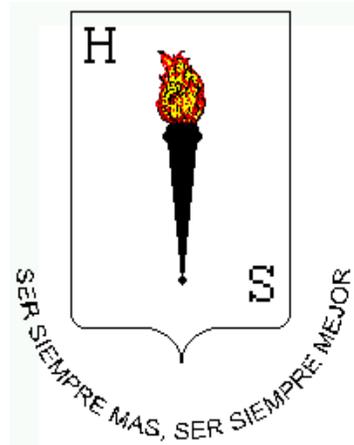


ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE
NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE 8722



TESIS

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL EMBARAZO GEMELAR MONOCIGÓTICO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:

ALEXIS MANCERA MÉNDEZ

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Doy gracias a Dios por permitirme llegar hasta el punto en el que me encuentro ahorita, por dejarme vivir esta gran experiencia, que empieza a concluir tanto para mí como para mis compañeras, y por nunca alejarme de su mano y porque no me abandono en el largo camino de esta carrera en el cual pude encontrar buenas amigas y compañeras que me ayudaron y por poner en cada una de nosotras el conocimiento para poder ayudar a quien lo necesite.

Doy gracias a la Familia Mancera Méndez por apoyarme y por qué no dejaron que los vientos que golpeaban fuertemente me derribaran y que me enseñaron que en esta vida nada es fácil y que si uno cae vuelve a levantarse. En especial a dos grandes personas que por ellas son la señorita y la persona que en este momento soy por la cultura y en especial por los grandes valores que me enseñaron y que de igual forma me enseñaron a dirigirme a las demás personas con respeto y amor esas dos grandes personas tienen nombre los cuales son MIGUEL MANCERA PEREZ y CAROLINA MENDEZ VEGA estas dos personas son mis padres y le estoy eternamente agradecidos por dejarme ser quien soy y por permitirme llegar hasta este punto en mi vida tan importante.

De igual forma doy gracias por las y los hermanos que tengo que ellos fueron quienes me enseñaron a ponerme de pie después de cada caída y en especial a mis hermanas que no solo son eso sino que se han convertido en mis amigas y confidentes, que me enseñaron a no darme por vencida y más que otra cosa a luchar por mis sueños y no dejarlos ir nunca siempre y cuando sea lo que yo quiero.

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL
EMBARAZO GEMELAR MONOCIGÓTICO**

ÍNDICE

RESUMEN	III
INTRODUCCIÓN	V
CAPITULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	3
1.2 OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN.....	3
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	3
1.4 VIABILIDAD	4
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	6
2.1 CIENCIAS DE LA SALUD.....	6
2.2 MEDICINA	7
2.3 OBSTETRICIA.....	8
2.4 GINECOLOGIA.....	8
2.5 EMBARAZO.....	8
2.6 EMBARAZO MULTIPLE	10
2.6.1 Complicaciones.....	13
2.6.2 Tratamiento.....	14
2.7 TIPOS DE EMBARAZOS MULTIPLES.....	15
2.8 PATOGENIA DEL EMBARAZO GEMELAR MONOCIGÓTICO.....	17
2.8.1 EL EMBARAZO MÚLTIPLE UNA CONDICIÓN DE ALTO RIESGO.....	18
2.9 POSIBLES COMPLICACIONES DEL EMBARAZO MÚLTIPLE	18
2.10 COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO GEMELAR MONOCIGÓTICO..	20
2.11 MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL (González-Merlo, Jesús 2006 Obstetricia 5ta edición)	25
2.12 PARTOS PREMATUROS.....	27
2.13 COMPLICACIONES EN EL PARTO DE GEMELOS	28
2.14 EL MOMENTO DEL PARTO DE GEMELOS.....	29
2.15. MUERTE FETAL INTRAUTERINA	31
2.16 LA ENCEFALOMALACIA MULTIQUÍSTICA.....	35

2.17 PARÁLISIS CEREBRAL	37
2.18 PREVALENCIA EN MÉXICO Y EN MICHOACÁN.....	38
2.19 ENFERMERIA	39
2.20 ENFERMERÍA OBSTÉTRICA.....	40
2.21 TEORÍA DE LA ENFERMERÍA SELECCIONADA PARA ÉSTE ESTUDIO	43
2.21.1 Modelos conceptuales	44
2.21.2 Tipos de modelos	46
2.22 MODELO DE CALLISTA ROY	46
2.23 COMPLICACIONES MATERNAS.....	48
2.23 CUIDADOS PRENATALES	53
2.24 HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD.....	57
CAPÍTULO III ALCANCE Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	62
CAPITULO IV HIPÓTESIS.....	64
3.1 DESCRIPCIÓN DE LA HIPÓTESIS.....	64
3.2 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES.....	64
3.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LA HIPÓTESIS	64
3.4 CONSTRUCCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	66
CAPÍTULO V DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	71
CAPITULO VI RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS.....	74
CAPITULO VII CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	83
BIBLOGRAFÍA	85

RESUMEN

Embarazo gemelar monocigótico, el sujeto de investigación son las enfermeras que laboran en el hospital de nuestra señora de la salud, El objetivo de la investigación es: saber cuáles son los cuidados que se le deben de brindar a una mujer en embarazo gemelar monocigótico en el HNSS el instrumento de medición que se ocupo fue por medio de un cuestionario aplicado a las enfermeras de dicha institución y los resultados no fueron los esperados ya que se logró observar que no se dan los cuidados adecuados a las mujeres que llegan con un embarazo gemelar

En la especie humana las gestaciones suelen ser únicas, aunque pueden producirse embarazos múltiples. El embarazo humano dura unas 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 desde la fecundación (aproximadamente unos 9 meses). El primer trimestre es el momento de mayor riesgo de aborto espontáneo; el inicio del tercer trimestre se considera el punto de viabilidad del feto.

Los factores que lo predisponen son hereditarios que se transmiten sólo por vía materna, o sea que solamente los antecedentes de embarazos múltiples de la mujer son los que cuentan. Se ha demostrado que cuando la mujer se embaraza por primera vez después de los 30 años tiene mayores posibilidades de embarazos múltiples y se desconoce por cuál mecanismo se produce.

Está claro que una mujer embarazada de dos o más bebés tienen un margen de riesgo mayor de sufrir complicaciones durante el embarazo. El parto prematuro es una de las preocupaciones que circulan por la cabeza de los padres, así como la posibilidad de que los bebés nazcan con alguna discapacidad u otro problema.

Se ha demostrado un incremento en el número de complicaciones materno-fetales, en los embarazos gemelares, que indudablemente son mayores en los casos en que los fetos se alimentan de la misma placenta, requiriendo una mayor vigilancia durante la gestación.

INTRODUCCIÓN

En el capítulo uno más que nada se habla acerca de los objetivos y de los alcances que quiero lograr con este trabajo; también medimos el nivel en el cual se encuentran las enfermeras de hospital de nuestra señora de la salud con respecto a lo más necesario conforme al tema a tratar, y de un gran porcentaje de lo que sabe o de lo que ignora referente a este tema.

En el capítulo dos se habla acerca de lo que es el embarazo gemelar monocigótico las predisposiciones con las que uno debe de tomar en cuenta por si quiere o no tener una gesta múltiple, se nos habla específicamente de los cuidados que debemos de tener con este tipo de pacientes que se llegan a presentar desde el embarazo hasta después del parto o en su caso la cesárea. Ya que gracias a esta investigación nos pudimos dar cuenta de que la mayoría de las veces las mujeres que presentan este tipo de embarazos tienen una margen o una gran tendencia a realizarles una cesárea, y también me pude dar cuenta de que un niño va a venir más grande que otro.

Se habla acerca de las diferentes etapas en las que pasa una mujer con este tipo de embarazo y con más hincapié en los cuidados que debemos de brindar a nuestras pacientes.

En el capítulo tres se nos habla acerca de las metas que tengo y lo que quiero sobre la medición y recolección de los datos y una sola aplicación en un momento determinado del tiempo. Esto es que fuimos de lo más simple a lo más complejo basándome en la hipótesis de mi contenido, y esto logrado gracias a la recolección de los datos adquiridos

En el capítulo cuatro; se nos habla de cómo es que quedo formula mi hipótesis y de ahí las variables y el cuadro de las variables

En el capítulo cinco más que nada fue la interpretación de las gráficas de cómo es que respondieron las enfermeras el cuestionario los resultados que se obtuvieron y si es que están en lo correcto o si solo tiene una ligera idea de los actos que llegan a realizar.

En el capítulo vamos a revisar lo que son nuestras gráficas y la interpretación que se les dio, este capítulo es más el cómo es que ven las enfermeras el embarazo gemelar y el cómo es realmente.

En el capítulo siete, hablo e que es lo que me dejo este tema y los horizontes que pude abrir gracias a la investigación de este tema.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

En general el objetivo de esta investigación es saber en qué nivel se encuentra la enfermera con respecto a los cuidados de que se le deben de impartir a las madres con gestas múltiples monocigótico

El sujeto de investigación son la enfermeras el saber en qué nivel de conocimiento se encuentran, para poder impartir una buena atención y brindar un buen conocimiento a la madre con respecto a los cuidados que deben de tener.

Los antecedentes de la investigación.- A lo largo de la historia, el embarazo múltiple ha sido objeto de fascinación, curiosidad y rechazo en algunas culturas; su ocurrencia era considerada de buena suerte en unas tribus, pero en otras, eran percibidas como una maldición y estos, en muchas ocasiones, eran escondidos por sus progenitores o de lo contrario eran sacrificados, según la historia para espantar al diablo.

En la antigüedad los nacimientos múltiples eran considerados como un evento, debido a su baja incidencia. La gestación múltiple que se presenta en forma espontánea con mayor frecuencia, es la gemelar doble.

Mi perspectiva del problema es saber si es que se les da un buen seguimiento a las mujeres de embarazo gemelar en el hospital de nuestra señora de la salud

Esta investigación ayudará a las enfermeras para saber los cuidados necesarios que deben de tener con estas pacientes desde el momento en que se dan cuenta las madres de que están embarazadas y presentan una gesta múltiple de la siguiente manera ayudando y mostrando los cuidados específicos que

debemos de tener para con este tipo de pacientes y aportará algunos de los cuidados que pasamos por alto por pensar que es un embarazo sin tener en cuenta que este implica muchas más patologías y corren mayor riesgo

1.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué nivel de conocimiento tienen las enfermeras sobre los cuidados en el embarazo gemelar monocigótico en el HNSS en junio del 2012?

1.2 OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL.-

Saber cuáles son los cuidados que se le deben de brindar a una mujer en embarazo gemelar monocigótico en el HNSS

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.-

Conocer la influencia que presentan estas pacientes para tener un embarazo múltiple monocigótico

Conocer y determinar los principales cuidados que se deben de brindar a las madres con embarazo gemelar monocigótico

1.3 JUSTIFICACIÓN

Saber cuáles son las principales causas por las que se da un embarazo gemelar monocigótico, que tipo de complicaciones conlleva este para la madre, que signos y síntomas presentaría, y aclarar que, aunque es un embarazo presenta muchos más riesgos, ya que el cuerpo humano está diseñado para tener un solo bebe. Y la diferencia que hay entre un embarazo monocigótico y un embarazo dicigótico.

Cuáles son los cuidados que debe de tener la paciente durante su embarazo y cuáles son los signos de alarma o por los que ella se pudiera sospechar de algún dato de malignidad.

1.4 VIABILIDAD

En esta investigación nos podemos dar cuenta de que la investigación es viable ya que podemos encontrar los recursos necesarios y el tiempo indicado para poder llevar acabo dicho concepto

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 CIENCIAS DE LA SALUD

Es el conjunto de ciencias dedicadas a la adquisición de conocimientos para su aplicación en la promoción del bienestar físico, mental y social de los individuos.

Las Ciencias de la Salud se organizan en dos vertientes:

1. El estudio e investigación para la adquisición de conocimientos sobre la salud-enfermedad
2. La aplicación de estos conocimientos técnicos.

Ambas vertientes se reúnen para lograr el amplio propósito de: mantener, reponer y mejorar la salud y el bienestar; prevenir, tratar y erradicar enfermedades; y comprender mejor los complejos procesos vitales de los organismos animales y humanos relacionados con la vida, la salud y sus alteraciones (enfermedad). (Enciclopedia médica en español 7 de marzo de 2008)

Se dice que las ciencias de la salud son interdisciplinarias por el hecho de entrelazar o combinar varias ciencias para el estudio de un mismo caso clínico desconocido; o para profundizar el estudio de una forma más especializada. (Enciclopedia médica en español 7 de marzo de 2008)

Las investigaciones de esta ciencia están basadas en las ciencias puras como la Biología, la Química y la Física, aunque también en Ciencias Sociales, como la sociología médica, la psicología. (Enciclopedia médica en español 7 de marzo de 2008)

2.2 MEDICINA

1. Ciencia dedicada al estudio de la vida, la salud, las enfermedades y la muerte del ser humano, e implica el arte de ejercer tal conocimiento técnico para el mantenimiento y recuperación de la salud, aplicándolo al diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades. La medicina forma parte de las denominadas ciencias de la salud. (Manual Merck de información médico en general).

La Medicina debe aspirar a ser honorable y dirigir su propia vida profesional; ser moderada y prudente; ser asequible y económicamente sostenible; ser justa y equitativa; y a respetar las opciones y la dignidad de las personas.

Los valores elementales de la Medicina contribuyen a preservar su integridad frente a las presiones políticas y sociales que defienden unos fines ajenos o anacrónicos. (Enciclopedia médica en español 7 de marzo de 2008)

Los fines de la Medicina son:

- La prevención de enfermedades y lesiones y la promoción y la conservación de la salud.
- El alivio del dolor y el sufrimiento causados por males.
- La atención y curación de los enfermos y los cuidados a los incurables.
- La evitación de la muerte prematura y la búsqueda de una muerte tranquila.

Los fines erróneos de la Medicina son:

- El uso incorrecto de las técnicas y el conocimiento médicos.
- El empleo de información sobre salud pública para justificar la coerción antidemocrática de grandes grupos de personas para que cambien sus comportamientos “insanos”.
- La medicina no puede consistir en el bienestar absoluto del individuo, más allá de su buen estado de salud.

Tampoco corresponde a la medicina definir lo que es el bien general para la sociedad. (Enciclopedia médica en español 7 de marzo de 2008)

2.3 OBSTETRICIA

1. Rama de la medicina encargada del estudios de la mujer embarazada y que incluye el embarazo parto y puerperio se deriva del latín Obstare–Obstetrix que significa partera. (Libreta de ginecología doctor Zamudio 2011).

2.4 GINECOLOGÍA

1. Ciencia de la mujer y en medicina hace referencia a la especialidad médica y quirúrgica que trata las enfermedades del sistema reproductor femenino. (Libreta de ginecología doctor Zamudio 2011)

2.5 EMBARAZO

1. Deriva (del latín gravitas) es el período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto. El término gestación hace referencia a los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo

del feto en el interior del útero materno. En teoría, la gestación es del feto y el embarazo es de la mujer. (Williams, 1996 Obstetricia 4ª ed Editorial Masson, S.A)

En la especie humana las gestaciones suelen ser únicas, aunque pueden producirse embarazos múltiples. La aplicación de técnicas de reproducción asistida está haciendo aumentar la incidencia de embarazos múltiples en los países desarrollados. (Williams, 1996 Obstetricia 4ª ed Editorial Masson, S.A)

El embarazo humano dura unas 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 desde la fecundación (aproximadamente unos 9 meses). El primer trimestre es el momento de mayor riesgo de aborto espontáneo; el inicio del tercer trimestre se considera el punto de viabilidad del feto (aquel a partir del cual puede sobrevivir extraútero sin soporte médico). (Williams, 1996 Obstetricia 4ª ed Editorial Masson, S.A)

El embarazo se produce cuando un espermatozoide alcanza y atraviesa la membrana celular del óvulo, fusionándose los núcleos y compartiendo ambos su dotación genética para dar lugar a una célula huevo o cigoto, en un proceso denominado fecundación. La multiplicación celular del cigoto dará lugar al embrión, de cuyo desarrollo deriva el individuo adulto. (Williams, 1996 Obstetricia 4ª ed Editorial Masson, S.A)

La embriología es la parte de la medicina que estudia el complejo proceso de desarrollo embrionario desde el momento de la fecundación hasta la formación del feto, que es como se denomina al organismo resultante de este desarrollo cuando aún no ha tenido lugar el parto. (Williams, 1996 Obstetricia 4ª ed Editorial Masson, S.A)

Dentro del útero, el feto está flotando en el líquido amniótico, y a su vez el líquido y el feto están envueltos en el saco amniótico, que está adosado al útero. En el cuello del útero, se forma un tapón de mucosidad densa durante el

embarazo para dificultar el ingreso de microorganismos que provoquen infección intrauterina. Este tapón será expulsado durante el inicio del trabajo de parto. (Williams, 1996 Obstetricia 4ª ed Editorial Masson, S.A)

Mientras permanece dentro, el cigoto, embrión o feto obtiene nutrientes y oxígeno y elimina los desechos de su metabolismo a través de la placenta. La placenta está anclada a la pared interna del útero y está unida al feto por el cordón umbilical. La expulsión de la placenta tras el parto se denomina alumbramiento. (Williams, 1996 Obstetricia 4ª ed Editorial Masson, S.A)

2.6 EMBARAZO MULTIPLE

Los factores que lo predisponen son hereditarios que se transmiten sólo por vía materna, o sea que solamente los antecedentes de embarazos múltiples de la mujer son los que cuentan. Se ha demostrado que cuando la mujer se embaraza por primera vez después de los 30 años tiene mayores posibilidades de embarazos múltiples y se desconoce por cuál mecanismo se produce. Quedar embarazada luego de la toma de fármacos inductores de la ovulación, aumenta los riesgos de embarazo múltiple. También quedar embarazada en el mes siguiente a la suspensión de pastillas anticonceptivas anovulatorias aumenta los riesgos de embarazo múltiple. El embarazo no es una enfermedad, pero requiere una serie de cuidados de salud para que el bebé venga sano. Pero, si además, se trata de un embarazo múltiple extremar las precauciones nunca está de más. Las visitas al ginecólogo serán más numerosas y el control médico sobre el embarazo se verá incrementado a medida que avance la gestación. (Williams, 1996 Obstetricia 4ª ed Editorial Masson, S.A)

Está claro que una mujer embarazada de dos o más bebés tienen un margen de riesgo mayor de sufrir complicaciones durante el embarazo. El parto prematuro es una de las preocupaciones que circulan por la cabeza de los padres,

así como la posibilidad de que los bebés nazcan con alguna discapacidad u otro problema. (Williams, 1996 Obstetricia 4ª ed Editorial Masson, S.A)

El número de placentas y sacos amnióticos en los gemelos monocigóticos dependen del momento de la división. En un 25% de los casos se forman dos placentas (bicoriales), mientras que el 75% restante comparten la placenta (monocoriales), lo cual va a depender del momento de la división embrionaria. (Williams, 1996 Obstetricia 4ª ed Editorial Masson, S.A)

El embarazo gemelar implica una situación especial que merece mayor atención prenatal. El riesgo se incrementa si la gestación es monocorial, por lo que es muy importante determinar precozmente la corionicidad y amnionicidad en la ecografía del 1er trimestre, momento en el cual nos valemos de ciertos signos específicos que nos permiten diferenciar el número de placentas. A medida que avanza la gestación, a partir del segundo trimestre, estos signos se van atenuando, y puede resultar dificultosa la diferenciación entre una placenta única y dos placentas que se han fusionado al tomar contacto por su proximidad. Este diagnóstico temprano, es de vital importancia para planificar un seguimiento diferenciado en cada caso. (Williams, 1996 Obstetricia 4ª ed Editorial Masson, S.A)

Se ha demostrado un incremento en el número de complicaciones materno-fetales, en los embarazos gemelares, que indudablemente son mayores en los casos en que los fetos se alimentan de la misma placenta, requiriendo una mayor vigilancia durante la gestación. (Williams, 1996 Obstetricia 4ª ed Editorial Masson, S.A)

El embarazo múltiple puede asociarse con una mayor incidencia de abortos espontáneos. También a veces, uno de los gemelos detiene su desarrollo y se reabsorbe, fenómeno conocido como gemelo desaparecido o evanescente. Se cree que esta situación afecta al 20 % de los embarazos gemelares. El manejo es

conservador en estos casos, ya que el gemelo con vitalidad seguirá su curso normalmente. (Williams, 1996 Obstetricia 4ª ed Editorial Masson, S.A)

Alrededor del 70% de los embarazos gemelares monocoriales cursarán sin mayores inconvenientes, el 30% restante presentarán complicaciones que elevan su morbimortalidad perinatal. El diagnóstico precoz de estas patologías, su seguimiento, tratamiento intraútero y manejo perinatal, pueden prevenir problemas mayores. (Williams, 1996 Obstetricia 4ª ed Editorial Masson, S.A)

Cuando la proporción de placenta que corresponde a cada feto es desigual, el feto que tiene el menor porcentaje, podrá presentar un crecimiento discordante (discrepancia en el tamaño de los gemelos de más de un 25%, con peso de uno de ellos menor al percentil 10 para la edad gestacional), denominado Restricción Selectiva del Crecimiento Intrauterino. (Williams, 1996 Obstetricia 4ª ed Editorial Masson, S.A)

Los gemelos monocoriales, al compartir la placenta, presentan comunicaciones vasculares superficiales y profundas que relacionan ambas circulaciones. Cuando dos vasos interconectados presentan diferencia de presión (por ejemplo arteria y vena), se producirá un desbalance hemodinámico entre ambos fetos sobreviniendo un Síndrome Transfusor-Transfundido, situación que se observa en el 10 a 15 % de los embarazos monocoriales. En este caso un bebé le dona su sangre al otro, por lo que queda hipovolémico (poca sangre), con líquido amniótico escaso y con Restricción del Crecimiento Intrauterino, mientras que el otro está plétórico, presenta aumento del líquido amniótico y sobrecarga para su función cardíaca. Estos cuadros se observan en el segundo trimestre pero en ocasiones se pueden diagnosticar y controlar desde el primero. El uso del Doppler, cuando está indicado, puede colaborar en estos casos, al igual que en la Restricción del Crecimiento Intrauterino, para valorar el grado de afectación fetal. (Williams, 1996 Obstetricia 4ª ed Editorial Masson, S.A)

Existen distintos tratamientos de acuerdo a los estadios evolutivos de los bebés. Afortunadamente ya se cuenta con centros en nuestro país que permiten la ablación mediante laser por fetoscopia de las anastomosis vasculares que relacionan ambas circulaciones. Esta técnica, aunque no siempre exitosa, permite salvar a los bebés en alrededor de la mitad de los casos y podría proteger del daño neurológico al gemelo sobreviviente en el 25 a 30% de los casos. (Williams, 1996 Obstetricia 4ª ed Editorial Masson, S.A)

El seguimiento del embarazo gemelar requiere de tiempo, paciencia, equipamiento adecuado, y profesionales entrenados a fin de detectar tempranamente muchas de las alteraciones y complicaciones mejorando así la conducta médica y el resultado obstétrico. (Williams, 1996 Obstetricia 4ª ed Editorial Masson, S.A)

2.6.1 Complicaciones

Los productos de embarazos múltiples tienen mayor riesgo de resultados perinatales adversos en comparación con sus homólogos de embarazos simples, principalmente debido a un mayor riesgo de un parto prematuro y debido a la monocorionicidad que es cuando los gemelos comparten la misma placenta y un solo saco amniótico. Ultimamente se ha hecho más clara la asociación entre la monocorionicidad y los eventos perinatales adversos. Los embarazos monocoriónicos tienen aproximadamente un 15% de riesgo de desarrollo del síndrome de transfusión gemelo a gemelo, que puede estar asociado con la mortalidad y la morbilidad perinatal, a pesar del tratamiento. Además, la muerte fetal intrauterina de uno de los gemelos en un embarazo monocoriónico puede estar asociada con un riesgo mayor del 20% de que el gemelo sobreviviente desarrolle una encefalomalacia multiquística. (Robbins y Cotran; Pathological Basis of Disease, 7th ed)

2.6.2 Tratamiento

Actualmente el uso de tocolíticos “profilácticos” ha disminuido el índice de amenaza de parto pretérmino debido a la sobredistención uterina ocasionada por el embarazo de alto orden fetal. El uso de betamiméticos como la terbutalina, la orciprenalina y calcioantagonistas, como la nifedipina a partir de la semana 32 han mejorado los resultados perinatales de productos de embarazos de alto orden fetal. (Pathological Basis of Disease, 7th ed)

- ✓ La mayoría de las complicaciones fetales y neonatales están relacionadas con la prematuridad y el bajo peso fetal.
- ✓ A mayor número de fetos, menor duración de la gestación y menor peso. De los fetos al nacer.
- ✓ El embarazo múltiple se asocia con una mayor tasa de aborto.
- ✓ En el embarazo múltiple el parto pretermo ocurre en el 50% de los embarazos gemelares, en el 90% de los triples y prácticamente en todos los cuádruples o más.
- ✓ El embarazo múltiple conlleva un incremento en la mortalidad neonatal
- ✓ Que se multiplica por siete en los gemelares y por veinte en los triples.
- ✓ La parálisis cerebral es 6 veces superior en los gemelares y 18-20 veces superior en los embarazos triples.

2.7 TIPOS DE EMBARAZOS MULTIPLES

Se entiende por gestación múltiple aquella en que se desarrollan simultáneamente dos o más fetos. Se entiende por gestación gemelar aquella en que el desarrollo simultáneo es de dos fetos. (Manual Merck de información medico en general)

La gestación múltiple puede ser considerada como un retroceso filogenético, pues resulta rara en especies cuyas hembras:

- ✓ Tengan un peso medio > 25 Kg.
- ✓ Tengan una vida media > 25 años.
- ✓ La duración media de su gestación sea > 150 días.
- ✓ Posean un solo par de mamas.
- ✓ Posean un útero único.

Desde las 5 semanas se puede hacer el diagnóstico de embarazo múltiple utilizando equipos de Ecosonografía de alta resolución por vía Transvaginal. Este es el método más sensible que existe. Alrededor de la semana 10° ya se puede determinar si los fetos comparten placentas o sacos amnióticos. (Manual Merck de información medico en general)

MONOCIGÓTICO O UNIVITELINO

El embarazo de gemelos, los que son realmente idénticos y conocido en términos ginecológicos como embarazo monocigótico o univitelino, se produce cuando se fecunda un solo óvulo con un espermatozoide y forma un cigoto que posteriormente se divide en dos, desarrollando dos fetos. Dependiendo del

momento de la división, es decir, si ocurre entre el primer y cuarto día tras la fecundación. Cada feto tendría su placenta y su propia bolsa amniótica, pero si la división sucede entre el cuarto y el octavo día (el 75% de los casos), cada feto tendrá su propia bolsa pero compartirán la placenta. Cada uno se desarrolla de forma independiente, pero al ser formados por el mismo óvulo y el mismo espermatozoide, comparten la misma carga genética y son físicamente casi idénticos. (Reproducción humana 2° ed. McGraw-Hill Interamericana)

Un óvulo fecundado por un espermatozoide (1 huevo) se divide en dos o más células que continúan independientemente su desarrollo dando como resultado dos o más embriones, que tienen características físicas, emocionales, y sexo idéntico, ya que comparten la misma carga genética. La formación de la placenta en los monocigóticos dependerá del momento en que ocurre la división después de la fertilización. (Reproducción humana 2° ed. McGraw-Hill Interamericana)

Bicigóticos o Bivitelinos

Se origina en la salida de dos óvulos en el mismo ciclo menstrual frecuentemente es porque dos folículos produjeron 2 óvulos, ocasionalmente se da que un folículo produzca los dos. Los óvulos pueden ser fecundados en un mismo coito o en dos coitos diferentes. (Reproducción humana 2° ed. McGraw-Hill Interamericana)

Los factores que lo predisponen son hereditarios que se transmiten sólo por vía materna, o sea que solamente los antecedentes de embarazos múltiples de la mujer son los que cuentan. Se ha demostrado que cuando la mujer se embaraza por primera vez después de los 30 años tiene mayores posibilidades de embarazos múltiples y se desconoce por cuál mecanismo se produce. Quedar embarazada luego de la toma de fármacos inductores de la ovulación, aumenta los riesgos de embarazo múltiple. También quedar embarazada en el mes

siguiente a la suspensión de pastillas anticonceptivas anovulatorias aumenta los riesgos de embarazo múltiple. (Reproducción humana 2° ed. McGraw-Hill Interamericana)

Los llamados comúnmente “mellizos”, tienen el parecido habitual entre dos hermanos y pueden ser de distinto sexo. Son dos óvulos que son fecundados por dos espermatozoides, resultando dos embarazos simultáneos, pero con su propia placenta, lo que disminuye alguno de los riesgos del embarazo múltiple. Son los más frecuentes (70%). (Reproducción humana 2° ed. McGraw-Hill Interamericana)

2.8 PATOGENIA DEL EMBARAZO GEMELAR MONOCIGÓTICO

- Edad materna, especialmente mayores de 30-35 años
- Raza Negra o Asiática
- Multiparidad
- Historia familiar, especialmente en la línea materna
- Inducción de ovulación, inseminación artificial
- Fertilización in Vitro
- Azar, evento fortuito

Herencia: Los antecedentes de embarazos múltiples en la familia aumentan las probabilidades de tener mellizos. (Libreta de ginecología doctor Zamudio, 2011)

Edad madura: Las mujeres mayores de 30 años tienen más probabilidades de una concepción múltiple. En la actualidad muchas mujeres postergan la

maternidad, y muchas veces el resultado es la concepción de mellizos. (Libreta de ginecología doctor Zamudio, 2011)

Una alta paridad: El hecho de haber tenido uno o más embarazos previos, en especial un embarazo múltiple, aumenta la probabilidad de tener un embarazo múltiple. (Libreta de ginecología doctor Zamudio, 2011)

La raza: Las mujeres afroamericanas son más propensas a tener mellizos que cualquier otra raza. Las mujeres asiáticas y americanas nativas tienen las tasas más bajas de embarazos múltiples. Las mujeres caucásicas, en especial las que se encuentran por encima de los 35 años, tienen la tasa más elevada de embarazos múltiples de más de dos fetos. (Libreta de ginecología doctor Zamudio, 2011)

2.8.1 EL EMBARAZO MÚLTIPLE UNA CONDICIÓN DE ALTO RIESGO

1. Si ya que esta no es una condición adecuada para el ser humano. La presencia de 2 o más bebés, la presencia de una masa placentaria grande, la sobredistensión uterina y los cambios fisiológicos más pronunciados aumentan los riesgos ya existentes en un embarazo simple: duplican hasta sextuplican el riesgo de complicaciones asociadas al embarazo. (Novak 1996 Ginecología 12° ed McGraw-Hill)

2.9 POSIBLES COMPLICACIONES DEL EMBARAZO MÚLTIPLE

Cuantos más bebés haya en el útero, más posibilidades tendrá el embarazo de tener complicaciones. Algunos estudios concluyen que:

- 60 por ciento de los mellizos
- Más del 90 por ciento de los trillizos

- Prácticamente todos los cuatrillizos, nacen prematuros.

Y afirman que, en promedio, la mayoría de los embarazos de un solo bebé duran 39 semanas; los de mellizos, 36 semanas; los de los trillizos, 32 semanas; los de cuatrillizos, 30 semanas; y los de quintillizos, 29 semanas. (Novak 1996 Ginecología 12° ed McGraw-Hill)

Los bebés con bajo peso son más propensos a presentar trastornos de salud después de su nacimiento, como pérdida de visión y de audición, discapacidades o retraso mental. Los avances en el cuidado de estos niños han crecido bastante. Las mujeres con embarazos múltiples también pueden presentar problemas de alta presión arterial relacionada con el embarazo (preeclampsia) y de diabetes. Pero, por lo general, son problemas que no representan riesgos para la salud de la madre ni la de sus bebés. Eso sí, si se aplica el tratamiento adecuado y a su debido tiempo. (Novak 1996 Ginecología 12° ed McGraw-Hill)

La Prematuridad es una situación de Alto Riesgo Fetal esperada en embarazos múltiples. Llega un punto en que el útero materno ya no es capaz de mantener el volumen compuesto de 2 placentas, líquido amniótico y 2 bebés; la sobredistensión uterina es un fuerte estímulo para generar contracciones uterinas que modifican el cuello uterino. La circulación materno-fetal (Útero-Placenta) puede ser insuficiente para atender las necesidades de crecimiento de los fetos y si, además, le sumamos a estos factores la mayor incidencia de anemia, Preeclampsia y Diabetes pueden originar un Trabajo de Parto Prematuro que ponga fin al embarazo en presencia de bebés pequeños e inmaduros. (Novak 1996 Ginecología 12° ed McGraw-Hill)

La variación de peso puede deberse a diferencias en la función de cada placenta y de la cantidad de sangre que viniendo desde la madre le toca a cada una. Las placentas mejor irrigadas y de función eficiente mantendrán bebés mejor

nutridos y por lo tanto de mejor crecimiento. (Novak 1996 Ginecología 12° ed McGraw-Hill)

2.10 COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO GEMELAR MONOCIGÓTICO

Gemelo Evanesciente: cuando hacemos el diagnóstico precoz de un embarazo gemelar (5-6 semanas) es posible que en estudios posteriores solo se observe un feto. Esto es debido a que en una fracción importante de estos embarazos uno de los 2 embriones no se desarrolla y se reabsorbe (hasta en un 60% de los casos). Usualmente el sobreviviente no tiene problemas, habría que ver si este no es un mecanismo natural de defensa contra un embarazo de alto riesgo en vez de tratarse de una complicación del embarazo múltiple. (Novak 1996 Ginecología 12° ed McGraw-Hill)

Muerte fetal (>10 semanas): la muerte intrauterina está aumentada. Cuando uno de los dos fallece el feto sobreviviente tiene más riesgo de morir que si hubiese estado solo desde el principio. Con placentas diferentes la mortalidad puede llegar al 14%; si los bebés tienen una sola placenta la mortalidad aumenta al 26% y si comparten también el mismo saco amniótico la mortalidad de al menos 1 bebé puede oscilar alrededor del 50%. (Robbins y Cotran; Pathological Basis of Disease, 7th ed)

Riesgo cromosómico y malformaciones congénitas: por sus características de origen particulares (edad materna avanzada) el riesgo de ocurrencia de problemas cromosómicos y anomalías anatómicas está aumentado. Los monocigóticos tienen un riesgo cromosómico igual al embarazo simple y los dicigóticos tienen un riesgo duplicado. (Robbins y Cotran; Pathological Basis of Disease, 7th ed)

Transfusión feto-fetal: si los bebés comunican sus circulaciones arteriales y venosas un bebé no crecerá dado que pasa su sangre a su compañero y el compañero a su vez se verá sobrecargado, crecerá más que el otro pero eventualmente puede morir como consecuencia de trastornos fisiológicos. Además, al fallecer uno de ellos el sobreviviente se puede ver afectado por hipotensión severa y los productos de degradación del primero. La muerte fetal ocurre en el 10% de los casos antes de la semana 12 por inicio precoz de esta condición. El riesgo de ocurrencia es del 20%. He tenido casos buenos y malos, la suerte y el diagnóstico precoz hacen la diferencia. (Robbins y Cotran; Pathological Basis of Disease, 7th ed)

Retardo del crecimiento: si las condiciones placentarias y de la nutrición del útero materno no son adecuadas uno o ambos bebés pueden no crecer adecuadamente y manifestar signos de sufrimiento fetal crónico, el riesgo de bajo peso es del 20% con placentas separadas (bicorial) y del 30% cuando es una sola placenta (monocorial). En líneas generales los gemelos son menos pesados que los bebés de embarazos simples y aparte de eso, un hermanito puede ser bastante más pequeño que el otro (Crecimiento discordante) (Robbins y Cotran; Pathological Basis of Disease, 7th ed)

Placenta previa: debido a que la extensión de dos placentas es mayor es posible que alguna de ella ocluya el orificio del cuello uterino produciendo sangrado genital y riesgo de Prematuridad por interrupciones de emergencia antes del término del embarazo. (Robbins y Cotran; Pathological Basis of Disease, 7th ed)

Prematuridad: aproximadamente el 25% (en algunas series hasta el 48%) de los bebés producto de embarazos múltiples nacen antes de las 37 semanas de embarazo. El promedio de duración de un embarazo gemelar es de 35 semanas (prematuro) Además de las complicaciones fetales señaladas también se presentan complicaciones maternas como son la Anemia, Preeclampsia y

Diabetes Gestacional. Queda claro, entonces, que el embarazo múltiple es una complicación del embarazo humano. (Robbins y Cotran; Pathological Basis of Disease, 7th ed)

Gemelos siameses: si la división de la masa embrionaria se retrasa más allá del 13 día de la fecundación los bebés tendrán alguna parte de su cuerpo pegada a la de su hermana/o. Los gemelos siameses pueden estar unidos por sus cabezas, tórax o abdomen, pueden incluso compartir algunos o muchos órganos. El caso presentado en la foto es de un recién nacido que comparte todo menos corazones y cabezas. (Robbins y Cotran; Pathological Basis of Disease, 7th ed)

Se considera el Concepto de Aborto como la expulsión del producto de la concepción antes de llegar a la viabilidad, o sea, de la capacidad del feto de poder sobrevivir fuera del vientre materno. (Zamudio 2011)

2.10.1 ESTADÍSTICAS

Se considera que entre el 10 y el 15 % de los embarazos confirmados terminan en aborto, y que el 25 % de las mujeres tendrán una pérdida precoz del embarazo durante su vida reproductiva.

La mayoría de los abortos ocurren entre la semana 7 y la 12 de la gestación. Se dice que si un embarazo se ve bien en el Ultrasonido a las 10 semanas es poco probable que termine en aborto. Mientras mayor es el número de semanas de gestación, menor es el riesgo de aborto. (Zamudio 2011)

Se considera aborto espontáneo a la pérdida de la gestación antes de las 26 semanas, cuando el feto no está aún en condiciones de sobrevivir con garantías fuera del útero materno. Un aborto espontáneo ocurre cuando un embarazo termina de manera abrupta. Un 8 y 15 por ciento de los embarazos, según las fuentes, que se detectan terminan de esta manera, aunque un número

importante y difícilmente valorable pasan desapercibidos. Existen muchas doctas opiniones que dicen que incluso el 50 por ciento de los embarazos pueden considerarse fracasados y terminar de forma espontánea. La mayoría de los abortos espontáneos, tanto conocidos como desconocidos, tiene lugar durante las primeras 12 semanas de embarazo y en muchos casos no requieren de ningún tipo de intervención médica ni quirúrgica. De igual forma también la inmensa mayoría de los abortos inducidos se dan antes de las 12 semanas. (Rev. Obstet Ginecol Venez 2000)

2.10.2 ETIOLOGÍA

1) MALFORMACIÓN DEL HUEVO O CIGOTE.- La causa más común de abortos tempranos son las malformaciones del embrión. Se estima en un 70 % ocurre una mutación inexplicable en el desarrollo fetal antes de la implantación, muere el embrión y se desencadena el aborto. (Reproducción humana 2° ed. McGraw-Hill Interamericana)

La mayoría de estos abortos no son recurrentes, por lo tanto el pronóstico para el futuro embarazo es bueno. Si esto ocurre 3 o más veces, debe considerarse referir a la pareja para estudio genético. (Reproducción humana 2° ed. McGraw-Hill Interamericana)

Existe el caso de que el saco gestacional este vacío durante la exploración por el ultrasonido, es lo que se llama Huevo Anembrionado y obedece a una falta en el desarrollo de las células de la capa interna de la blástula, con el consiguiente no desarrollo del embrión y su precoz reabsorción. (Reproducción humana 2° ed)

2) FACTORES INMUNOLÓGICOS.- El embrión implantado debe considerarse como un cuerpo que tiene antígenos extraños, los cuales derivan del genoma paterno. El mecanismo mediante el cual el embrión no es atacado por los antígenos maternos, aún no está claro, pero parece deberse a que existe un

bloqueo de los anticuerpos maternos que bloquean la producción de anticuerpos específicos. (Reproducción humana 2° ed)

También el trofoblásto produce esteroides anti rechazo. Con esta base biológica, podemos entender, que si fallan estos mecanismos aparecerá irremediablemente el rechazo del embrión y el consecuente aborto. (Reproducción humana 2° ed)

3) ENFERMEDADES MATERNAS.-El embarazo generalmente continuará adelante aunque existan enfermedades maternas, pero si la enfermedad es suficientemente severa puede causar abortos en casi todos los casos.

- Rubeola
- Herpes genital
- Sífilis
- Malaria
- Brucelosis
- Toxoplasmosis
- pueden todas ocasionar abortos

El aborto ocurre en pocos casos de rubeola, pero el feto nace infectado. La sífilis no es causa de abortos tempranos, poco frecuente que produzca abortos tardíos y frecuente las pérdidas del tercer trimestre. (Reproducción humana 2° ed)

Enfermedades como diabetes no controlada, hipertensión, enfermedad renal y la malnutrición o desnutrición avanzada son también causas de abortos. (Reproducción humana 2° ed)

4) ANORMALIDADES UTERINAS.- La presencia del útero doble o septado aumenta el riesgo de aborto, aunque es más común el desarrollo de trabajo de

parto prematuro. El útero en retroversión no es causa de abortos. Las adherencias (sinéquias) pueden causar abortos, también los fibromas que protruyan hacia el interior de la cavidad uterina. Las laceraciones o heridas del cuello uterino por partos o fórceps previos, específicamente si se encuentra lesionado el orificio interno del cuello, pueden provocar abortos tardíos o partos prematuros. (Reproducción humana 2° ed)

5) INSUFICIENCIA HORMONAL.- Otra posible causa de aborto temprano puede ser la escasa producción de progesterona por el cuerpo lúteo del ovario antes de que la placenta esté totalmente funcional. (Reproducción humana 2° ed)

6) USO DE CIGARRILLO Y ALCOHOL.- Muchos estudios sugieren que el consumo de cigarrillos y el alcoholismo pueden aumentar el riesgo de abortos.

VARIEDADES CLÍNICAS DEL ABORTO

- AMENAZA DE ABORTO
- ABORTO INEVITABLE
- ABORTO INCOMPLETO
- ABORTO COMPLETO
- ABORTO SÉPTICO
- ABORTO RETENIDO

2.11 MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL (González-Merlo, Jesús 2006 Obstetricia 5ta edición)

Cuando el útero grávido aloja dos o más productos en su interior estamos ante la presencia de un embarazo gemelar o múltiple (EG o EM). En este caso, el órgano reproductor femenino rebasa su capacidad continente, aumenta la posibilidad de expulsión de su contenido, y por lo tanto, incrementa el riesgo de

morbilidad y mortalidad feto neonatal y materno. Las complicaciones feto-neonatales pueden presentarse durante el embarazo y/o el parto, incluyendo, entre las principales, las siguientes: prematuridad, malformaciones congénitas, transfusión intergemelar, hemorragia intracraneal, alteraciones del crecimiento fetal, bajo peso al nacer (BPN), polihidramnios, engatillamiento de los fetos y otras, que inciden en el incremento 3-11 veces de la de mortalidad de esta gestación con respecto a la simple. Así mismo, este tipo de embarazo es responsable de una de cada 8-10 muertes perinatales (MP), por lo cual, indudablemente es de alto riesgo obstétrico y un problema de salud pública mundial, como ha sido destacado esto también se ha observado y reportado muchas veces. Debido a estos resultados adversos, el conocimiento exacto de este cuadro obstétrico y el establecimiento de las medidas de prevención o tratamiento adecuadas, son una prioridad sanitaria nacional. Este estudio se diseñó con el fin de investigar la incidencia de morbilidad y mortalidad fetal y neonatal del embarazo doble, en una institución de asistencia obstétrica pública de nuestro país, para poder establecer las conductas pertinentes que puedan disminuir estos índices; y con la finalidad de revisar la literatura nacional e internacional reciente sobre este aspecto. (Dicknson E, Silverman B, Kaplan j infantil. tercera edición Madrid 1999)

Métodos

Complicaciones fetales y neonatales, peso al nacer, y la mortalidad fetal y neonatal por períodos, por causas, por vía del parto y orden de los gemelos, por peso y orden de los gemelos y por intervalo de parto y peso del segundo gemelo. Las definiciones de mortalidad fetal, neonatal, perinatal, tasa de mortalidad perinatal, bajo peso al nacer y embarazo pretérmino, son las de la Organización.

El embarazo gemelar fue definido utilizando las descripciones anteriores de varios autores. La discordancia de peso al nacer se definió en porcentajes como $A-B/A \times 100$, donde A es el gemelo con mayor peso y B el de menor peso; y se consideraron como recién nacidos (RN) con restricción del crecimiento intrauterino cuando el peso al nacer estuvo por debajo del percentil 10 (28).

La información se recolectó en formularios diseñados especialmente para la investigación, que contenían todas las variables buscadas.

La incidencia de embarazo gemelar fue de 1 por cada 106,49 nacimientos (0,93%), reportada junto a otras características materno-fetales.

En estos gemelos se presentaron 21 tipos de complicaciones, en forma única o múltiple. Puede verse que las principales fueron BPN (52,72%), prematuridad (46,26%), síndrome de dificultad respiratoria (22,12%) y restricción del crecimiento intrauterino (19,10%). Las malformaciones congénitas fetales encontradas representaron el 4,45% e incluyeron labio leporino, paladar hendido, espina bífida, atresia esofágica, patología de septum cardíaco, síndrome de Pierre-Robin, síndrome de Trechers Collins, pie zambo, pie equino varo, polidactilia, nódulo preauricular, atresia de yeyuno, ano imperforado, malformación facial no precisada. (The epidemiology of gestational trophoblastic disease Gen Diagn Pathol)

2.12 PARTOS PREMATUROS

El tipo de parto dependerá de la posición de los bebés dentro del útero. La mayoría de los bebés, a medida en que se va acercando el día de su nacimiento, se posicionan en posición cefálica, es decir, cabeza abajo. Pero en el caso de los gemelos o mellizos es normal que presenten distintas combinaciones en la posición que adopten y, según esta posición, el equipo médico optará por el tipo de parto más indicado. Las probabilidades de que el parto de un embarazo

múltiple sea por cesárea, es más grande que en un parto de un único bebé. Como en cualquier parto, también pueden presentarse problemas con el cordón umbilical o la posición de la placenta. (MedlinePlus Medical Encyclopedia.)

Normalmente, aunque no siempre, en un embarazo gemelar los bebés suelen ser más pequeños y pesan menos. Al tener unas dimensiones inferiores a las de otros bebés, su expulsión por vía vaginal es más fácil que en un parto de feto único. Sin embargo, el tamaño no es lo único que importa para determinar si los dos bebés nacerán por vía vaginal o por cesárea. (MedlinePlus Medical Encyclopedia.)

La elección entre cesárea o vía vaginal depende de varios factores:

1. El momento en que se inicie el parto, ya que si es muy prematuro, no es posible
2. efectuarlo por vía vaginal.
3. La posición de los fetos.
4. Si hay sufrimiento fetal.
5. Si existen otro tipo de complicaciones.

2.13 COMPLICACIONES EN EL PARTO DE GEMELOS

Las complicaciones más frecuentes que se pueden producir en un parto de gemelos.

1. Dilatación lenta. En los embarazos múltiples, es normal que las contracciones sean menos intensas y, por tanto, la dilatación más lenta. La razón es que la matriz está muy distendida por el peso de los fetos y los músculos uterinos pierden flexibilidad y no provocan las contracciones deseadas. Para

solucionar este problema, se administra oxitocina a la madre. (González-Merlo, Jesús 2006 Obstetricia 5ta edición)

2. Fetos mal colocados. Con la ecografía, los médicos previsualizan la posición de los fetos para tomar las decisiones adecuadas. (González-Merlo, Jesús 2006 Obstetricia 5ta edición)

3. Cordones umbilicales enredados. Se produce en caso de gemelos univitelinos, es decir, que comparten bolsa amniótica. (González-Merlo, Jesús 2006 Obstetricia 5ta edición)

4. Compresión del cordón umbilical. El peligro de que el cordón quede comprimido se presenta cuando el cordón del primer bebé se adelanta a la presentación del segundo bebé. En este caso, es posible que el bebé no reciba suficiente oxígeno, es decir, padezca sufrimiento fetal. Para evitarlo es necesario practicar una cesárea. (González-Merlo, Jesús 2006 Obstetricia 5ta edición)

5. Desprendimiento de placenta. A veces, puede ocurrir después del nacimiento del primer bebé. Para evitar posibles síntomas de sufrimiento fetal en el segundo bebé, se debe extraer a este último inmediatamente.

6. Retención de placenta. Puede solucionarse realizando un alumbramiento manual. (González-Merlo, Jesús 2006)

7. Hemorragia posparto. Esta complicación tiene lugar cuando el útero está muy dilatado y no puede contraerse por sí mismo. Es necesaria la administración de fármacos. (González-Merlo, Jesús 2006 Obstetricia 5ta edición)

2.14 EL MOMENTO DEL PARTO DE GEMELOS

En los partos múltiples, suelen estar presentes, además de un ginecólogo, un anestesista y un neonatólogo para que valore a los bebés en el momento de

nacer. Es aconsejable que la clínica o el centro hospitalario tenga una unidad especial de bebés prematuros. (McPhee S. and Ganong W.F. Pathophysiology of Disease, 5th)

Durante el parto, la madre estará conectada a un monitor fetal para que el médico pueda controlar el progreso de cada bebé. Si el parto es vaginal, como los bebés suelen ser más pequeños, su tamaño facilitará el empuje para que salgan. Tras el alumbramiento, deben examinarse cuidadosamente las placentas y membranas. En caso de que necesites una cesárea, recibirás anestesia y te harán una incisión vertical y horizontal en el abdomen y el útero. Los bebés saldrán a intervalos de unos pocos minutos. En caso de parto prematuro, los bebés serán trasladados de inmediato a la UCI neonatal para recibir atención especial. (McPhee S. and Ganong W.F. Pathophysiology of Disease, 5th)

2.14.1 POSICIÓN DE LOS FETOS EN EL PARTO DE GEMELOS

La posición de los bebés en el interior del útero materno va a determinar el tipo de parto que tendrá la mamá. Las estadísticas dicen que en el 75-80 por ciento de los casos, el primer gemelo suele estar en posición cefálica es posible un parto vaginal espontáneo. No obstante, el segundo gemelo debe nacer en los siguientes veinte minutos. Si después de esa espera, el segundo bebé no ha nacido, el equipo tiene que intervenir para evitar el sufrimiento fetal o la falta de progreso. Entre las posibilidades de actuación están:

La extracción de nalgas

- ✓ La ventosa si la presentación es cefálica, pero el bebé en la parte alta del útero
- ✓ Los forceps, cuando el bebé tiene la cabeza encajada
- 1. La cesárea. (Reproducción humana 2° ed. McGraw-Hill Interamericana)

2.15. MUERTE FETAL INTRAUTERINA

La muerte fetal es uno de los accidentes obstétricos más difíciles de enfrentar. Tanto la mujer embarazada como el feto, a pesar de cumplir con un proceso de carácter netamente fisiológico como es el embarazo, están expuestos a una serie de riesgos que amenaza su salud y vidas. Se define muerte fetal intrauterina como “la muerte se presenta antes de la expulsión o extracción completa de la madre, del producto de la concepción, cualquiera haya sido la duración de la gestación”. Aunque algunos autores la definen como “el cese de la vida fetal a partir de las 20 semanas de gestación y con un peso mayor a 500 gramos”. Este problema alcanza frecuencias comprendidas entre el 7 a 10 por 1000 nacidos vivos en la mayoría de los países americanos. En cuanto a la etiología es muy diversa, y ellas pueden deberse a alteraciones fetales, maternas, placentarias, ambientales o ser de origen idiopática. Los factores de riesgo básicamente se basan en tres grandes categorías:

a) Macroambiente: señala la situación económica y cultural de la embarazada.

b) Matroambiente: engloba todas las otras características de la madre no incluidas en el macroambiente.

c) Microambiente: factores asociados al feto, placenta, cordón y líquido amniótico.

Una incapacidad para detectar los latidos cardíofetales durante el examen físico sugiere muerte fetal. Sin embargo esto no es concluyente y el óbito se debe confirmar mediante un estudio ecográfico. (Te Linde Ginecología Quirúrgica, 7° ed)

Se ha comunicado que la incidencia de muerte fetal se ha reducido en los países desarrollados por implementación de políticas de salud adecuadas y por el

desarrollo de normas específicas de manejo de embarazadas de alto riesgo. Sin embargo, desde hace varios años su frecuencia ha permanecido estable. La principal razón que explica este estacionamiento de las tasas es el desconocimiento de las etiologías, favoreciéndose la repetición de la muerte fetal en las gestaciones siguientes. (Te Linde GinecologíaQuirurgica, 7° ed)

Principales dificultades metodológicas para comparar frecuencia de muerte fetal entre diferentes poblaciones. (Te Linde GinecologíaQuirurgica, 7° ed)

- ✓ Ausencia de definición consensuada, o uniformemente aceptada.
- ✓ Uso de diferentes tasas (tasa de mortalidad fetal, tasa de mortalidad perinatal).
- ✓ Modo de estimación de la edad gestacional.
- ✓ Diseños de investigación no comparables.

2.15.1 ETIOLOGIA MATERNAS:

- Embarazo prolongado.
- Diabetes mellitus.
- Lupus eritematoso sistémico.
- Infecciones.
- Hipertensión arterial.
- Preeclampsia.
- Eclampsia.
- Hemoglobinopatías
- Edad materna muy precoz o avanzada.
- Incompatibilidad RH.

- Ruptura uterina.
- Síndrome antifosfolipídico.
- Trombofilias hereditarias.
- Hipotensión severa materna.
- Muerte materna.

PLACENTARIAS:

- ✓ Accidente de cordón.
- ✓ Abrupto placentario.
- ✓ Rotura prematura de membrana.
- ✓ Vasa previa

En un trabajo recientemente publicado sobre la etiología de la muerte fetal, realizado en un país latinoamericano, se comunica con detalles las correlaciones factibles de ser halladas entre los aspectos clínicos y los estudios anatómopatológicos y se propone una clasificación de la etiología. (Williams, 1996 Obstetricia 4ª ed)

2.15.2 ETIOPATOGENIA

Las causas son múltiples y atribuibles a diversos orígenes: ambiental, materno, fetal y ovular, y en parte desconocida. (Williams, 1996 4ª ed)

Durante el embarazo el feto puede morir por:

a) Reducción o supresión de la perfusión sanguínea útero-placentaria: originada por hipertensión arterial, inducida o preexistente a la gestación, cardiopatía materna, hipotensión arterial materna por anemia aguda.

b) Reducción o supresión del aporte de oxígeno al feto (en ausencia de contracciones uterinas, con tono uterino normal, sin compromiso de la perfusión útero-placentaria): puede estar causada por alteraciones de la membrana del sinciotrofoblasto, infarto y calcificaciones de la placenta, nudos, torsión exagerada y prociencia o prolapsos del cordón umbilical, o por otros factores. (Williams, 1996 4ª ed)

c) Aporte calórico insuficiente: por desnutrición materna grave o por enfermedades caquectizante. (Williams, 1996 4ª ed)

d) Desequilibrio del metabolismo de los glúcidos y acidosis: por diabetes grave o descompensada. (Williams, 1996 4ª ed)

e) Hipertermia, toxinas bacterianas y parasitosis: Intervienen las virosis graves, las infecciones bacterianas y parasitarias de la madre, de las membranas ovulares, del feto y de la placenta. (Williams, 1996 4ª ed)

f) Intoxicaciones maternas: la ingesta accidental de mercurio, plomo, DDT, etc.

g) Traumatismo: pueden ser directo (el feto) o indirectos, a través de la madre. El que más importancia está adquiriendo es el directo por mala técnica en la aplicación de métodos invasivos como la cordocentesis. (Williams, 1996 4ª ed)

h) Malformaciones congénitas: siendo incompatible con el crecimiento y desarrollo fetal (cardíacas, del encéfalo, etc.) (Williams, 1996 4ª ed)

i) Alteraciones de la hemodinámica fetal: como en los gemelos univitelinos. (Williams, 1996 4ª ed)

j) Causas desconocidas: se lo ha denominado a este cuadro muerte habitual del feto. (Williams, 1996 4ª ed)

2.16 LA ENCEFALOMALACIA MULTIQUEÍSTICA

La encefalomalacia Multiqueística puede ser secundaria a distintas agresiones sobre el sistema nervioso central: anoxia, traumatismos, infecciones, hemorragia, isquemia, fenómenos tromboembólicos y síndrome de transfusión feto-fetal. En los embarazos gemelares con uno de los fetos muertos intraútero se han descrito distintas complicaciones en el feto superviviente como resultado del paso de tromboplastina a la circulación, produciéndose una coagulación intravascular diseminada, o bien por la llegada de émbolos procedentes del feto muerto a la circulación del superviviente. El cuadro histológico es el de un reblandecimiento del tejido cerebral con reabsorción posterior de las áreas necróticas, pudiendo afectar a todo el parénquima cerebral. La clínica puede ser muy inexpresiva en su inicio, evolucionando hacia un deterioro neurológico severo. (Wolf L Veme 1988.)

A la exploración, como único dato objetivable, destaca irritabilidad y tremulaciones que se atribuyen a una hipocalcemia. Se le practicó una ecografía cerebral más que por la clínica, por los antecedentes prenatales, revelándonos dicha ecografía la existencia de lesiones cavitadas, multifocales, afectando a ambos hemisferios cerebrales. (Wolf L Veme 1988.)

En la TAC cerebral se podrá observar las lesiones multiqueísticas en ambos hemisferios, muy extensas, con práctica desaparición de la sustancia cerebral. Están conservados los núcleos diencefálicos y las lesiones afectan a la práctica totalidad de los hemisferios cerebrales(Wolf L Veme 1988.)

En una ecografía la evolución posterior fue hacia una tetraparesia espástica severa, nulo contacto con el entorno y microcefalia. (Wolf L Veme 1988.)

Actualmente se acepta que la encefalomalacia multiqueística constituye la respuesta de un cerebro inmaduro a distintas causas pre, peri y posnatales:

anoxia, traumatismos, infecciones hemorragia, isquemia y fenómenos tromboembólicos, siendo la asfixia y las alteraciones circulatorias, los factores etiológicos más importantes. (Wolf L Veme 1988.)

Es conocida la mayor incidencia de defectos estructurales que se presentan en gemelos monocigóticos comparado con los dicigotos o las gestaciones de feto único. (Wolf L Veme 1988.)

La mayoría de gemelos monocigotos tiene una placenta monocoriónica en la que existen interconexiones del tipo vena/vena, arterial arteria o arteria/vena, y como consecuencia de esto pueden producirse distintos problemas en uno o en los dos gemelos y la muerte de uno o ambos fetos. (Wolf L Veme 1988.)

Hay también casos descritos, en gemelos monocigotos, sin el antecedente de un feto muerto intraútero. Las anastomosis arteria/vena pueden ser causa de un síndrome de transfusión fetofetal. Han sido descritas también la mayor incidencia de encefalomalacia multiquística en gemelos monocitos con síndrome de transfusión feto-fetal. (Wolf L Veme 1988.)

1. Existencia de múltiples cavidades ocupando gran parte del parénquima cerebral.

2. Mectación no limitada a un solo territorio vascular.

3. Mectación bilateral más o menos simétrica.

4. Sustancia blanca siempre afectada, predominantemente o en igual grado que el córtex cerebral. (Wolf L Veme 1988.)

El cuadro clínico en los primeros días de vida es poco específico, oscilando desde unos signos neurológicos mínimos hasta síntomas severos de disfunción neurológica. (Wolf L Veme 1988.)

La evolución es hacia un retraso psicomotor con signos piramidales y con frecuencia convulsiones. La mortalidad es elevada durante el primer año de vida; en otros casos se produce un deterioro gradual o bien un estacionamiento en el desarrollo. (Wolf L Veme 1988.)

Dado el mal pronóstico de esta entidad hay que resaltar la importancia de un diagnóstico precoz, recomendándose la realización de la ecografía cerebral transfontanelar, sistemática, en todos los recién nacidos procedentes de gestaciones gemelares con un feto muerto intraútero o con un síndrome de transfusión fetofetal, para efectuar un diagnóstico, dar un pronóstico e iniciar una atención precoz. (Wolf L Veme 1988.)

2.17 PARÁLISIS CEREBRAL

Los gemelos tienen un mayor riesgo de muerte fetal e infantil que los niños que provienen de un embarazo no gemelar, particularmente los gemelos monocigóticos frente a los dicigóticos. Además, en estudios previos se ha establecido que, en embarazos gemelares en los que uno de los miembros muere durante la vida uterina, el feto superviviente sufre un mayor riesgo de morbilidad en forma de parálisis cerebral, retraso mental o malformaciones digestivas como atresias intestinales. Gracias a un estudio presentado en la revista Lancet, se ha podido cuantificar la magnitud de estos riesgos en el feto superviviente tras la muerte del hermano gemelo. (Wolf L Veme 1988.)

Tras la realización del ensayo se obtuvo que la probabilidad de que se produjera parálisis cerebral en el feto superviviente sea de uno de cada cinco casos (20%), siendo más relevante a la luz de otros estudios en los casos de fetos monocoriónicos. En los casos de gemelos monocigóticos, el riesgo de muerte intraútero de ambos o de uno de los fetos, así como de muerte del gemelo superviviente durante la infancia, se eleva. (Wolf L Veme 1988.)

En el caso de supervivencia del mismo, el riesgo de desarrollar retraso mental en la infancia es más alto que para la población general, ya sea como retraso global, del lenguaje o del aprendizaje. Como esto se aprecia particularmente en los fetos monocigóticos, se han implicado mecanismos circulatorios como la causa de estos trastornos, ya sea por alteraciones de la coagulación secundarias a la muerte de uno de los fetos o por el establecimiento de circulaciones entre los gemelos. (Wolf L Veme 1988.)

Los datos aportados por estos estudios han abierto el camino a una posible explicación a muchos casos de parálisis cerebral o retraso mental. Se postula que muchos niños con estas enfermedades podrían ser fruto de un embarazo gemelar con pérdida precoz no detectada de uno de los gemelos (feto evanescente) (Paneuf M. Cuidados de enfermería)

2.18 PREVALENCIA EN MÉXICO Y EN MICHOACÁN.

En la población en general, las probabilidades de embarazarse de múltiples antes de 1980 era tan solo un 3%. Luego de 1980 las estadísticas aumentaron a un 60%!!! Sin embargo, para un estudio que se hizo en el año 2001 por el Centro Nacional de Estadísticas de Salud, las posibilidades de embarazarse de múltiples son 30.1 de cada 1000 embarazos. (Obstetricia y ginecología 6ª edición. 2000)

Las estadísticas para los embarazos de más de dos bebés han tenido un aumento dramático en los últimos años. Se estima en un aumento de un 400% los embarazos de trillizos en los últimos 20 años. (Obstetricia y ginecología 6ª edición. 2000)

- Las probabilidades de embarazarse de trillizos de forma espontánea es de 1 en 8100.

- Las probabilidades de cuádruples espontáneos son de 1 en 729,000.
- Se estima que un 60% de los trillizos, 90% de los cuádruples y un 99% de los quíntuples y séxtuples son el resultado de tratamientos de fertilidad. (Obstetricia y ginecología 6ª edición. 2000)

2.19 ENFERMERÍA

La enfermería es el cuidado de la salud del ser humano. También recibe ese nombre la profesión que, fundamentada en dicha ciencia, se dedica básicamente al diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales o potenciales. El singular enfoque enfermero se centra en el estudio de la respuesta del individuo o del grupo a un problema de salud real o potencial, y, desde otra perspectiva, como complemento o suplencia de la necesidad de todo ser humano de cuidarse a sí mismo desde los puntos de vista bio-psicosocial y holístico. El pensamiento crítico enfermero tiene como base la fundamentación de preguntas y retos ante una situación compleja y el cómo actuar ante dicha situación. (Obstetricia y ginecología 6ª edición. 2000)

Es el sistema de la práctica de enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud. (Programa de actualización de enfermería materno infantil. 2003)

La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de

salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación. (Programa de actualización de enfermería materno infantil. 2003)

CONCEPTOS DE LA ENFERMERÍA

- Autocuidado
- Investigación en cuidados
- Metaparadigma de Enfermería
- Metodología de los cuidados enfermeros: Proceso de Atención de Enfermería
- Modelos y teorías de la Enfermería

Es la profesion en la cual además de curar enfermos se promociona salud y se previenen enfermedades. (Programa de actualización de enfermería materno infantil. 2003)

La enfermería también es una profesión de titulación universitaria que se dedica al cuidado integral del individuo, la familia y la comunidad en todas las etapas del ciclo vital y en sus procesos de desarrollo. En España y Colombia existe otra profesión dentro de la Enfermería cuyas funciones complementan la labor de los enfermeros: el titulado técnico en cuidados auxiliares de enfermería, más conocido como auxiliar de enfermería. (Programa de actualización de enfermería materno infantil. 2003).

2.20 ENFERMERÍA OBSTÉTRICA

Es la persona que se encarga del cuidado de la salud de las mujeres durante el embarazo, de la asistencia al parto y seguimiento del postparto, así como también de la regulación de la fecundidad (métodos anticonceptivos). Es un término derivado del latín que, a pesar de no tener forma masculina aceptada, es el más utilizado, y existen también los sinónimos comadrona y partera. Además de la asistencia a la mujer embarazada, son personas también capacitadas para prestar atención ginecológica a mujeres en general (por ejemplo, en la realización de citologías), en la asesoría en planificación familiar y en la atención durante la menopausia. (Océano centrun. Enciclopedia de enfermería)

Se trata de personal sanitario especializado en el seguimiento de los embarazos de bajo riesgo, la atención al parto y el cuidado de la embarazada durante el periodo de postparto. Apuestan por una asistencia no medicalizada, intentando que el parto sea lo más natural posible. Aunque la formación de la matrona también comprende la asistencia al parto en determinadas situaciones anormales, como los partos de nalgas (utilizando siempre técnicas no invasivas), están capacitadas para reconocer aquellas situaciones de riesgo donde es necesaria la intervención médica, siendo los gineco-obstetras los especialistas encargados de prestar la asistencia en tales situaciones. (Océano centrun. Enciclopedia de enfermería)

La función de la matrona se complementa con la del obstetra, al cual son derivadas las mujeres que necesitan cuidados que están más allá del ámbito de actuación de los matrones. Aunque en muchos sistemas de salud ambos profesionales trabajan en colaboración, hay zonas del mundo donde las matronas tradicionales (renombradas como “asistentes tradicionales al parto” por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otros grupos) son las únicas autorizadas para proveer cuidados a la mujer embarazada. (Océano centrun. Enciclopedia de enfermería)

De acuerdo con la Confederación Internacional de Matronas (una definición que también ha sido adoptada por la OMS y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia), se define de la siguiente forma: (Océano centrun. Enciclopedia de enfermería)

Una enfermera obstétrica es una persona que, habiendo sido admitida para seguir un programa educativo de obstetricia, debidamente reconocido por el Estado, ha terminado con éxito el ciclo de estudios prescritos en obstetricia y ha obtenido las calificaciones necesarias que le permitan inscribirse en los centros oficiales y/o ejercer legalmente la práctica de la obstetricia. (Océano centrun. Enciclopedia de enfermería)

La enfermera obstétrica está reconocida como el profesional del control, cuidados y consejos durante el embarazo, parto y el puerperio, dirigir los nacimientos y proporcionar cuidados al neonato y al lactante. Este cuidado incluye las medidas preventivas, la promoción de nacimiento normal, la detección de complicaciones en la madre y niño, el acceso a cuidado médico u otra asistencia adecuada y la ejecución de medidas de emergencia. (Océano centrun. Enciclopedia de enfermería)

La enfermera obstétrica participa activamente en el asesoramiento y la educación para la salud, no sólo para la mujer, sino también en el seno de sus familias y de la comunidad. Este trabajo debe incluir la educación prenatal y preparación para la maternidad y puede extenderse a la salud de mujeres, la salud sexual o reproductiva, y el cuidado de los niños. (Océano centrun. Enciclopedia de enfermería)

Una enfermera obstétrica puede ejercer en cualquier emplazamiento, incluyendo la casa, la comunidad, los hospitales, las clínicas o las unidades de salud. (Océano centrun. Enciclopedia de enfermería)

Esta definición levanta controversias y no todo el mundo está de acuerdo con la exclusión de las matronas tradicionales, quienes son las únicas capaces de asistir a las mujeres durante el parto en los países en desarrollo. (Océano centrun. Enciclopedia de enfermería)

Básicamente desde un punto de vista la enfermera obstétrica o también conocida como "Partera" realizan el mismo trabajo con las diferencias de que la Partera es más tradicional y la Gineco obstetra está más evolucionada y ésta está preparada para cualquier complicación durante y después del parto. (Océano centrun. Enciclopedia de enfermería)

2.21 TEORÍA DE LA ENFERMERÍA SELECCIONADA PARA ÉSTE ESTUDIO

Los modelos y teorías de la Enfermería pretenden describir, establecer y examinar los fenómenos que conforman la práctica de la Enfermería. Se asume por la disciplina que para poder determinar que existe una teoría enfermera ésta debe contener los elementos del metaparadigma de enfermería. Cada disciplina hace suyos los términos relacionados con la teoría y su desarrollo con el fin de dotarla de un cuerpo de conocimientos que le permitan orientar el ejercicio de la disciplina. En la Enfermería se contemplan los siguientes términos: (Océano centrun. Enciclopedia de enfermería)

- Teoría. Consiste en un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que nos permiten una visión sistemática de los fenómenos, estableciendo para ello las relaciones específicas entre los conceptos a fin de escribir, explicar, predecir y/o controlar dichos fenómenos. La utilidad de la teoría para la enfermería radica en que le permite aumentar los conocimientos sobre su propia disciplina, al utilizar de manera sistemática un método de trabajo. (Océano centrun. Enciclopedia de enfermería)

- Modelo. Se trata de la representación simbólica de la realidad. Los modelos se desarrollan usando conceptos relacionados que aún no han progresado hacia una teoría. El modelo sirve como eslabón en el desarrollo de una teoría. Los modelos de enfermería son, pues, representaciones de la realidad de la práctica de enfermería. (Océano centrun. Enciclopedia de enfermería)

2.21.1 Modelos conceptuales

La enfermería como profesión existe desde que Florence Nightingale, a mediados del siglo XIX, expresó la firme convicción de que la enfermería requería un conocimiento diferente al conocimiento médico. Describió lo que para ella era la función propia de enfermería: (Océano centrun. Enciclopedia de enfermería)

Poner al paciente en las mejores condiciones para que la Naturaleza actúe sobre él; definió los conceptos de salud y enfermedad en relación con la enfermería, el objetivo de los cuidados de enfermería y su praxis. (Océano centrun. Enciclopedia de enfermería)

Es a partir de la década de los años 50 del siglo XX cuando los profesionales de enfermería comienzan a desarrollar los modelos conceptuales. Éstos pueden clasificarse según su centro de interés principal. Representan diferentes puntos de vista y explicaciones sobre la naturaleza de los objetivos y los métodos de enfermería, porque parten de teorías distintas sobre las persona. Se pueden hacer tres tipos de planteamientos para desarrollar la teoría de enfermería: (Océano centrun. Enciclopedia de enfermería)

- Usar el marco conceptual de otras disciplinas aplicándolo a la enfermería. Pero hay teorías difícilmente aplicables a la enfermería.
- Usar un planteamiento inductivo, es decir, a través de la observación llegar a teorías que expliquen los temas importantes de la enfermería.

- Usar un planteamiento deductivo. Buscar la compatibilidad de una teoría general de enfermería con varios aspectos de ella.

1. Genera conocimientos que facilitan mejorar la práctica. En pocas palabras la enfermería es 100 por ciento prácticas de qué sirve la teoría si no sabes lo que es la práctica.

2. Organiza la información en sistemas lógicos.

3. Descubre lagunas de conocimientos en el campo específico del estudio.

4. Descubre el fundamento para la recogida de datos, fiable y veraz, sobre el estado de salud de los clientes, los cuales son esenciales para que la decisión y su cumplimiento sean efectivos.

5. Aporta una medida para evaluar la efectividad de los cuidados de enfermería.

6. Desarrolla una manera organizada de estudiar la enfermería.

7. Guía la investigación en la enfermería para ampliar los conocimientos de la misma.

2. La implantación de un marco o modelo conceptual es una forma de enfocar una disciplina de manera inequívoca, que incluye un lenguaje común comunicable a otros. La diferencia entre modelo conceptual y teoría es el nivel de abstracción. Un modelo conceptual es un sistema abstracto de conceptos relacionados entre sí. Una teoría está basada en un modelo conceptual, pero está más limitada en el ámbito, contiene más conceptos concretos con definiciones y explicaciones detalladas de las premisas o hipótesis. Wharley y Wong. Enfermería pediátrica. Cuarta edición

Todavía se siguen desarrollando las teorías de enfermería, y cada una recibe el nombre de la persona o grupo que la han desarrollado, reflejando sus ideas.

2.21.2 Tipos de modelos

Cada autor agrupa los modelos de acuerdo a su propio criterio. Suele basarse en el rol que la enfermería desempeña a la hora de prestar cuidados. Así, podemos dividirlos en:

- Modelos naturalistas.
- Modelos de suplencia o ayuda.
- Modelos de interrelación.

MODELOS DE INTERRELACIÓN

1. En estos modelos el rol de la enfermera consiste en fomentar la adaptación de la persona en un entorno cambiante, fomentando la relación bien sea interpersonal (enfermera-paciente) o las relaciones del paciente con su ambiente. Wharley y Wong. Enfermería pediátrica. Cuarta edición

2. Los modelos más representativos son los de Hildegarde Peplau, Callista Roy, Martha Rogers y Mira Levine. (Manual de enfermería segunda edición.)

2.22 MODELO DE CALLISTA ROY

Bases teóricas

- Modelo de interrelación.
- Teoría de la adaptación de Helson.

- Teoría general de sistemas.

PRESUNCIONES Y VALORES

El ser humano es un ser biopsicosocial en interacción constante con el entorno. Esta interacción se lleva a cabo por medio de la adaptación que, para Roy, consiste en la adaptación de las 4 esferas de la vida: (Manual Merck de información medico en general)

- Área fisiológica. Circulación, temperatura, oxígeno, líquidos, sueño, actividad, alimentación y eliminación.
- Área de autoimagen. La imagen que uno tiene de sí mismo.
- Área de dominio del rol. Los diferentes papeles que un ser humano cumple a lo largo de su vida.
- Área de independencia. Interacciones positivas con su entorno, en este caso, las personas con las que intercambia influencias que le procuran un equilibrio de su autoimagen y dominio de roles.

El ser humano, a su vez, se halla en un determinado punto de lo que denomina la trayectoria salud-enfermedad. Este punto puede estar más cercano a la salud o a la enfermedad en virtud de la capacidad de cada individuo para responder a los estímulos que recibe de su entorno. Si responde positivamente, adaptándose, se acercará al estado de salud, en caso contrario, enfermará. (Manual Merck de información medico en general)

La salud es un estado y un proceso de ser y llega a ser integrado y global. Esta se puede ver modificada por los estímulos del medio, que para Callista son:

- Estímulos focales. Cambios precipitados a los que se ha de hacer frente. Por ejemplo, un proceso gripal.
- Estímulos contextuales. Todos aquellos que están presentes en el proceso. Por ejemplo, temperatura ambiente.
- Estímulos residuales. Son los valores y creencias procedentes de experiencias pasadas, que pueden tener influencia en la situación presente. Por ejemplo, abrigo, tratamientos caseros.

Funciones de enfermería

Para Callista Roy son promover las acciones que hagan posible la adaptación del ser humano en las 4 esferas, tanto en la salud como en la enfermedad, a través del cuerpo de los conocimientos científicos de la enfermería. (Proenfermería. Programa de actualización de enfermería materno infantil. Editorial medica panamericana.2003)

2.23 COMPLICACIONES MATERNAS

Tanto la hipertensión gestacional no proteinúrica como la pre-eclampsia son más comunes en los embarazos múltiples, con una incidencia entre 15 y 20%. Se desarrollan más temprano y tienden a tener mayor severidad, con aumento de la frecuencia del síndrome HELLP. La diabetes gestacional es más común y su diagnóstico y manejo se realiza de igual manera que en los embarazos únicos. (Manual Merck de información medico en general)

Anemia: durante el embarazo aumentan tanto la masa de eritrocitos como el volumen plasmático; sin embargo, el incremento de este último es proporcionalmente mayor, por lo que se presenta la anemia dilucional, que es más

pronunciada y ocurre desde el primer trimestre, a pesar de existir adecuadas reservas de hierro. (Manual Merck de información medico en general)

Trabajo de parto y parto prematuro: dado que se presentan más frecuentemente que en el embarazo único, estas pacientes requieren más hospitalizaciones y estudios en un intento por disminuirlos, así como todas las complicaciones que los acompañan. El acortamiento cervical medido por ecografía transvaginal identifica algunos embarazos múltiples con riesgo de parto pretérmino, pero el valor predictivo positivo de este indicador es bajo; cuando el cérvix mide más de 25 mm existe poca posibilidad de parto en los siguientes siete días. El aumento de la fibronectina fetal medida en secreción cervico-vaginal es un buen predictor de parto pretérmino, pero no está disponible en nuestro medio. (Manual Merck de información medico en general)

Ruptura prematura de membranas: es más frecuente en estos embarazos (7 a 10%), que en los únicos (2-4%). Se maneja en forma expectante, pero el trabajo de parto se inicia más temprano; 50 % tienen el parto en las primeras 48 horas y más del 90% en los primeros 7 días. Las complicaciones durante el trabajo de parto y el parto incluyen la disfunción contráctil del útero, las presentaciones anormales, el prolapso de cordón, el abruptio placentae y la hemorragia posparto. (Manual Merck de información medico en general)

Diagnóstico

La ecografía durante el primer trimestre de la gestación es fundamental todos los embarazos, entre otras razones para el diagnóstico del gemelar, muchas pacientes ingresan tardíamente al control prenatal o no se realizan ecografía, entonces la clínica cobra importancia para hacer el diagnóstico. Hay sospecha cuando se observa un crecimiento uterino mayor que el esperado para las semanas de gestación calculadas por amenorrea confiable, y cuando se identifican factores de riesgo para embarazo gemelar. Es frecuente además que

estas pacientes presenten más náuseas y vómito que aquellas con embarazo único. A finales del primer trimestre pueden ser escuchadas dos fetocardias con frecuencia diferente con un equipo de ultrasonido Doppler, y a partir de las 20 semanas se pueden escuchar las dos fetocardias con estetoscopio. La identificación de embarazo gemelar por palpación abdominal se hace en el tercer trimestre, identificando las cabezas y los dorsos fetales. En la segunda mitad del embarazo la altura uterina tiene 4-5 cm más que la esperada para embarazos únicos de la misma edad gestacional.

La ecografía es fundamental en la evaluación del embarazo gemelar, para confirmarlo, determinar el número de fetos, la corionicidad, detectar las anomalías en el crecimiento de ellos, malformaciones, identificar complicaciones propias de los embarazos gemelares y evaluar el bienestar fetal por medio del perfil biofísico y el Doppler de la circulación fetal. (Wolf L Veme. Curso de enfermería moderna. Editorial Hcala 1988)

Es importante la ecografía temprana, porque después del primer trimestre es más difícil determinar la corionicidad. (Manual Merck de información médico en general)

Manejo

Debido a las múltiples complicaciones que ocurren, el embarazo múltiple se considera de alto riesgo y debe ser manejado por personal de salud con el entrenamiento y los recursos adecuados. Una vez hecho el diagnóstico en el primer nivel de atención, debe remitirse la paciente a consulta prenatal de alto riesgo. Se le deben indicar a la paciente los signos de alarma que anuncian complicaciones, para que consulte oportunamente en caso de presentarlos. Dado que la anemia es más frecuente en estas pacientes y además tienen mayor riesgo de sangrado ante-parto y posparto, es indispensable un adecuado suplemento de hierro y ácido fólico durante toda la gestación, administrando 60 a 100 mg diarios

de hierro elemental y 1 mg diario de ácido fólico. Los requerimientos nutricionales también aumentan en 300 kilocalorías diarias.

Ninguna intervención ha demostrado ser eficaz para disminuir la frecuencia del parto pretérmino, incluyendo el cerclaje, la tocolisis profiláctica o el reposo en cama. Sin embargo las recomendaciones de disminuir la actividad física y el trabajo pesado parecen ser benéficas para disminuir el riesgo de parto prematuro. Teniendo en cuenta que la combinación de tocolisis, esteroides y el reemplazo hídrico en una embarazada con un mayor volumen sanguíneo aumenta el riesgo de edema pulmonar, se prefiere el uso del sulfato de magnesio para útero inhibir durante la administración de esteroides y mientras se logra la ubicación de la madre en un nivel de atención adecuado. (Wolf L Veme. Curso de enfermería moderna. Editorial Hcala 1988)

El uso de esteroides para inducir la maduración pulmonar fetal es igual que en el embarazo único con riesgo de parto pretérmino entre las 24 y 34 semanas de gestación. (Wolf L Veme. Curso de enfermería moderna. Editorial Hcala 1988)

En el control del embarazo gemelar se requiere la evaluación ecográfica repetida cada 3 ó 4 semanas desde mediados del embarazo hasta el parto, con el objetivo de vigilar el crecimiento fetal y detectar complicaciones. (Wolf L Veme. Curso de enfermería moderna. Editorial Hcala 1988)

Si se diagnostica crecimiento gemelar discordante o RCIU el seguimiento ecográfico se hará cada dos semanas y se harán pruebas de bienestar fetal más frecuentemente. La RCIU predice mejor un pobre resultado perinatal que la discordancia sin RCIU. (Wolf L Veme. Curso de enfermería moderna. Editorial Hcala 1988)

La vigilancia con monitoreo electrónico y perfil biofísico fetal semanal para todos los embarazos gemelares es una práctica usual aunque no ha sido validada

en estudios prospectivos, sin embargo en gemelares complicados es necesario emplear los diferentes exámenes disponibles para evaluar el bienestar fetal.

Los embarazos gemelares sin complicaciones no deberán prolongarse más allá de las 39 semanas de gestación porque a partir de ese momento aumenta la mortalidad perinatal; la edad óptima de terminación es entre las 37 y 38 semanas. En los embarazos gemelares complicados, éstas son las que dictan el momento de terminar el embarazo sopesando riesgo/beneficio en la madre y en los fetos. (Wolf L Veme. Curso de enfermería moderna. Editorial Hcala 1988)

En nuestro medio es común la cesárea en el nacimiento de gemelos, sin embargo la vía del parto puede ser vaginal dependiendo de varios factores, entre ellos la presentación y el peso de los fetos. Se requiere por tanto una ecografía cercana al parto (en los últimos 14 días) para tener datos más aproximados y determinarla. Las presentaciones diferentes a cefálica-cefálica son inestables antes y durante el trabajo de parto. En la elección de la vía de éste también intervienen la experiencia y habilidad del especialista encargado. Cuando ambos fetos están en presentación cefálica la vía de elección del parto es vaginal; la cesárea no ha demostrado mejorar el resultado neonatal en estos casos. Cuando el primer gemelo no está en cefálica, la vía de elección del parto es la cesárea. Cuando el primer gemelo está en cefálica y el segundo en podálica, existe controversia respecto a la vía del parto; en nuestro medio es más frecuente la cesárea, pero hay posibilidad del parto vaginal cuando el peso estimado fetal es mayor a 1500 gramos y el obstetra tiene suficiente experiencia. (Wolf L Veme. Curso de enfermería moderna. Editorial Hcala 1988)

Para el nacimiento de gemelares se requiere disponer de un equipo humano entrenado compuesto por obstetra, anestesiólogo y pediatra, y de componentes sanguíneos. Para la anestesia epidural, ya sea analgésica o anestésica, la paciente debe permanecer en la posición de decúbito lateral izquierdo. Debe recibir entre 60-120 ml/hora de líquidos endovenosos. En caso de

parto vaginal se recomienda disponer de monitoreo electrónico fetal intraparto; al nacer el primer gemelo se deja pinzado el cordón y se debe evaluar inmediatamente la presentación del segundo: si está en cefálica o podálica y está encajado, se realiza presión en el fondo uterino y se rompen las membranas, se verifica que no haya prolapso de cordón y se vigila la fetocardia; el nacimiento deberá ocurrir en los siguientes treinta minutos, y sólo se permite prolongar este intervalo si el monitoreo electrónico muestra un patrón normal y no hay sangrado excesivo. En ocasiones el segundo gemelo debe ser extraído por cesárea. (Wolf L Veme. Curso de enfermería moderna. Editorial Hcala 1988)

2.23 CUIDADOS PRENATALES

Los cuidados prenatales consisten en una serie de consultas que debe de seguir la mujer embarazada a lo largo de todo su embarazo.

Cuando una mujer visita al médico u otro profesional de la salud antes de quedar embarazada, se le pueden aplicar algunas vacunas necesarias, como la de la rubéola. También puede empezar a tomar multivitaminas prenatales que contengan ácido fólico. Si es necesario, se pueden se puede realizar investigación genética para determinar si el riesgo de la pareja para tener hijos con trastornos genético hereditario es mayor (Wolf L Veme. Curso de enfermería moderna. Editorial Hcala 1988)

El objetivo del cuidado prenatal es monitorear la salud de la madre y del feto durante el embarazo e identificar algún dato anormal que perjudique la buena evolución del embarazo asegurando en lo posible un embarazo normal y que finalice con una mamá y un bebé sanos

Es importante visitar al médico tan pronto como sospeche que se encuentre embarazada. Durante cada visita el médico le hará un examen físico que incluirá: peso, extremidades (para detectar retención de líquidos), presión arterial, altura

uterina. Además chequeará la posición del feto y los latidos de su corazón. Todos estos aspectos van a ser seguidos muy de cerca durante todo su embarazo.

La mujer embarazada debe de consumir ácido fólico tres meses antes de embarazarse y tres durante el embarazo el cual ayuda en el crecimiento de las células y en la producción del ADN. Esta vitamina es especialmente necesaria en la etapa de crecimiento, en la adolescencia y durante el embarazo. La vitamina B9 o ácido fólico juega un papel fundamental en el proceso de la multiplicación celular, por lo tanto, es muy necesaria durante la gestación porque se precisa para la producción de tejidos y para la formación de los órganos del embrión y del feto. Y a partir de las 10 semanas de gestación se le debe de dar vitaminas, minerales, ácidos Omega 3

Su médico también podría aconsejar otros exámenes como: Ultrasonido y monitoreo de los latidos fetales. (Manual Merck de información medico en general)

Examen físico completo y obstétrico consta de:

Recordando que la exploración física es cefalocaudal. Mediante la observación del aspecto general evaluaremos aspectos emocionales, conductuales, estado de aseo personal, contextura corporal y relación peso – talla. (Enfermería materno infantil. tercera edición Madrid 1999)

Control de peso y talla: se mide para valorar un aumento secuencial total; y así controlar alguna pérdida ponderal o un aumento excesivo. (Enfermería materno infantil. tercera edición Madrid 1999)

Signos vitales: estos de gran importancia principalmente la tensión arterial elevada (hipertensión), ya que puede ser un signo para determinar una patología como lo es la "pre –eclampsia", causante de mortalidad materno –fetal. (Enfermería materno infantil. tercera edición Madrid 1999)

El examen clínico obstétrico consta de:

Inspección y palpación de las mamas. Observación del abdomen por palpación, medición y auscultación Visualización externa de la pelvis, maniobras internas y externas. (Enfermería materno infantil. tercera edición Madrid 1999)

Examen de mamas: se palpara las mamas en busca de anomalías que puedan afectar a la futura lactancia. (Enfermería materno infantil. tercera edición Madrid 1999)

Registro de altura uterina: este permite conocer si el crecimiento es o no adecuado. La cinta métrica se ha utilizado tradicionalmente para registrar la distancia desde la sínfisis del pubis hasta la parte más prominente del fondo uterino. Se acepta que después del primer mes de embarazo, cuando el útero aun no es palpable por encima del pubis, el crecimiento uterino es de u 1 cm. semanal al final puede variar entre 32-34 cm. (Enfermería materno infantil. tercera edición Madrid 1999)

Palpación abdominal: en cada visita prenatal, se debe efectuar la palpación del abdomen materno para descartar anomalías que pueden ocurrir en cualquier momento del embarazo. Después de las 32 semanas es de mucho valor efectuar las maniobras clásicas de Leopold. Este procedimiento también se debe realizar de forma rutinaria cuando las gestantes ingresan en trabajo de parto. Para las tres primeras maniobras el examinador se sitúa a un lado de la mujer y mirando su cara. Para la cuarta mirando hacia los pies de la gestante. Esta debe encontrarse en posición eréctil y cómoda, para así facilitar la realización de las maniobras. (Enfermería materno infantil. tercera edición Madrid 1999)

Primera maniobra.- Objetivo: averiguar cuál es la estructura fetal que se encuentra en el fondo uterino.

Se coloca ambas manos sobre la parte superior y más prominente del útero y se determina por la palpación suave si la estructura que se encuentra es dura, lisa y redonda, en cuyo caso se debe pensar que es la cabeza. Por lo contrario si lo que se palpa es blando e irregular, son las nalgas del feto. (Enfermería materno infantil. tercera edición Madrid 1999)

Segunda maniobra.- Objetivo: lo que se quiere determinar es el dorso del feto.

Ambas manos se colocaran a los lados del vientre materno y palpan el útero para apreciar si su superficie es convexa y dura, en cuyo caso se trata de la columna o si por lo contrario la estructura es blanda, irregular y pequeña, se refiere a las extremidades del feto. (Enfermería materno infantil. tercera edición Madrid 1999)

Tercera maniobra.- Objetivo: con ella se averiguara cual es la estructura fetal que se encuentra en el segmento uterino inferior. (Enfermería materno infantil. tercera edición Madrid 1999)

Se coloca una mano en la parte inferior del abdomen y si lo que se toca es blando, duro, liso o irregular, se debe pensar que en dicho lugar se encuentra una estructura contraria a la que se encontró en el fondo. (Enfermería materno infantil. tercera edición Madrid 1999)

Cuarta maniobra.- Objetivo: Se trata de apreciar el grado de encajamiento y actitud de la cabeza para determinar la prominencia cefálica. (Enfermería materno infantil. tercera edición Madrid 1999)

El examinador coloca sus manos en la parte inferior del útero y ejerce presión hacia la pelvis. Una de sus manos avanza más que la otra y el occipucio

se encuentra hacia dicho lado. Esta maniobra solo se puede realizar si la cabeza se encuentra encajada. (Enfermería materno infantil. tercera edición Madrid 1999)

2.24 HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD

Ubicada en la calle Zaragoza #266. Desde este primer momento se puso bajo la advocación y protección de la Virgen de “Nuestra Señora de la Salud” y así recibió el nombre de “Sanatorio de Nuestra Señora de la Salud” poco a poco se fue haciendo más grande por la demanda del servicio hasta que tomó el nombre de: Hospital de Nuestra Señora de la Salud”.

ACTUALMENTE:

- Bachillerato tecnológico en Enfermería General
I, II, III, IV Generación
67 Enfermeras Licenciadas
Egresadas y Tituladas.

- Licenciatura en Enfermería y Obstetricia
I, II, III, IV Generación
67 Enfermeras Licenciadas
Egresadas y Tituladas.

- Sistema de universidad Abierta
I, II Generación
40 Enfermeras
Licenciadas Egresadas.

En 1977 siendo Director Medico el Dr. Morelos Valdés nombra jefes de servicio quedando esta directiva como sigue:

1. Dr. Rafael Morelos Valdés: Director y jefe de servicio de medicina interna.
2. Dr. Jaime Murillo Delgado: subdirector y jefe del servicio gineco-obstetricia.
3. Dr. Francisco Rivadeneyra H. jefe del servicio de cirugía.
4. Dr. Fabio torres Ortega: jefe de servicio de neuropsiquiatría.
5. Dr. Nefthalif Pimentel: jefe del servicio de traumatología y ortopedia.
6. Dr. Daniel Calderón Cisneros: jefe de servicio de anestesiología.
7. Dr. Luis Felipe Maciel: jefe del servicio de consulta externa.
8. Dr. Juan Abraham Bermúdez: jefe del servicio de enseñanza.

Y así continua la vida de nuestro hospital aumentando servicios como: neurocirugía hombres y mujeres, electroencefalografía, medicina celular, laboratorio clínico, departamento de hemodiálisis, terapia intensiva neonatal, terapia intensiva de adultos, departamento de trabajo social, farmacia de atención al público, departamento de método de Billings entre otros.

Muchos han sido los médicos que han pasado por este hospital, en las últimas dos décadas algunos colaboradores en puestos administrativos como es; el Dr. Jaime Murillo Delgado como director médico en dos periodos, y el Dr. Francisco Preciado González durante dos periodos y como jefe de enseñanza, y el Dr. Rafael García Morales, quien deja la dirección en manos del Dr. Guillermo Tena Morales, actual director médico que le ha tocado vivir todo tipo de situaciones adversas pero que ha sabido sortear atinadamente, debemos hacer resaltar que el hospital siempre se ha distinguido por el alto nivel de enseñanza tanto para las alumnas de la escuela de enfermería como para los alumnos de la

facultad de medicina, internos y residentes los cuales durante su estancia identifican la especialidad a la que ingresan y algunos de ellos regresan a colaborar en la atención a los pacientes dando sus conocimientos y experiencias a las nuevas generaciones de médicos, sería muy largo nombrar a todos y omitiría sin querer algunos sin embargo quiero en este día mencionar a médicos que siguen los pasos de los eminentes médicos fundadores de este hospital.

- En cirugía el Dr. Tito Medina Cervantes con autorización definitiva de la UNAM como maestro de la escuela
- En Gineco-obstetricia el Dr. Rafael Solís Hernández que en unos días más cumple 25 años de atender a las mujeres con problemas gineco-obstétricos.
- Medicina Interna el Dr. Francisco Javier Morales Borja y en otro momento ocupó la dirección de enseñanza médica
- Pediatría el Dr. Juan Melo Pedraza actual jefe de enseñanza
- Terapia Intensiva el Dr. Rafael García Morales y autorización definitiva de la UNAM como maestro de la escuela, y el Dr. Jaime Gutiérrez Farías
- Psiquiatría el Dr. Carlos Bedolla Zavala y el Dr. Carlos Rodríguez con autorización definitiva de la UNAM como maestro de la escuela
- Traumatología y Ortopedia el Dr. Juan Manuel Escobar
- Anestesiología el Dr. Alejandro Velázquez Contreras y Manuel Munguía Viveros
- Radio Diagnóstico el Dr. Alvarado, Miguel Ángel y Marco Antonio Arceo García

Mientras esto sucedía en la escuela, en el hospital de igual manera fue necesario hacer restauraciones de áreas físicas agregando los siguientes servicios:

- ✓ Hemodiálisis.
- ✓ Construyen los consultorios pediátricos.
- ✓ Remodelación de las habitaciones de los servicios privados.
- ✓ Se cambian las maquinas del servicio de lavandería.
- ✓ Se remodela la Consulta Externa.
- ✓ Se construyen las instalaciones del laboratorio clínico.
- ✓ Se reubican las farmacias, tanto interna como la de servicio al público.
- ✓ Se acepta el departamento de trabajo social.
- ✓ Se hace remodelación de las salas generales de gineco-obstetricia.
- ✓ Remodelación de la sala de UCIN.
- ✓ Se amplió el departamento de contenedores de oxígeno.
- ✓ Se remodela totalmente el área administrativa.
- ✓ Se construye el departamento de enfermería, supervisión y vestidor de enfermeras.

Todo esto se hace para llenar los requisitos de pre certificación ya que en el momento actual se inician las obras para condicionar las áreas quirúrgicas.

Agradecemos a todas las personas que de una u otra forma ha cooperado a mantener la buena marcha del hospital y augurándonos muchos años más de servicio. (L.E.O. Martha Alcaraz Ortega s/f)

CAPÍTULO III

ALCANCE Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO III ALCANCE Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

Se realizó este estudio con un enfoque cuantitativo hipotético deductivo y con un alcance descriptivo con tendencia predictiva y aplicación transversal para poder describir Qué nivel de conocimiento tienen las enfermeras sobre los cuidados en el embarazo gemelar monocigótico en el HNSS en junio del 2012

Se tomó como punto de partida las ciencias sociales y se fue bajando el plano de análisis a través de la medicina, la obstetricia, la enfermería, etc., hasta llegar A LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA PARA embarazo gemelar monocigótico

Con todo lo anterior se construyó la hipótesis desarrollada en el siguiente capítulo, (lo que define la tendencia predictiva del alcance de la investigación), donde se establecen sus variables y dimensiones y con base en éstas se construyeron los cuestionarios que sirven para la descripción de las características concluyentes del sujeto de investigación. La medición y recolección del fenómeno se hizo en una sola aplicación en un momento determinado del tiempo.

Esto es, se partió de lo general a lo particular con una aplicación transversal, y, con base en la hipótesis, mediante la recolección, medición y evaluación de los datos se describe la conclusión de la investigación.

CAPÍTULO IV

HIPÓTESIS

CAPITULO IV HIPÓTESIS

4.1 DESCRIPCIÓN DE LA HIPÓTESIS

El nivel de conocimiento que tienen las enfermeras sobre los cuidados en el embarazo gemelar monocigótico en el HNSS es de un 20%

4.2 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

Nivel de conocimiento de la enfermera

Embarazo gemelar monocigótico

4.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Transformación de la hipótesis en instrumentos de medición

Variable	Definición de la variable o dimensión	Operacionalización de la variable (instrumento de medición)	Que se va a medir
Embarazo gemelar monocigótico	fertilización de un óvulo por un espermatozoide que se divide, el cual es denominado embarazo monocigótico	Cuestionario	fertilización, ovulo, espermatozoide, monocigotico
Nivel de conocimiento de cuidados de enfermería	discernimiento sobre estados del entorno deseados adquiridos por una persona a través de la experiencia	Cuestionario	Discernimiento, entorno, persona

Variable	Definición de la variable o dimensión	Operacionalización de la variable (instrumento de medición)	Que se va a medir
cuidados enfermeriles	Vigilancia por el bienestar de alguien o por el funcionamiento de una cosa:	Cuestionario	Bienestar funcionamiento
Entorno	Ambiente, lo que rodea a alguien o algo	cuestionario	Ambiente
Persona	es definida como un ser racional y consciente de sí mismo	cuestionario	Racional, si mismo
Ambiente	Condiciones o circunstancias físicas, humanas, sociales, culturales, que rodean a las personas.	cuestionario	Condiciones circunstancias

4.4 CONSTRUCCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

1) Sabe usted que es el embarazo gemelar monocigótico

- a. Si
- b. No

2) Sabe cuáles son los cuidados que se deben de dar a una mujer que presenta embarazo múltiple

- a) Si
- b) No
- c) Algunos

3) En el primer trimestre: sabe usted con qué frecuencia debe de acudir a consulta la mujer embarazada de productos múltiples

- a) 2 veces al mes
- b) Cada mes
- c) Una vez a la semana

4) Sabe usted la cantidad de calorías que debe de consumir la embarazada de productos gemelar

- a) 2000 cal
- b) 2500 cal

c) 3000 cal

5) Sabe usted cuales son las principales complicaciones en niños con bajo peso al nacer

a) Si

b) No

c) Algunos

6) Sabe cuáles son los principales factores de riesgo para presentar un embarazo múltiple

a) Si

b) No

c) Algunos

7) Se considera el embarazo múltiple un estado de alto riesgo

a) Si

b) No

c) Algunas veces

8) Sabe usted que es necesario para saber si el crecimiento abdominal es o no adecuado a las distintas semanas de gestación

a) Si

b) No

c) Algunos

9) Sabe usted cuantas maniobras debe de realizar para saber la posición de los fetos

a) Si

b) No

10) Sabe usted que la encefalomalacia multiquística puede ser secundaria a distintas agresiones sobre el sistema nervioso central

a) Si

b) No

11) Sabe usted cual es el primer estudio de diagnóstico que se le debe de hacer a una embarazada con gestas múltiples

a) Si

b) No

12) Sabe usted como se debe de tratar a la mujer con gestas múltiples

a) Si

b) No

13) Sabía usted que las mujeres que presentan embarazo gemelar monocigótico tienden a presentar con mayor incidencia abortos

a) Si

b) No

14) Sabe usted a que tan prematuro puede ser el trabajo de parto en la embarazada gemelar

a) Si

b) No

15) Sabe usted cual es la principal complicación a la hora parto

a) Prolapso del cordón

b) Incontractilidad del útero

c) Hemorragia postparto

CAPÍTULO V

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

CAPÍTULO V DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Esta investigación es no experimental descriptiva transeccional y el plan de acción del diseño de la investigación está encaminado a determinar si la hipótesis El nivel de conocimiento que tienen las enfermeras sobre los cuidados en el embarazo gemelar monocigótico en el HNSS es de un 20% es falsa o verdadera,

Para fines de esta investigación se tomó como población a las (conocimientos de enfermería) del Hospital de Nuestra Señora de la Salud de la ciudad de Morelia.

Se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia y se estableció arbitrariamente el tamaño de la muestra de 30 individuos.

Como instrumento de medición se construyó un cuestionario de 15 preguntas cerradas.

En la operacionalización de la hipótesis se muestra la secuencia de construcción del cuestionario

Se realizó la prueba piloto a 5 alumnas del cuarto año de la licenciatura de la Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud de la ciudad de Morelia.

Para la recolección de datos el cuestionario se aplicó a las enfermeras que laboran el hospital de la salud. El proceso de construcción del cuestionario, empieza con el establecimiento de la pregunta y el objetivo de investigación, para con base en sus conceptos principales determinar la construcción y estructura del marco teórico, para después dar la respuesta a la pregunta de investigación en forma de hipótesis, mediante la determinación de sus variables y dimensiones

para su operacionalización, asegura que la construcción del instrumento de medición es confiable.

Para ordenar los datos y luego poder analizarlos, los resultados del cuestionario se vaciaron en una base de datos de Excel y se construyeron tablas con matrices de datos y gráficas para su estudio, describiendo las conclusiones por cada pregunta del cuestionario.

Con base en éste análisis de los datos, se construyó el capítulo VI.

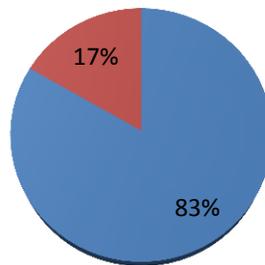
CAPÍTULO VI

RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

CAPITULO VI RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

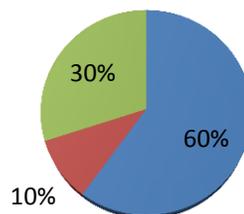
1) Sabe usted que es el embarazo gemelar monocigótico

■ a) si ■ b) no



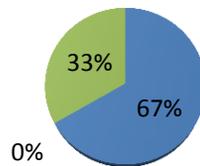
2) Sabe cuáles son los cuidados que se deben de dar a una mujer que presenta embarazo múltiple

■ a) si ■ b) no ■ c) algunos



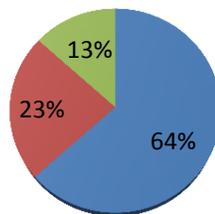
3) En el primer trimestre: sabe usted con qué frecuencia debe de acudir a consulta la mujer embarazada de productos múltiples

■ a) 2 veces al mes ■ b) cada mes ■ c) una vez a la semana



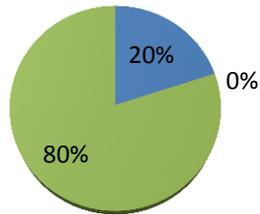
4) Sabe usted la cantidad de calorías que debe de consumir la embarazada de productos gemelar

■ a) 2000 cal ■ b) 2500 cal ■ c) 3000 cal



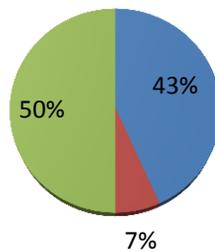
5) Sabe usted cuales son las principales complicaciones en niños con bajo peso al nacer

■ a) si ■ b) no ■ c) algunos



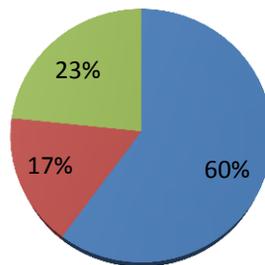
6) Sabe cuáles son los principales factores de riesgo para presentar un embarazo múltiple

■ a) si ■ b) no ■ c) algunos



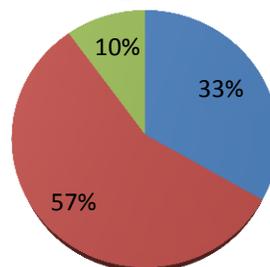
7) Se considera el embarazo múltiple un estado de alto riesgo

■ a) si ■ b) no ■ c) algunas veces



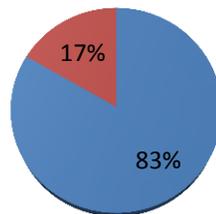
8) Sabe usted que es necesario para saber si el crecimiento abdominal es o no adecuado a las distintas semanas de gestación

■ a) si ■ b) no ■ c) algunos



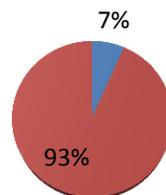
9) Sabe usted cuantas maniobras debe de realizar para saber la posición de los fetos

■ a) si ■ b) no



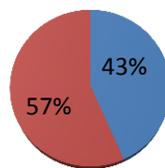
10) Sabe usted que la encefalomalacia multiquística puede ser secundaria a distintas agresiones sobre el sistema nervioso central

■ a) si ■ b) no



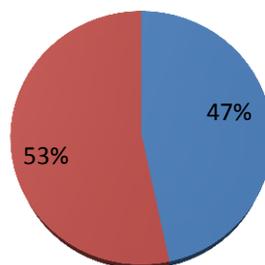
11) Sabe usted cual es el primer estudio de diagnostico que se le debe de hacer a una embarazada con gestas multiples

■ si ■ no



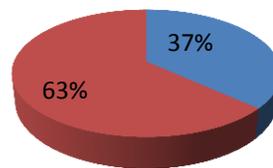
12) Sabe usted como se debe de tratar a la mujer con gestas múltiples

■ a) si ■ b) no



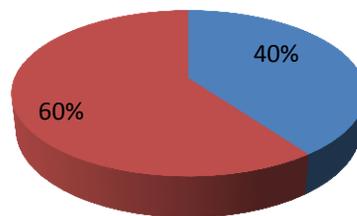
13) Sabía usted que las mujeres que presentan embarazo gemelar monocigótico tienden a presentar con mayor incidencia abortos

■ a) si ■ b) no



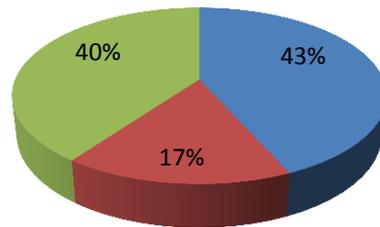
14) Sabe usted a que tan prematuro puede ser el trabajo de parto en la embarazada gemelar

■ a) si ■ b) no



15) Sabe usted cual es la principal complicación a la hora parto

- a) Prolapso del cordón
- b) Incontractibilidad del útero
- c) Hemorragia postparto



CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CAPITULO VII CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

También nos pudimos corroborar mi hipótesis de que es muy poco lo que se sabe con respecto a los cuidados de enfermería que se le deben de brindar a las madres con embarazo gemelar monocigótico.

Con este trabajo me pude dar cuenta de que tan importantes deben de ser los cuidados que se le brindan a una mujer embarazada que cuenta con dos gestas al mismo tiempo; porque aunque es un embarazo este tipo de embarazos con trae complicaciones muchas más fuertes por lo mismo de que lleva a dos seres de que tan importante es el estar checándose y llevar un buen control desde que solo tenemos pensado el embarazarnos hasta que este se llegue a presentar.

Y que debemos de tomar en cuenta todos y cada uno de los aspectos, tanto de los que nos rodean, como los cambios físicos y psicológicos que se van a presentar.

E ir pensando que ya no es solo una persona si no dos pero no por eso vamos a comer de mas, sino más bien todo lo contrario debemos de comer a nuestras horas y una dieta especial ya que pueden ocasionarse muchos problemas durante el embarazo que los podemos corregir si llevamos un buen control y una buena alimentación

BIBLIOGRAFÍA

BIBLOGRAFÍA

1. Dicknson E, Silverman B, Kaplan j. Enfermería materno infantil. tercera edición Madrid 1999.-
2. Di Cintio E, Parazzini F, Rosa C, Chatenoud L, Benzi G (1997). «The epidemiology of gestational trophoblastic disease». Gen Diagn Pathol 143.
3. Enciclopedia médica en español. Consultado el 7 de marzo de 2008.
4. González-Merlo, Jesús (2006) (en español). Obstetricia (5ta edición). Elsevier España. pp. 478.
5. Hydatidiform mole, MedlinePlus Medical Encyclopedia. NNoviembre, 2007
6. Libreta de ginecología doctor Zamudio, 2011
7. Lucas Lucas (2006) Bioética para Todos (3° ed) trillas
8. Manual de enfermería segunda edición.-
9. Manual Merck de información medico en general
10. McPhee S. and Ganong W.F. Pathophysiology of Disease, 5th ed., p. 639.
11. MedlinePlus (noviembre de 2006). «Mola hidatiforme» (en español).
12. Novak (1996) Ginecologia(12° ed) McGraw-Hill
13. Obstetricia y ginecología 6ª edición. 2000.-
14. Océano centrun. Enciclopedia de enfermería.-

15. Paneuf M. Cuidados de enfermería. El proceso de la atención de enfermería. Edición interamericana Mc Graw.-
16. Proenfermeria. Programa de actualización de enfermería materno infantil. Editorial medica panamericana.2003.-
17. Reproducción humana (2° ed). McGraw-Hill Interamericana
18. Robbins y Cotran; Pathological Basis of Disease, 7th ed., p. 1110
19. Te Linde GinecologiaQuirurgica, (7° ed) Panamericana.
20. Wharley y Wong. Enfermería pediátrica. Cuarta edición
21. Williams, (1996) Obstetricia (4ª ed) Editorial Masson, S.A
22. Zurita María Esther (2010) Técnicas Quirúrgicas.