.

Maniobras De Leopold: Son maniobras que se hacen a partir de las 20-22 semanas (no todas, las 4 maniobras se pueden hacer a partir de las 28 semanas [3er Trimestre]). La primera maniobra es la única que se puede hacer desde las 20 - 22 semanas, cuando el útero está aproximadamente a nivel del ombligo. Las 3 restantes se realizan a partir de las 28 semanas, ya que con menos edad gestacional es muy difícil precisar posición, presentación y grado de encajamiento del feto; y sirven para valorar la estática fetal.

Neumopatías: es un término genérico para describir las enfermedades que afectan a los pulmones.

Polaquiuria: es un signo urinario, componente del síndrome miccional, caracterizado por el aumento del número de micciones (frecuencia miccional)

durante el día, que suelen ser de escasa cantidad y que refleja una irritación o inflamación del tracto urinario.

Teratógeno: Dícese del agente o sustancia que es capaz de provocar malformaciones en el embrión.

ANEXOS

Anexo 1

Guion Metodológico

TEMA	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLES	DEFINICIÓN DE VARIABLES
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CONTROL PRENATAL	¿Cuáles son las acciones de enfermería, para que se lleve un adecuado control prenatal?	Determinar cuáles son las intervenciones de enfermería en el control prenatal, para que la enfermera brinde una adecuada atención, prevención, identifique y trate oportunamente las patologías materno-fetales o factores que afecten al desarrollo y condición de la gestante o del feto, además de fomentar a la población embarazada buenos hábitos.	<p>Mediante la participación y asesoría de enfermería la paciente será orientada en la evolución del embarazo, la preparación para el parto y la crianza de su hijo.</p> <p>La intervención de enfermería sobre la orientación, prevención y actividades relacionadas con el primer nivel integrando actividades permitirá asegurar el óptimo grado de salud de la madre e hijo.</p> <p>El llevar un adecuado control prenatal le dará a la población la seguridad de que el bebé nacerá sin ninguna patología y un peso adecuado para un recién nacido sano.</p>	<p>Control prenatal</p> <p>Intervenciones de enfermería</p>	<p>El control prenatal se define como todas las acciones y procedimientos, sistemáticos o periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la Morbilidad y Mortalidad materna y perinatal.</p> <p>Se define como una Intervención Enfermera a "Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente". Las Intervenciones de Enfermería pueden ser directas o indirectas.</p>

Anexo 2

Cuestionario.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD. CLAVE: 8722

INTERVECIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CONTROL PRENATAL.

OBJETIVO: evaluar los conocimientos de la enfermera en el control prenatal, así como mejorar la atención en las pacientes que requieran de los servicios.

DIRIGIDO: profesional de enfermería y estudiantes de octavo semestre de Enfermería y obstetricia.

Instrucciones: contesta las preguntas subrayando la respuesta.

1. ¿Qué es el control prenatal?
2. ¿Sabes qué actividades ejerce la enfermera en el control prenatal?
Menciona cuales
3. ¿Cómo se puede diagnosticar un embarazo de alto riesgo?
4. ¿Cuál es la cantidad indicada de ácido fólico?
5. ¿Cuáles son las vacunas que se deben adquirir durante el embarazo y en qué tiempo del embarazo?

6. ¿cuáles son las recomendaciones básicas que se debe de dar a la embarazada, para prevenir un embarazo de alto riesgo?
7. ¿Cómo se puede diagnosticar diabetes gestacional?
8. ¿Cuáles son los beneficios de la lactancia materna para la mamá?
9. ¿conoces los signos de alarma durante el embarazo? ¿cuáles son?
10. ¿Cuáles son las actividades que se realizan durante la exploración física y ginecológica?



ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD. CLAVE: 8722

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CONTROL PRENATAL.

OBJETIVO: mejorar la atención en las pacientes que requieran de los servicios.

DIRIGIDO: pacientes embarazadas, que acudan a control prenatal.

Instrucciones: contesta las preguntas subrayando la respuesta

1. ¿sabe en qué consiste el control prenatal?

Si. No.

2. ¿conoce la frecuencia de las consultas prenatales?

Sí. No.

3. ¿Se le ha orientado sobre los signos de alarma?

Si. No.

4. ¿La enfermera le ha informado sobre los beneficios de la lactancia materna?

Si. No.

5. ¿Ha recibido orientación sobre el parto?

Si. No.

6. ¿Se le ha informado sobre los factores de riesgo que conlleva a una enfermedad durante el embarazo?

Si. No.

7. ¿se le ha indicado los requerimientos de vitaminas, hierro y calcio?

Si. No.

8. ¿durante su consulta prenatal se han resuelto sus dudas?

Si. No.

9. ¿la enfermera le han dado recomendaciones para llevar un embarazo sano?

Si. No.

10. ¿ha recibido informado de la vacunas que debe de adquirir durante el embarazo?

Si. No.

BIBLIOGRAFÍAS

Aller, J. y Pagés, G. *Obstetricia Moderna* (3ª ed.). Colombia: Mc Gram_hill Interamericana.

Araceta j. *Nutrición Comunitaria*. Editorial Masson, Barcelona 2001

Asociación Americana del Embarazo (APA por sus siglas en inglés) (2007). *Acne treatment during pregnancy*.

Colegio Nacional de Enfermeras, (1979), Editorial Internacional 7ª edición, Mexico; p: 757.

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (2011 3). *Births: Final Data for 2009. National Vital Statistics Report*, 60(1).

Diccionari De Medicina, Océano Mosby; Editorial Océano Editorial Cuarta. P 1504.

Donforth, *Tratado De Obstetricia Y Ginecología*. Mc. Graw Hill. México D.F. Octava Edición P. p 996.

Durand, Barbará A, Chow Marilyn P, Feldman Marie N, L. etal. (1986) *Manual De Enfermería Pediátrica*, Editorial LIMUSA, México DF, p. 807.

HernandezSampiri Robert, Fernández Callado Carlos Y Baptista Lucio Pilar, (1991) *Metodología De La Investigación*, 4ta Editorial Mc Graw – Hill, México, DF., P.195.

Hernandez-Diaz, S., Toh, S., & Cnattinguis, S. (2009). Risk of pre-eclampsia in first and subsequent pregnancies: prospective cohort study. *British Medical Journal*, 338, b2255

Jo. Alexander; *Atención A La Paciente Obstétrica* Colección Limusa De Enfermería Práctica. Editorial Limusa S. A de C. V. P. p. 147

Mae m. bookmiller, *enfermería obstétrica*. Editorial interamericana, 5ta edición, p. 547.

Mondagron castro hector, (1992) *obstetricia y ginecología básica ilustrada*, segunda edición, editorial trillas.

Moore, I, (1995) *Anatomía Con Orientación Clínica*; Editorial Medica Panamericana-Sans 3ra.

Tapia Conger Robert (2006) Manual De Salud Pública, 2da Edición, Editorial Intersistemas, Mexico, 1037p,

Olds Sally B, London Marcia L, Y Ladewin Patricia A, (1987) Manual De Enfermería Materno Infantil, 2da Edición, Nueva Editorial Interamericana, México, D.F, p. 520.

Quilligan Edward J, Zuspan Frederick, (1989) Ginecología Y Obstetricia, Vol. 4, Editorial, Limusa, México, P.560

Quilligan Edward J, Zuspan Frederick, (1989) Ginecología Y Obstetricia, Vol. 4, Editorial, Limusa, México, P. 279.

Willams L. Schneider. (1980). Nutrición, Conceptos Básicos Y Aplicaciones.

Zamora, manual de enfermería, editores Zamora, 2da reimpresión P, p.1116