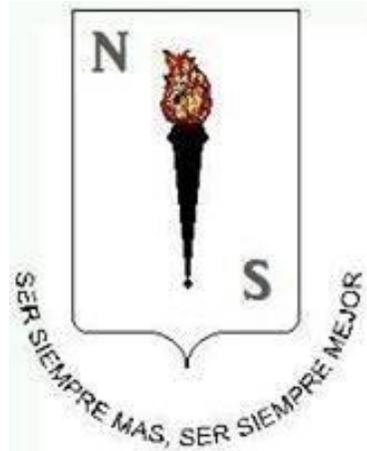


ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CLAVE 8722



TESIS:

“CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES EMBARAZADAS CON
PLACENTA PREVIA DE 20 A 30 AÑOS DESDE LA VISION DE JOSE BOTELLA”

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

LUZ ANEL CONCHA GARCIA

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN. 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS:

A Dios.

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mi madre.

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mi padre.

Por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

Mis hermanos.

Por estar conmigo y apoyarme siempre, los quiero mucho.

A mis amigos.

Que nos apoyamos mutuamente en nuestra formación profesional y que hasta ahora, seguimos siendo amigos.

DEDICATORIA:

“Con todo mi cariño y mi amor para las personas que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento”.

Papá, mamá y hermanos.

INDICE

1.INTRODUCCIÓN.....	5
2.- MARCO TEÓRICO	1
2.1 VIDA Y OBRA.....	1
2.2.- INFLUENCIAS.....	1
2.3.- HIPÓTESIS	2
2.4.- JUSTIFICACIÓN	2
2.5.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
2.6.- OBJETIVOS	3
2.6.1.-GENERAL	3
2.6.2.-ESPECIFICOS	4
2.7.- METÓDO	4
2.8.- VARIABLES	5
2.9.- ENCUESTA.....	6
2.10.- GRAFICADO	7
3. PLACENTA PREVIA.....	11
3.1.-DEFINICIÓN.....	11
3.2.- QUE ES LA PLACENTA	12
3.3.- PLACENTA PREVIA	12
3.4.-TIPOS DE PLACENTA PREVIA	13
3.5.-FACTORES DE RIESGO	14
3.6.- SINTOMAS DE PLACENTA PREVIA.....	14
3.7.-COMPLICACIONES	15
3.8.-DIAGNÓSTICO	15
3.9.-TRATAMIENTO DE LA PLACENTA PREVIA	17
3.10.-HEMORRAGIAS OBSTETRICAS.....	21
3.11.-CLASIFICACIÓN.....	22
3.12.-MANIFESTACIONES CLINICAS ANTES DEL PARTO O CESÁREA .	23
3.13.-MANIFESTACIONES CLINICAS POST PARTO	25
3.14.-EN QUE SITUACIONES LAS HEMORRAGIAS SON OCULTAS.....	32
3.15.-EFECTO DE MEDICAMENTOS OXITOCICOS.....	34
3.16.-PRONOSTICO PLACENTA PREVIA	37

4.- TIPOS DE PLACENTA.....	40
4.1.-PLACENTA PREVIA (MARGINAL).....	40
4.1.2.-SINTOMAS DE PLACENTA PREVIA MARGINAL.....	40
4.1.3-PRINCIPALES RIESGOS DE LA PLACENTA MARGINAL	41
4.1.4.-PRINCIPALES CUIDADOS EN PLACENTA PREVIA MARGINAL.....	41
4.2.-PLACENTA PREVIA PARCIAL.....	42
4.3.-CUIDADOS EN EL EMBARAZO	45
4.4.-PROCESOS ENFERMERIA:	47
5.-NUTRICION EN EL EMBARAZO	48
5.1.-CAMBIOS DE HORARIOS	48
5.2.-NUTRIENTES IMPORTANTES EN EL TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO	49
5.3.-CALCIO	49
5.4.-HIERRO	50
5.5.-AGUA	51
5.6.-FIBRA.....	52
5.7.-QUE PUEDE COMER UNA EMBARAZADA.....	55
6.-ENFERMEDADES MÁS COMUNES EN EL EMBARAZO.....	57
6.1.-Diabetes gestacional	57
6.2-RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.....	62
6.3.-CESAREA.....	66
6.4.-QUE ES MEJOR PARTO O CESÁREA.....	73
6.5.-DECÁLOGO DEL CÓDIGO DE ÉTICA PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS DE MÉXICO.....	98
7.-ANTECEDENTES DE PLACENTA PREVIA.....	99
8.-INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON PLACENTA PREVIA.....	104
8.1.-ÓBITO	125
8.2.-BAJAR PESO DESPUES DEL PARTO.....	135
9.-CONCLUSIÓN:	141
10.-BIBLIOGRAFIA	144
10.1.-BÁSICA:	144
10.2.-COMPLEMENTARIA:	148
11.-GLOSARIO	149

INTRODUCCIÓN

La placenta es el órgano en forma ovalada normalmente ubicado cerca de la parte de arriba del útero que nutre al bebé a través del cordón umbilical. En general, la placenta previa no es un problema al principio del embarazo. Pero si la placenta está aún cerca del útero más adelante en el embarazo, puede causar hemorragia, así como otras complicaciones, lo cual puede requerir que se adelante el parto. Si se tiene placenta previa cuando va a nacer el bebé, se realiza una cesárea.

Las estadísticas del porcentaje de pacientes embarazadas con placenta previa sugieren que menos de una mujer por cada 2,500 que tengan cesárea morirá, comparado con una en 10,000 para el parto vaginal. La mortalidad sigue en descenso, y el ministerio de salud declaró que el riesgo de muerte es tres veces el de un parto vaginal. Sin embargo, no es posible comparar directamente las tasas de mortalidad de los partos vaginales y por cesárea porque las mujeres que tuvieron la cirugía tienen mayor riesgo. El porcentaje de las pacientes embarazadas que presentan placenta previa en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud (HNSS) en la ciudad de Morelia, Michoacán es un aproximado del 10% de pacientes.

Se denomina placenta previa a la inserción de la placenta en la parte inferior del útero, cubriendo total o parcialmente el orificio cervical interno o quedando muy cerca de él.

La placenta previa es un cuadro en el cual la placenta se encuentra insertada en el segmento inferior del útero, próxima al orificio interno del cuello del mismo, y se manifiesta generalmente como una hemorragia. Normalmente la placenta se implanta en la región superior o media del útero.

Durante el embarazo, la placenta se desplaza a medida que el útero se estira y crece. A comienzos de embarazo, es muy común que la placenta esté en la parte baja en el útero, pero a medida que el embarazo continúa, la placenta se desplaza hacia la parte superior de éste. Hacia el tercer trimestre, la placenta debe estar cerca

de la parte superior del útero, de manera que el cuello uterino esté despejado para el parto.

De hecho, constituye una de las causas de las denominadas hemorragias de la segunda mitad del embarazo. Aunque, en alrededor del 25% de los casos no produce síntoma alguno.

En tanto algunos autores señalan como causa diagnosticable más común de hemorragia, en las últimas etapas del embarazo, el desprendimiento prematuro de placenta normo inserta, otros refieren que lo es la placenta previa.

Es motivo de preocupación, tanto para la paciente como para el profesional, porque debe decidirse la preservación de la viabilidad fetal o la interrupción de la gestación, frente a los grandes problemas de sangrado que comprometen la salud materno-infantil. En este trabajo se analizaron algunos aspectos de interés materno-obstétrico, en relación con las complicaciones de la placenta previa.

2.- MARCO TEÓRICO

2.1 VIDA Y OBRA

José Botella Lisia, (Madrid, 18 de marzo de 1912 - Toledo, 5 de octubre de 2002) fue un investigador y médico español especializado en ginecología y obstetricia.

Ha sido presidente de la Real Academia de Medicina, de la que fue también Presidente de Honor desde 1994, y Académico Correspondiente de varias de Distrito. En 1999 recibió el Premio Gregorio Marañón de investigación médica.

Entre sus distinciones destacan la gran cruz de la Orden de Alfonso X el Sabio, la gran cruz de la Orden de Isabel la Católica, la Legión de Honor de Francia y el nombramiento como doctor honoris causa por la Universidad de Rosario en Argentina. Más de seiscientas publicaciones en revistas científicas, españolas y extranjeras. Doce libros publicados, dos de ellos traducidos al inglés. Dirigió más de cien tesis doctorales. De entre sus libros publicados sobresalen, Endocrinología de la mujer (1942), Tratado de ginecología (1946), Esquema de la vida de la mujer (1976) y la Edad crítica, climaterio y menopausia (1990), entre otras obras.

Este autor influye en mi trabajo de investigación ya que la información que proporciona en cada uno de sus libros es exacta en lo que es de suma importancia para describir la patología de placenta previa y así mismo encontrar los cuidados de enfermería hacia este tipo de pacientes.

“la placenta es un órgano diferenciado interpuesto entre la madre y el feto, que sirve para nutrir y desarrollar todo el embrión. La placenta supone una diferenciación secretoria en el útero y al mismo tiempo una conexión entre la secreción uterina y entre el medio interno fetal”

2.2.- INFLUENCIAS

Realizó la carrera de medicina en la Universidad Central de Madrid, licenciándose en 1934. Fue discípulo de Gregorio Marañón. Siguió sus estudios en Alemania y Austria, posteriormente obtuvo su primera cátedra de obstetricia y ginecología en Zaragoza (1944) y años más tarde la de Madrid (1947). En 1950 fue nombrado

miembro de número de la Real Academia de Medicina y en 1956 vocal del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Entre 1968 y 1972 fue rector de la Universidad Complutense de Madrid, cargo del que dimitió. Fue fundador y primer presidente de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF). En 1980 fue nombrado miembro de honor de la Sociedad Alemana de Ginecología y vocal de la Academia de Medicina de Francia. En esa época recibió duras críticas por parte de las feministas españolas por declararse antiabortista.

2.3.- HIPÓTESIS

Es importante que la enfermera realice las actividades necesarias para la orientación de las pacientes embarazadas y sobre todo que profundice en brindar la información necesaria para alertarse tempranamente si es que padecen placenta previa, y de la misma manera las embarazadas puedan tomar medidas y cuidados adecuados para saber controlar su patología hasta el día del alumbramiento. Los dos factores de mayor predisposición de la Placenta Previa en mujeres de 20 a 30 años serían cesárea previa y antecedentes de legrado. La presente investigación es un estudio descriptivo puesto que su propósito es decir como es y cómo se manifiesta un fenómeno patológico, en este caso la placenta previa.

2.4.- JUSTIFICACIÓN

El siguiente trabajo de investigación se realiza para mejorar la calidad de atención, de las embarazadas que desarrollan la patología de la placenta previa en fase gestacional, informar a la población de 20 a 30 años en las mujeres que se detecta este padecimiento.

Se busca en diferentes fuentes de información acerca de esta enfermedad que se presenta no muy repetidamente en los últimos años.

Se pretende beneficiar a la población moreliana femenina de 20 a 30 años que tengan deseos de formar una familia, estén embarazadas y presenten placenta previa, mejorar la atención de salud prenatal y sobre todo reducir las muertes maternas que dejan en mayoría a niños huérfanos con carencias de mayor tipo afectivas, disminuir las muertes fetales que son evitables si se lleva una atención adecuada durante el embarazo.

Es fundamental el conocimiento de los factores de riesgo, el manejo de la madre, el feto y la elección del mejor momento del nacimiento.

La enfermera tendrá participación fundamental en este proyecto de investigación ya que tendrá como objetivo brindar, analizar y lograr que los cuidados de enfermería ayuden a las pacientes con placenta previa a llevar su embarazo con su patología de una manera estable y sin riesgo de complicaciones.

2.5.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El problema de Placenta Previa resulta ser de gran importancia médica y obstétrica, ya que de su investigación continuada y estudio racional en su manejo, redundara en beneficio de la mayoría de madres embarazadas susceptibles de crisis de este trastorno obstétrico, que de no haberse tomado las medida correctivas oportunas del caso, tendría un impacto desfavorable en la conquista de un desarrollo normal del embarazo que redundaría en el bienestar del Binomio Madre-Hijo.

Los cuidados de enfermería van encaminados a favorecer una vida saludable a la paciente antes, durante y después del parto, la enfermera debe brindar cuidados en los cuales el objetivo sea un bienestar saludable de cualquier embarazada que padezca placenta previa.

La conducta inadecuada en esta complicación aumenta los partos prematuros, también sigue incidiendo en las muertes perinatales y maternas, las lesiones en órganos de reproducción en los casos más graves.

Si las hemorragias se presentan precozmente en la gestación y el diagnostico se determina con anterioridad, de acuerdo a la variedad de implantación, el tratamiento puede ser efectivo para llegar a término el embarazo.

2.6.- OBJETIVOS

2.6.1.-GENERAL

Organizar los cuidados de enfermería en pacientes embarazadas con placenta previa para facilitar una mejor atención directa individualizada y completa,

impulsando, la importancia de mantener una vigilancia estricta de la salud, para lograr un bienestar saludable tanto de madre como el hijo.

2.6.2.-ESPECIFICOS

- Mejorar el nivel de conocimiento sobre los cuidados de enfermería para promover el uso de un lenguaje enfermero estandarizado para la ayuda en pacientes con placenta previa.
- Planificar y efectuar Planes de cuidado e Intervenciones de enfermería en forma estandarizada en pacientes con placenta previa.
- Proporcionar cuidados de enfermería individualizados que permitan la interacción con la paciente cuidándola en forma holística mientras este en el servicio.

2.7.- METÓDO METODOLOGÍA CUANTITATIVA

Este tipo de metodología lo escogí ya que tenemos un criterio y razonamiento desde la perspectiva de las enfermeras y médicos que puede ser capaz de determinar o definir el proceso del trabajo, para hacer una selección que va a depender de la experiencia y los conocimientos que se tengan acumulados.

Es importante considerar que las pacientes embarazadas sufre diversos cambios a causa del embarazo que alteran todo el organismo de la mujer a partir de esto se realizarán cuidados de enfermería que se presentan en la atención prenatal, el trabajo de parto y puerperio.

El método a emplearse en mi investigación será el método documental y cuantitativo ya que se reúne la información correspondiente que se establecerá en la detección oportuna de la placenta previa para la mujer durante su embarazo principalmente para prevenir complicaciones que causen un daño para la madre y para el hijo.

2.8.- VARIABLES

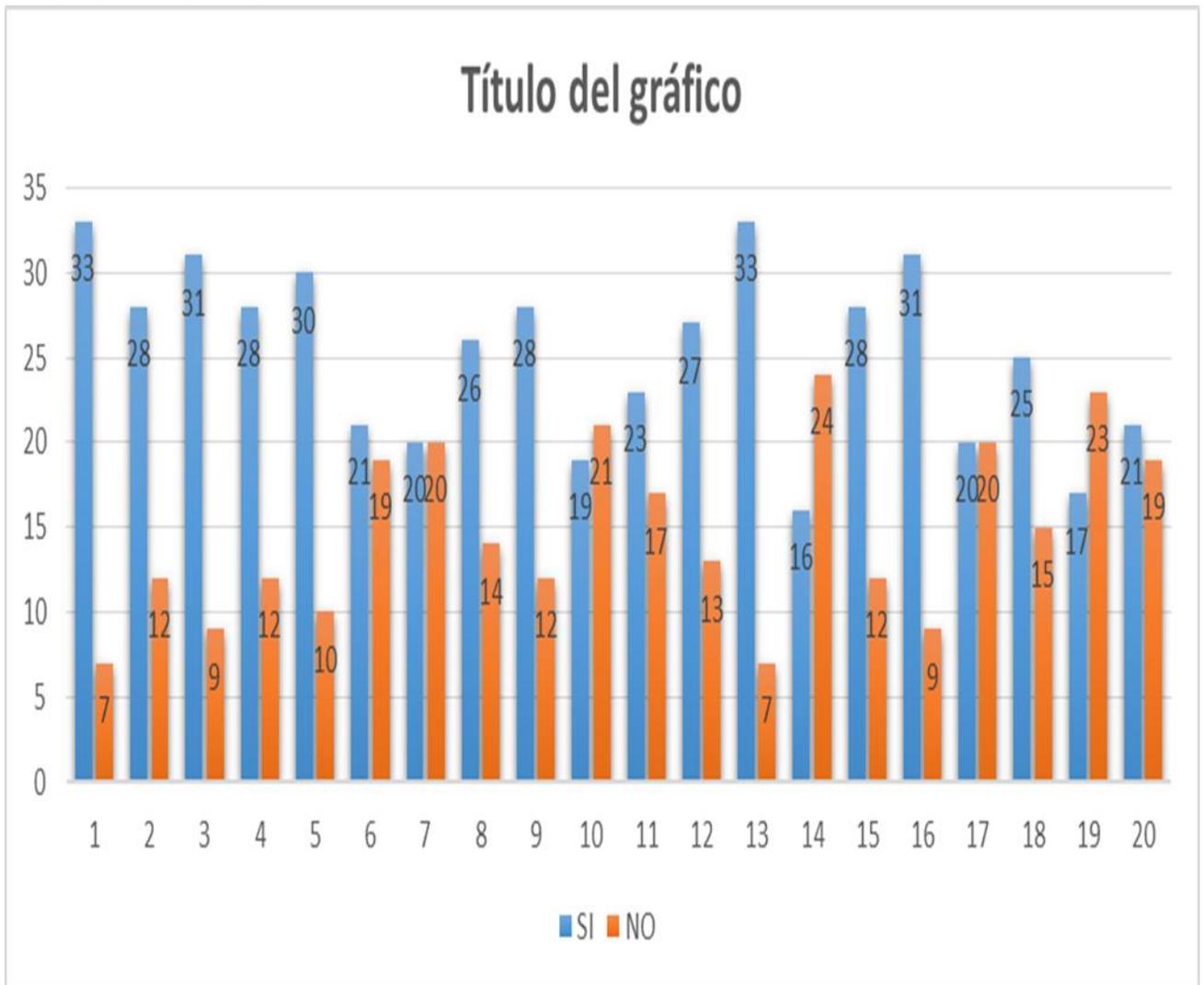
Derivada del término en latín “variabilis”, variable es una palabra que representa a aquello que varía o que está sujeto a algún tipo de cambio. Se trata de algo que se caracteriza por ser inestable, inconstante y mudable. En otras palabras, una variable es un símbolo que permite identificar a un elemento no especificado dentro de un determinado grupo. Este conjunto suele ser definido como el conjunto universal de la variable (universo de la variable, en otras ocasiones), y cada pieza incluida en él constituye un valor de la variable.

- A. Antecedentes, historia e información básica de placenta previa.
- B. Factores de riesgo, tratamiento, signos y síntomas de placenta previa.
- C. Alimentación adecuada e higiene de mujeres embarazadas.
- D. Atención y cuidados de enfermería para pacientes con placenta previa.

2.9.- ENCUESTA

PREGUNTAS: señale con una X la respuesta correcta	SI	NO
1. ¿Sabe que es la placenta?		
2. ¿Sabe cuántos tipos de placenta existen?		
3. ¿Conoce los cuidados que se deben brindar durante el embarazo?		
4. ¿Conoce las acciones de enfermería en el chequeo rutinario de una paciente embarazada?		
5. ¿Sabe que medicamentos se utilizan en un parto?		
6. ¿Conoce las desventajas de la placenta previa?		
7. ¿Sabe que es muerte fetal?		
8. ¿Conoce factores de riesgo de placenta previa?		
9. ¿Lleva un control de su peso?		
10. ¿Ha tenido algún aborto?		
11. ¿Siente los movimientos de su bebe?		
12. ¿Lleva una alimentación adecuada en su embarazo?		
13. ¿Toma vitaminas?		
14. ¿Ha tenido sangrado durante su embarazo?		
15. ¿Uso algún anticonceptivo antes de su embarazo?		
16. ¿Sabe la importancia de tomar ácido fólico en el embarazo?		
17. ¿Conoce para qué sirve la placenta en el embarazo?		
18. ¿Sabe que dificultades puede tener él bebe al nacer?		
19. ¿Sabe que es una enfermedad crónica?		
20. ¿Conoce el tratamiento de placenta previa?		

2.10.- GRAFICADO



1.- ¿Sabe que es la placenta?

Respecto a las encuestas realizadas concluyo que la mayoría de las personas entrevistadas saben con coherencia que es la placenta durante el embarazo, ya que es un órgano fundamental en esta etapa de cada mujer.

2.- ¿Sabe cuántos tipos de placenta existe?

La mayoría de las personas contestaron que sí, y es interesante que la mayoría esté informada de cuales tipos de placenta existen para que se les dé un mejor conocimiento de ello por si en algún momento deciden embarazarse.

3.- ¿Conoce los cuidados que se deben brindar durante el embarazo?

Respecto a esta pregunta la mayoría de las respuestas fueron positivas y ante estas respuestas las personas entrevistadas contestaban complejamente diferentes tipos de cuidados que se les brinda a las embarazadas.

4.- ¿Conoce las acciones de enfermería en el chequeo rutinario de una paciente embarazada?

Las acciones de enfermería durante los chequeos de mujeres embarazadas son de suma importancia ya que de ahí parten las embarazadas para tener aún más cuidados durante su embarazo y den luz a un bebe saludable.

5.- ¿Sabe que medicamentos se utilizan en un parto?

Los medicamentos utilizados durante un parto interfieren tanto en calmar un poco el dolor de contracciones que padece la paciente y darle tranquilidad durante el proceso para que sea todo más rápido.

6.- ¿Conoce las desventajas de la placenta previa?

La placenta previa presenta muchas complicaciones durante un parto ya que de manera preventiva se realiza una cesárea ya que se evita cualquier tipo de hemorragia que llegara a presentar la paciente durante su alumbramiento.

7.- ¿Sabe que es muerte fetal?

El procedimiento de aceptar una muerte fetal es doloroso para ambos padres, y tiene muchos beneficios que antes de cualquier procedimiento se tenga presente cuales riesgos se pueden presentar y uno de ellos es la muerte fetal.

8.- ¿Conoce factores de riesgo de placenta previa?

La información necesaria para un embarazo de placenta previa requiere que se conozcan los riesgos que puede causar que la placenta se presente antes que el producto vivo.

9.- ¿Lleva un control de su peso?

El peso de la paciente embarazada influye mucho en la presentación del producto y la placenta, con frecuencia se llega a dar placenta previa por el sobre peso o la obesidad que se presente en la madre.

10.- ¿Ha tenido algún aborto?

Los abortos de las pacientes hoy en día, interfieren mucho para que después de ese aborto se pueda tener algún otro producto vivo.

11.- ¿Siente los movimientos de su bebe?

Es fundamental que todos los días la paciente embarazada haga presión en su estómago y siente que se mueve, ya que los productos dentro del vientre aun no son capaces de valerse por ellos mismos.

12.- ¿Lleva una alimentación adecuada en su embarazo?

La alimentación saludable para cada paciente forma parte de las acciones que se realizan durante el embarazo para una alimentación saludable como las comidas que se le proporcionan todos los días.

13.- ¿Toma vitaminas?

Las vitaminas forman parte del crecimiento oportuno de cada feto con vida ya que Suelen aparecer enfermedades graves para el feto que en su mayoría no hay cura.

14.- ¿Ha tenido sangrado durante su embarazo?

La sangre se toma como signo de alarma para checar a la paciente embarazada con el cuidado de que tanto ella como el feto se encuentren estables para no perder la vida de alguno de los dos.

15.- ¿Uso algún anticonceptivo antes de su embarazo?

Los anticonceptivos son importantes ya que con ellos se planifica la familia que se quiere tener y se evitan muchos problemas ginecológicos.

16.- ¿Sabe la importancia de tomar ácido fólico durante el embarazo?

Es de suma importancia tomar ácido fólico ya que ayuda a que el feto se desarrolle de una manera más rápida para beneficiar su organismo.

17.- ¿Conoce para qué sirve la placenta en el embarazo?

Afortunadamente la mayoría de las entrevistadas sabe que tan importante es la placenta y la gran cantidad de funciones que tiene.

18.- ¿Sabe que dificultades puede tener el bebé al nacer?

La mayoría de las personas que se entrevistaron respondieron que sabían cuáles eran los riesgos que se podía aparecer durante el alumbramiento del bebé.

19.- ¿Sabe que es una enfermedad crónica?

La mayoría de las personas que se entrevistaron saben lo que es una enfermedad crónica por que padecen alguna o tienen un familiar que la padece.

20.- ¿Conoce el tratamiento de Placenta Previa?

El tratamiento es de suma importancia ya que no se controla tan fácilmente con los medicamentos que usualmente se utilizan.

3. PLACENTA PREVIA

3.1.-DEFINICIÓN

La placenta previa es aquella que se implanta y desarrolla en el segmento inferior del útero, ocluyendo a veces el orificio cervical interno.

La primera descripción de la placenta previa fue la de Guillermeau en 1685, el cual aconsejó a los cirujanos que, en los partos, definieran qué se presentaba primero, si el feto o la placenta.

En 1730 Giffart describió cómo la hemorragia en el parto se debía a la separación entre el orificio cervical interno y la placenta inserta en él. Fueron Levret (1750) en Francia y Smellie (1751) en Londres, quienes establecieron el Concepto de placenta previa.

Desde entonces, su manejo clínico es controvertido. Durante los siglos XVIII Y XIX se practicaba la ruptura de las membranas, metreuresis (dilatación vaginal con bolsa de agua) y la cesárea vaginal. La primera cesárea abdominal por placenta previa se realizó en 1892, extendiéndose rápidamente su uso; el tratamiento conservador hasta la viabilidad fetal fue introducido por Johnson en 1945, y el uso de los ultrasonidos para el diagnóstico de la localización de la placenta en 1966, por Gottesfeld.

La placenta previa es una de las entidades causantes de la hemorragia obstétrica de la segunda mitad del embarazo, causante de la morbimortalidad materna perinatal en todo el mundo.

Decimos que la mujer embarazada tiene placenta previa, o placenta de inserción baja, cuando la placenta se coloca en un lugar que causa obstrucción parcial o total del cuello uterino, que es donde el bebé tiene que pasar en el momento del parto vaginal. La placenta previa, por tanto, es una obstrucción de la salida del útero causada por una placenta mal situada.

Dos son las complicaciones más relevantes de las mujeres embarazadas que tienen placenta previa: la obstrucción de la salida del bebé en el momento del parto y el

riesgo de sangrado (hasta un 80% de las mujeres embarazadas con esta condición presentan sangrado vaginal sin dolor).

3.2.- QUE ES LA PLACENTA

La placenta es un órgano materno fetal, que existe solamente durante el embarazo. Su función es proporcionar oxígeno y nutrientes al feto a través del intercambio de sangre con la madre y producir hormonas que son importantes para el mantenimiento del embarazo.

La placenta tiene dos caras, una que se inserta en la pared del útero, conectada a cientos de vasos sanguíneos maternos, y otra dedicada al feto, que es donde se conecta el cordón umbilical. De esta manera, este órgano actúa como una comunicación entre la circulación de la sangre de la madre y del feto. La placenta comienza a formarse ya en los primeros días después de la implantación del embrión al útero. La formación de la circulación materna fetal tiende a ser completa alrededor de la 12ª semana de gestación. Sin embargo, esto no significa que la placenta no continúe creciendo durante el embarazo. En el tercer trimestre, el órgano alcanza, en promedio, 22 cm de diámetro y 0,5 kg de peso.

Después del nacimiento del bebé, la placenta pierde su utilidad y termina siendo expulsada minutos después del parto.

3.3.- PLACENTA PREVIA

La placenta puede adherirse a cualquier parte del útero. En la mayoría de los embarazos, la placenta se encuentra en la parte posterior alta, que es una región opuesta al cuello, que es donde debe salir el feto en caso de parto natural.

De hecho, la placenta no se fija en un solo lugar durante todo el embarazo. A medida que el útero y la placenta crecen, generalmente cambian de posición. Una mujer embarazada puede tener placenta previa durante las primeras etapas del embarazo, pero llegar al tercer trimestre con la placenta situada más arriba, sin riesgo de bloqueo de la salida del útero.

Sin embargo, cuanto más tiempo la placenta permanezca baja, mayor el riesgo de ella bloquear la salida del útero al final del embarazo, de tal manera que:

- Entre las placentas que presentan inserción baja entre la 15ª y 19ª semanas de gestación, solamente el 12% permanecen como placenta previa hasta el momento del parto.
- Entre las placentas que presentan inserción baja entre la 20ª y 23ª semanas de gestación, el 34% permanecen como PP hasta el momento del parto.
- Entre las placentas que presentan inserción baja entre la 24ª y 27ª semanas de gestación, el 49% permanecen como PP hasta el momento del parto.
- Entre las placentas que presentan inserción baja entre la 28ª y 31ª semanas de gestación, el 62% permanecen como PP hasta el momento del parto.
- Entre las placentas que presentan inserción baja entre la 32ª y 35ª semanas de gestación, el 73% permanecen como PP hasta el momento del parto.

Por lo tanto, un diagnóstico de placenta previa en el inicio del segundo trimestre del embarazo tiene un significado diferente del diagnóstico de placenta previa al final del tercer trimestre. Mientras que la mayoría de las mujeres con implantación baja de placenta en el inicio del embarazo no tendrá placenta previa al final del embarazo, solamente una minoría de ellas con inserción baja en el tercer trimestre llegará al parto con la salida del útero libre.

3.4.-TIPOS DE PLACENTA PREVIA

Los tipos de placenta previa se dividen según el grado de obstrucción a la salida del útero. Históricamente, la placenta previa se dividió en 4 categorías:

1. **Placenta baja** → La placenta presenta inserción baja, pero no lo suficiente para cubrir la salida del útero.
2. **Placenta previa marginal** → El borde de la placenta llega a tocar en la apertura del cuello uterino, pero no llega a obstruirlo.
3. **Placenta previa parcial** → La placenta cubre parcialmente la salida del útero.
4. **Placenta previa total** → La placenta cubre totalmente la salida del útero.

En la actualidad, sin embargo, la clasificación de la placenta previa se ha reducido a solamente 2 categorías, que determinan la forma de parto a elegirse:

- Placenta previa menor o placenta de inserción baja → son los casos en que hay obstrucción parcial de la salida del útero, con una distancia de hasta 2 cm desde el borde de la placenta y el orificio interno del cuello uterino.
- Placenta previa completa o mayor → Obstrucción total del orificio interno del cuello uterino.

3.5.-FACTORES DE RIESGO

No sabemos exactamente por qué algunas mujeres desarrollan la placenta previa. Sabemos, sin embargo, que ciertos factores facilitan su ocurrencia, denominados factores de riesgo; los principales son:

- Cesárea previa
- Ya haber tenido múltiples embarazos anteriores.
- Embarazo de gemelos.
- Episodio de placenta previa en un embarazo anterior
- Edad materna superior a 35 años.
- Embarazo obtenido mediante a tratamiento de infertilidad
- Antecedentes de aborto.
- Historia de cirugía uterina previa.
- Tabaquismo
- Uso de cocaína por la madre.

3.6.- SINTOMAS DE PLACENTA PREVIA

De un 1 a un 6% de las mujeres embarazadas presentan placenta previa entre la 10^a y 20^a semana de gestación. El diagnóstico se realiza, generalmente, a través de la ecografía obstétrica. La mayoría de estas mujeres es asintomática, y en el

90% de los casos la placenta deja de ser previa espontáneamente a medida que el útero crece.

Los síntomas de placenta previa se presentan generalmente en mujeres embarazadas que llegan a la segunda mitad del embarazo aún con una placenta con inserción baja. En estos casos, hasta un 80% de las embarazadas presentan al menos un episodio de sangrado vaginal sin dolor. Entre las mujeres, que sangran, el 30% tienen el primer episodio antes de la 30ª semana, el 30% entre la 31ª y 36ª semana y otros 30% entre la 36ª semana y el momento del parto. Solamente el 10% de las mujeres embarazadas con placenta previa no presentan sangrado vaginal durante el embarazo.

El sangrado vaginal causado por placenta previa generalmente es rojo intenso. El volumen de sangre perdido varía de pequeño a grande. En general, el sangrado para espontáneamente, sin necesidad de ningún tratamiento específico. Sin embargo, casi siempre regresa días o semanas más tarde.

3.7.-COMPLICACIONES

La principal complicación de la placenta previa es el sangrado que pueda surgir antes, durante o después del parto. La pérdida de sangre puede ser voluminosa y poner en peligro la vida de la mujer embarazada y el feto.

Las mujeres embarazadas que tienen placenta previa tienen más probabilidades de tener una placenta que se implanta profundamente en el útero y termina por no despegar fácilmente en el momento del parto. Este tipo de placenta se llama placenta acreta. El riesgo de hemorragia masiva es alto y puede requerir una histerectomía (extirpación quirúrgica del útero) para su control.

3.8.-DIAGNÓSTICO

Por lo general, los primeros signos de placenta previa se hacen visibles en la ecografía de rutina que se realiza en la semana 20. Estos primeros signos no necesariamente constituyen un motivo de preocupación, ya que la placenta suele encontrarse en una posición más baja durante las primeras etapas del embarazo.

Por lo general, la placenta corrige su posición de manera espontánea. En efecto, apenas el 10 por ciento de los casos detectados en esta instancia terminan siendo casos verdaderos de placenta previa.

Si se presenta cualquier tipo de hemorragia durante la segunda mitad del embarazo, se controlará la posición de la placenta de la embarazada por medio de uno de los siguientes métodos:

- Ecografía transvaginal, en la cual se introduce una sonda en la vagina para obtener una vista interna de la cavidad vaginal y el cuello uterino. Este es el método preferido y el más preciso para determinar la presencia de una placenta previa.
- Ecografía transabdominal
- Resonancia magnética (RM), que permite determinar de manera exacta la ubicación de la placenta

El médico especialista puede diagnosticar la placenta previa con una ecografía. La mayoría de los casos de placenta previa se identifican por medio de una ecografía durante el embarazo.

Existen cuatro tipos de placenta previa. Cada uno de ellos tiene su propio efecto en cuanto a si la madre puede tener un parto normal o deberá someterse a una cesárea. El tratamiento contra la placenta previa también dependerá del tipo.

- Parcial

La placenta cubre el cuello uterino solo de manera parcial, por lo que el parto vaginal sigue siendo posible. La placenta cubre parcialmente el orificio. Puede intentarse el parto vaginal, pero si se produce una hemorragia es necesaria una cesárea de urgencia.

- Baja

Este tipo de placenta previa comienza en las primeras etapas o en las etapas intermedias del embarazo. La placenta se encuentra en el borde del cuello uterino,

por lo que las probabilidades de tener un parto vaginal son bastante elevadas. Está colocada a menos de 10 cm del orificio cervical, es decir, en el segmento inferior del útero, pero sin llegar a tocar la entrada. El parto suele ser vaginal normal.

- Marginal

En este tipo de placenta previa, la placenta comienza a crecer en la base del útero. Por lo general, ejerce presión contra el cuello uterino, pero no lo cubre. Como el borde de la placenta está en contacto con la abertura interna del cuello uterino, cualquier superposición durante el trabajo de parto podría provocar una hemorragia menor. Aun así, los partos vaginales suelen ser seguros. Contacta con el orificio pero no llega a sobrepasarlo. Si la placenta se desplaza al dilatarse el cuello del útero, la embarazada puede tener parto vaginal.

- Mayor o completa

Este es el tipo más grave de placenta previa. Con el tiempo, la placenta termina por cubrir la totalidad del cuello uterino. Por lo general, se recomienda una cesárea y, en casos graves, es posible que deba inducirse el parto de manera prematura. La placenta cubre por completo el orificio. Suele programarse la cesárea. La colocación de la placenta impide la salida del bebé y cualquier maniobra podría ser peligrosa.

Independientemente del tipo de placenta previa, las hemorragias intensas o incontrolables pueden dar lugar a una cesárea de emergencia para proteger a la madre y al bebé.

3.9.-TRATAMIENTO DE LA PLACENTA PREVIA

El tratamiento de la placenta previa depende de algunos factores, siendo los más importantes:

- Si la paciente tiene una hemorragia abundante o en gran frecuencia.
- La edad gestacional.
- El tipo de placenta previa.
- Mujeres embarazadas asintomáticas o con sangrado discreto

En estos casos, se indica la abstención sexual y reposo. El parto generalmente es inducido en la 37ª semana.

La vía del parto depende del tipo de placenta previa. Placenta previa completa o placenta con obstrucción incompleta, pero cuyo borde es inferior a 2 cm del orificio de salida del cuello uterino, son indicaciones de cesárea. Por otro lado, las mujeres embarazadas cuyo borde de la placenta está a más de 2 cm del orificio de salida del cuello uterino pueden someterse a parto vaginal, porque el riesgo de sangrado es bajo. Si durante el parto, sin embargo, hay sangrado, se debe cambiar la vía para cesárea.

En estos casos, la mujer embarazada debe ser hospitalizada y tratada con transfusiones de sangre. Si el embarazo ya tiene 36 semanas, se realiza una cesárea.

Si el embarazo tiene menos de 35 semanas, el tratamiento inicial es generalmente conservador, con interrupción del embarazo por cesárea solamente si el sangrado no parara o si el bebé comenzara a presentar signos de sufrimiento.

Casi todas las mujeres con placenta previa necesitan una cesárea. Si la placenta cubre todo o parte del cuello uterino, un parto vaginal puede causar sangrado intenso. Esto puede ser mortal para la madre y el bebé.

Si la placenta está cerca del cuello uterino o está cubriendo una parte de este, se recomienda:

- Reducir actividades
- Guardar reposo en cama
- Descanso de la pelvis, lo cual significa no tener relaciones sexuales, no usar tampones ni practicarse duchas
- No se debe colocar nada en la vagina.

Es posible que la paciente deba permanecer en el hospital para que el equipo de atención de enfermería pueda monitorearlos cuidadosamente a ella y al bebé.

Otros tratamientos que se puede recibir incluyen:

- Transfusiones sanguíneas
- Medicamentos para prevenir un parto prematuro
- Medicamentos para ayudar a que el embarazo continúe por lo menos hasta la semana 36
- Inyección de un medicamento especial llamado Rhogam si el tipo de sangre de la embarazada es Rh negativo
- Inyecciones de esteroides para ayudar a que los pulmones del bebé maduren

Se puede hacer una cesárea de emergencia si el sangrado es abundante y no se puede controlar.

El tratamiento depende de diversos factores:

- Qué tanto sangrado tuvo la madre
- Si el feto está lo suficientemente desarrollado para sobrevivir por fuera del útero
- Qué tanta placenta está cubriendo el cuello uterino
- La posición del feto
- El número de partos previos que haya tenido
- Si la embarazada está en trabajo de parto
- Muchas veces la placenta se desplaza lejos de la abertura cervical antes del parto.
- Si la placenta está cerca del cuello uterino o está cubriendo una parte de éste, es posible que necesite reducir actividades y guardar reposo en cama.
- Sin embargo, si hay sangrado, muy probablemente la embarazada tendrá que hospitalizarse para realizarle un control cuidadoso.

Si ha perdido mucha sangre la embarazada, se pueden administrar transfusiones sanguíneas. Asimismo, se pueden suministrar medicamentos para prevenir el parto prematuro y ayudar a que el embarazo continúe por lo menos hasta las 36 semanas. Más allá de este tiempo, el parto del bebé puede ser el mejor tratamiento.

Si el tipo de sangre de la madre es Rh negativo, le administrarán inyecciones de inmunoglobulina anti-D.

Las enfermeras vigilarán cuidadosamente el riesgo de sangrado continuo contra el riesgo de un parto prematuro para el bebé.

Lo más probable es que las mujeres con placenta previa necesiten dar a luz a su bebé por cesárea, lo cual ayuda a reducir la mortalidad de madres y bebés. Se puede llevar a cabo una cesárea de emergencia si la placenta realmente cubre el cuello uterino y si el sangrado es profuso o en extremo potencialmente mortal.

La placenta se desarrolla en el útero durante el embarazo. Esta estructura similar a una bolsa le provee alimento y oxígeno al feto en gestación. Además, elimina los productos de desecho de la sangre del feto. La placenta es expulsada después del parto.

Durante el embarazo, la placenta cambia de ubicación a medida que el útero se expande y crece. Es muy normal que se encuentre baja en el útero durante las primeras etapas del embarazo. Sin embargo, a medida que el embarazo avanza, la placenta generalmente se desplaza hacia la parte superior del útero. Para el tercer trimestre, debe encontrarse próxima a la parte superior del útero, de modo tal que el cuello uterino quede despejado para el parto. Si la placenta se adhiere a la parte inferior del útero, puede cubrir la totalidad o parte del cuello uterino (el ingreso al útero). Cuando esto sucede durante los últimos meses de embarazo, se la denomina placenta previa o placenta baja. Esta afección puede ocasionar hemorragias intensas tanto antes del trabajo de parto como en su transcurso.

Existen cuatro tipos de placenta previa, que van de menor a mayor (cuando la placenta cubre el cuello uterino en su totalidad). Según el tipo, es posible que la

embarazada que tenga placenta previa deba someterse a una cesárea para dar a luz. La mayoría de las mujeres que tienen esta afección deben hacer reposo.

Para decidir cómo tratar la placenta previa, las enfermeras tendrán en cuenta la magnitud de la hemorragia, la semana de embarazo, el estado de salud del feto y la posición tanto de la placenta como del feto.

HEMORRAGIAS OBSTETRICAS

La magnitud de la hemorragia es la consideración principal a la hora de tomar una determinación en relación con el tratamiento de la afección.

- Hemorragia mínima o inexistente:

En los casos de placenta previa que no traen aparejados episodios de hemorragia o en los cuales la hemorragia es mínima, lo más probable es que el médico recomiende hacer reposo, lo que significa permanecer en cama el mayor tiempo posible y solo ponerse de pie o sentarse cuando resulte absolutamente necesario. No podrá mantener relaciones sexuales y probablemente deba dejar de hacer actividad física. Si presenta hemorragia durante este período.

- Hemorragia intensa:

Los casos de hemorragia intensa pueden requerir una internación hospitalaria. Según el volumen de sangre perdida, es posible que deba recibir transfusiones de sangre. Quizás también deba tomar medicamentos para prevenir un parto prematuro.

En casos de hemorragia intensa, el médico recomendará programar una cesárea tan pronto como resulte seguro (preferentemente después de la semana 36). Si fuera necesario programar la cesárea para una fecha anterior a la semana 36, es posible que deban administrarle al bebé inyecciones de cortico esteroides para acelerar el desarrollo de los pulmones.

- Hemorragia incontrolable:

En casos de hemorragia incontrolable, deberá realizarse una cesárea de emergencia.

No existe una definición universal de la hemorragia obstétrica, porque no se ha establecido claramente, lo que constituye una pérdida sanguínea excesiva.

De acuerdo al momento en que se presenta la hemorragia obstétrica se puede clasificar en hemorragia ante parto (HAP) y hemorragia posparto (HPP).

La pérdida de volumen sanguíneo a una velocidad superior a 150 ml/min (que en 20 minutos causaría la pérdida del 50% del volumen), que puede presentarse durante el estado grávido o puerperal, que supera los 500 ml, postparto o 1000 ml post cesárea.

Actualmente se define como HPP a la pérdida sanguínea de gran magnitud que produce cambios hemodinámicos.

CLASIFICACIÓN

a) Antes de parto: Placenta previa (0.5%)

- Desprendimiento de placenta (10%)
- Ruptura uterina
- Vasa previa

b) En el puerperio:

- Precoz 50% (Primeras 24 horas) Atonía uterina (50 a 60%)
- Traumatismo cérvico-vaginal (20 a 30%)
- Retención de restos ovulares (10%)
- Trastornos adherenciales placentarios
- Inversión uterina
- Tardío (Entre las 24 horas y la 6ta. semana)
- Retención de restos ovulares
- Endometriometritis
- Involución anormal del lecho placentario

- Dehiscencia de la histerorrafia

c) Secundarias: Coagulopatías congénitas, adquiridas

- Coagulación intravascular diseminada
- Coagulopatía pos transfusional
- Sepsis intrauterina
- Pre eclampsia /HELLP
- Óbito fetal

Manifestaciones clínicas de Hemorragias antes del Parto o Cesárea

Placenta Previa: La hemorragia genital se caracteriza por ser indolora, con expulsión de sangre líquida de cantidad variable, roja rutilante, que aparece en forma brusca e inesperada, la mayoría de las veces en reposo e incluso durante el sueño. Se presenta al final del segundo trimestre, habitualmente sin actividad uterina.

- La terapia debe estar orientada a prevenir el shock hipovolémico y el parto pre término.
- Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI): Síndrome hemorrágico que se presenta por desprendimiento total o parcial de la placenta normalmente insertada
- La tríada clásica de síntomas en el DPPNI son: hemorragia dolor e hipertonía uterina. Si el desprendimiento supera el 50%, generalmente ocurre muerte fetal por hipoxia y sobreviene otras complicaciones como shock hipovolémico, alteraciones la crisis sanguínea e insuficiencia renal. Se debe considerar que las cifras de presión pueden aparentar normalidad si existe síndrome hipertensivo del embarazo.
- La hemorragia genital es oscura y con coágulos, de cuantía variable que no guarda relación con la gravedad del cuadro clínico. Se evidencia irritabilidad uterina progresiva: contracciones uterinas, polisistolía, hipertonía y

finalmente un útero de consistencia "leñosa", típico de este cuadro. Es difícil palpar al feto y en un 60 % existen datos de riesgo de pérdida de bienestar fetal y un 15 a 35% muerte fetal.

- En un DPPNI con feto vivo menor de 34 semanas, sin alteraciones de la coagulación ni existencia de otros problemas maternos y/o fetales, se puede optar por una actitud expectante, con vigilancia del estado materno fetal e inducción de la maduración pulmonar con corticoides.
- Con feto vivo mayor a 34 semanas, se debe interrumpir el embarazo por vía vaginal, si la paciente se encuentra estable, o por cesárea.
- Con feto muerto se puede interrumpir el embarazo por vía vaginal y si existe compromiso del estado general materno la interrupción debe ser por cesárea.
- Ruptura Uterina: Se dividen en: dehiscencia (rotura de cicatriz previa) y rotura de útero sin cicatriz previa (por maniobras obstétricas, traumatismos, trabajo de parto prolongado con desproporción feto-materna).
- El principal factor de riesgo es el antecedente de una cesárea previa 0.2%. Luego de dos cesáreas previas el riesgo se eleva a 3.7%.
- Los signos clínicos son: Dolor abdominal, dolor a la palpación, pérdida de bienestar fetal, palpación fácil de partes fetales, muerte fetal, hemorragia vaginal, colapso circulatorio materno; taquicardia, hipotensión.
- Si se sospecha de ruptura uterina se debe practicar una laparotomía para valorar la severidad de la misma y decidir la conducta. La histerorrafia se usa en pacientes jóvenes, que deseen preservar su fertilidad y que se encuentren hemodinámicamente estables. La histerectomía se recomienda en pacientes añosas, con paridad satisfecha, cuando la rotura es amplia y anfractuosa o cuando existe compromiso del estado general.
- Ruptura de vasa previa: Es una condición rara cuya falta de diagnóstico puede ocasionar una mortalidad fetal del 60%. Ocurre cuando existe una inserción velamentosa del cordón, que atraviesa las membranas en el

segmento inferior del útero por delante de la presentación fetal. Clínicamente se evidencia sangrado genital que ocurre después de la ruptura de membranas, con un útero relajado, en presencia de riesgo de pérdida del bienestar fetal que no guarda relación con la cuantía de la hemorragia. Ante la sospecha se debe analizar la sangre vaginal para determinar si existe hemoglobina fetal y se debe proceder a interrupción inmediata del embarazo por la vía más expedita.

- Ruptura de seno marginal (separación marginal de la placenta): En un 20% de los casos la hemorragia queda limitada a un hematoma retro placentario, existe un sangrado prolongado que se asocia a parto prematuro, rotura de membranas, infección ovular y en ocasiones a consumo de factores e hipofibrinogenemia.

El tratamiento es expectante y se basa en reposo absoluto y mantenimiento del estado general de la paciente. En el momento del parto se realiza aminorrexia y transfusión de hemoderivados en caso necesario.

Manifestaciones clínicas de la Hemorragia Post Parto

De acuerdo a Herschderfer un 60% de todas las muertes maternas ocurren en el periodo postparto y un 45% en las primeras 24 horas.

- Atonía Uterina: Es la causa principal de la HPP. Se presenta en uno de cada 20 partos, representa el 80% de las HPP y es responsable de 50% de las muertes maternas en países pobres.

Los factores de riesgo son: sobre distensión uterina por gestación múltiple, hidramnios o macrosomía fetal, agotamiento muscular por parto prolongado, rápido y/o gran multiparidad; y corioamnionitis por rotura prematura de membrana. Se caracteriza por la incapacidad del útero para contraerse y mantener la contracción durante el puerperio inmediato.

Al examen físico se evidencia sangrado transvaginal abundante, rojo rutilante continuo, no doloroso. Se palpa un útero aumentado de tamaño flácido con poca o nula respuesta a la estimulación manual. Al examinar el canal del parto, no se

evidencia laceraciones, el cuello uterino está dilatado y los signos vitales se alteran dependiendo de la cuantía de la pérdida hemática.

El manejo activo de alumbramiento reduce el riesgo de HPP en más de un 40%.

El tratamiento se basa en vaciar la vejiga y administrar uteroconstrictores, masaje uterino y ocasionalmente medidas quirúrgicas.

- **Retención Placentaria:** Si luego del manejo activo del alumbramiento y realizar la tracción controlada del cordón, la placenta permanece retenida después de 30 minutos, se establece el diagnóstico de placenta retenida. El primer paso en el manejo de esta patología es la inyección venosa intraumbilical de oxitócina: 10-20 U diluidas en 20 ml de solución fisiológica.

Si luego de 15 a 30 minutos no se observa signos de desprendimiento se debe realizar una extracción manual de la placenta. Se encuentra contraindicada la administración de ergonovínicos, porque puede ocasionar una contracción uterina tónica que retardaría más la expulsión.

- **Restos Placentarios:** El sangrado uterino persistente, secundario a la expulsión incompleta de la placenta, lo que impide una contracción uterina eficaz por lo que se presenta un sangrado persistente. La conducta más adecuada es la revisión de cavidad uterina y legrado instrumental.
- **Traumatismo del Canal del Parto:** Asociado a un parto instrumentado, a la presencia de un feto macrosómico, a un parto que ocurre antes de la dilatación cervical completa. La hemorragia transvaginal puede ser secundaria a laceraciones del cuello uterino o de la vagina, la severidad de estas lesiones varía de acuerdo con su extensión, desde una pequeña solución de continuidad en la mucosa hasta un desgarramiento cervical con extensión a parametrio.

Se manifiesta con una hemorragia persistente pero menos cuantiosa que en la atonía y la retención de tejidos. Su reparación debe realizarse inmediatamente luego de constatarse el desgarramiento. Los Cervicales se suturan en quirófano bajo

anestesia general y los vaginales o perineales pueden resolverse en sala de partos, poniendo atención a la formación de hematomas.

- Placenta Acreta: Es la adherencia anormal de la placenta a la miometrio. El diagnóstico se puede realizar a través de la ecografía durante la gestación.

La incidencia de placenta acreta va en aumento debido al mayor número de cesáreas realizadas. Cuando el útero no presenta cicatriz la incidencia de acretismo es del 5% si existe placenta previa. Con una cicatriz de cesárea previa la incidencia aumenta al 10% y con más de una cesárea previa la incidencia se eleva a más del 50%. de las pacientes presentan placenta ácreta.

Actualmente están en investigación conductas alternativas más conservadoras como la embolización de las arterias uterinas, dejando la placenta in situ esperando su reabsorción, así como la administración semanal de metotrexato después del parto, con lo que se logra el alumbramiento espontáneo semanas más tarde.

- Inversión Uterina: Caracterizada por la triada: Hemorragia transvaginal profusa, dolor y choque. Puede ser parcial; la inversión esta aun dentro la conducto vaginal diagnosticada por examen vaginal y total; el útero se exterioriza a través de la vulva.

Se debe revertir el útero manualmente mantener sostenido con oxitócicos, en caso necesario tocolíticos, ritrodina, terbutalina, sulfato de magnesio y/o los anestésicos halogenados, para facilitar reversión uterina. El fracaso requiere tratamiento quirúrgico.

- Hemorragias "Ocultas": Lesiones de la arteria uterina, pueden originar extensos hematomas pelvianos: en ligamento ancho, región para cervical o para vaginal y en retro peritoneo, el diagnóstico es clínico, confirmado por ecografía abdominal-pelviana. Cuando el volumen supera los 4 cm de diámetro, requiere tratamiento quirúrgico drenaje y hemostasia.
- Hemorragias retroperitoneales secundarias a una histerectomía requieren transfusiones masivas y nueva laparotomía exploradora para efectuar

hemostasia, en caso de histerectomía subtotal con sangrado probable de vasos cervico-vaginales se puede realizar una arteriografía de arteria hipogástrica con el objetivo de identificar el vaso sangrante y proceder a su embolización.

TRATAMIENTO

El manejo inicial de la hemorragia obstétrica se basa en la identificación y la corrección de la causa que lo origina. El tratamiento debe estar basado en tres pilares fundamentales:

- Medidas generales
- Resucitación
- Control del sangrado:

A. Tratamiento no quirúrgico

- Medicamentoso (de primera línea)
- Intervencionista (de segunda línea)
- Radiológico

B. Tratamiento quirúrgico

- Cirugía conservadora
- Cirugía radical

En estas situaciones, la estimación visual de la hemorragia conlleva la posibilidad de una subvaloración de los volúmenes perdidos. Por tal motivo, se definió a la hemorragia postparto como una caída del hematocrito de 10 o más puntos con respecto a los valores iniciales, o por la necesidad de efectuar transfusiones de sangre para asegurar un volumen eritrocitario adecuado.

Se estima que alrededor del 1% de los nacimientos se complican con hemorragias severas, siendo responsables en países desarrollados, del 13% de las muertes maternas.

El ascenso actual en la prevalencia de la enfermedad se relaciona con el aumento del número de cesáreas, el incremento en el uso de ocitócicos, y la mayor incidencia de gestaciones múltiples.

Previo al parto, las causas se vinculan con las anomalías placentarias. Durante el trabajo de parto deberá considerarse la posibilidad de ruptura uterina.

Con la expulsión del feto, la causa más frecuente de sangrado es la atonía uterina.

Traumatismos del cuello uterino y de la vagina, resultan de lesiones producidas durante el periodo expulsivo. La presencia de restos placentarios perpetúa la hemorragia al interferir sobre la contractilidad del miometrio.

Múltiples causas obstétricas originan Coagulopatías por consumo en las pacientes gestantes: hematoma retro placentario, feto muerto retenido, pre eclampsia, hígado graso agudo, embolia de líquido amniótico, aborto séptico y otras infecciones.

Durante la gestación, la mujer cursa con un estado fisiológico "pro coagulante", que la hace particularmente susceptible a activar el sistema de coagulación en determinadas circunstancias. Por tal motivo la hipotensión arterial sostenida o el shock, por sí mismos, podrán desencadenar el consumo de factores. A su vez, la coagulación intravascular diseminada aguda, en ocasiones, origina hipotensión arterial no dependiente de hipovolemia.

En la última mitad del embarazo se incrementa el volumen plasmático y globular, con predominio del primero; en consecuencia se considera normal un hematocrito de hasta 33% ("seudo-anemia").

Este incremento de la volemia, permite que, pérdidas habituales de hasta 500 ml, se toleren sin mayor repercusión hemodinámica. Sobrepasado este valor, una pérdida de 20-30% de la volemia, podrá reemplazarse con soluciones electrolíticas o expansores del tipo de las poligelinas.

Iniciada la reposición con solución fisiológica, se continuará con sangre entera, o glóbulos desplasmatisados, de acuerdo con las pérdidas estimadas o medidas, el estado se evitará el uso de los dextranos, por alterar la agregación plaquetaria.

Las pacientes con pre eclampsia constituyen una excepción, dado que cursan con hipovolemia. Hemodinámico de la paciente, y el valor del hematocrito. Este último, alcanzará el porcentaje verdadero y definitivo 24-36 horas después de controlado el sangrado.

El tratamiento común en todos los casos de hemorragia obstétrica grave incluye:

- Colocar dos vías periféricas de calibre adecuado
- Solicitar estudios de laboratorio incluyendo coagulograma básico
- Iniciar la expansión con 1000-2000 ml de soluciones cristaloides
- Proveer oxígeno con máscara o cánula nasal
- Transfusiones de sangre entera o glóbulos desplasmalizados.
- Monitoreo de la tensión arterial, pulso, respiración, oximetría y diuresis.
- Corregir la causa de la Coagulopatías, si la hubiere, y reponer los factores de coagulación.

Una aproximación diagnóstica con relación al probable origen de la hemorragia, está dado por el momento en que ésta se inicia, y la presencia o no de dolor.

La existencia de sufrimiento fetal severo, con sangrado de iniciación brusca coincidente con la ruptura de membranas, sugiere la existencia de "vasa previa". Es una patología infrecuente que causa la exsanguinación fetal.

Requiere cesárea de urgencia.

- Un sangrado indoloro, o con dolor vinculado únicamente con las contracciones uterinas, es propio de la placenta previa (incidencia 0.3-1.9%). La ecografía muestra el sitio de implantación y certifica el diagnóstico. Si la placenta ocluye el orificio cervical interno, requiere operación cesárea.
- Cuando la hemorragia se asocia con dolor abdominal o dorsal intenso, persistente, con contracción uterina y signos de sufrimiento fetal, el diagnóstico probable es desprendimiento placentario, del que existen

diversos grados (incidencia 0.05-1%). El desprendimiento limitado al borde placentario, se denomina ruptura del seno marginal. Debe considerarse, que en el 20% de los casos la hemorragia queda limitada a un hematoma retro placentario, que no se exterioriza con sangrado por vagina, cuyo volumen podrá llegar a ser considerable y ocasiona un severo consumo de factores, con marcada hipofibrinogenemia. La ecografía tiene un elevado porcentaje de falsos negativos. El tratamiento se basa en: reponer rápidamente la volemia, restituir los factores consumidos sobre la base de crioprecipitados y cesárea de urgencia si el feto es viable.

- La ruptura uterina se expresa con dolor intenso y permanente, y hemorragia exteriorizada por vagina, intraperitoneal o hematoma del ligamento ancho.

Ocurre en el 0.02-0.08% de las mujeres en trabajo de parto, con antecedentes de cesárea, y con la administración de altas dosis de ocitócicos. El fondo uterino es doloroso. Requiere compensación hemodinámica y laparotomía urgente. La ruptura del segmento intermedio podrá repararse mediante sutura.

Lesiones extensas del fondo uterino se resuelven mediante una histerectomía.

Liberado el feto de la cavidad uterina, una aproximación inicial sobre el origen de la hemorragia, se efectúa tomando como referencia la remoción de la placenta.

- Si la placenta no fue expulsada, y durante el intento de remoción manual se constata que carece de plano de clivaje, iniciándose una hemorragia severa, el diagnóstico probable es acretismo placentario. La compresión bimanual (abdomen-vaginal) del útero controla inicialmente el sangrado, mientras se dispone la histerectomía de urgencia.
- Con la expulsión incompleta de la placenta, los restos ovulares son causa frecuente de sangrado uterino persistente. El legrado de la cavidad completa la evacuación del material retenido y favorece la hemostasia.
- Si la placenta fue expulsada en su totalidad, evaluar la consistencia y el tamaño del útero. Un útero incompletamente involucionado y blando, es

característico de atonía (incidencia 2-5% de partos por vía baja). Más adelante se discute la conducta terapéutica.

- En ausencia de restos placentarios y con el útero firmemente contraído, la causa de la hemorragia podrá residir en el traumatismo del canal del parto: laceraciones del cuello uterino o de la vagina. La inspección visual pone de manifiesto el sitio de sangrado y una adecuada hemostasia logra el control del mismo. En otros casos la causa del sangrado reside en lesiones vasculares que causan hemorragias ocultas, como se explica más adelante.
- Una causa infrecuente de sangrado es la inversión uterina. De acuerdo con su gravedad, podrá ser parcial, diagnosticada por examen vaginal, o total con exposición exterior del útero. Causa hemorragia profusa, dolor y shock. Con maniobras manuales, se efectúa la reposición del órgano y luego se administran ocitócicos.

EN QUE SITUACIONES LAS HEMORRAGIAS SON OCULTAS

Lesiones de las ramas de la arteria uterina, podrán dar origen a extensos hematomas pelvianos. Estos asientan en el ligamento ancho, en la región para cervical o para vaginal. En ocasiones se extienden al retroperitoneal. La ecografía abdominal-pelviana certifica el diagnóstico. Cuando el volumen es significativo (mayor de 4 cm de diámetro) o su tamaño se incrementa, requiere tratamiento quirúrgico para drenaje y hemostasia.

Una situación especial se presenta en algunas pacientes que fueron sometidas a histerectomías como última alternativa para el control del sangrado, y que en el postoperatorio inmediato persisten con signos de hemorragia activa. Se trata de extensas hemorragias retroperitoneales, que requieren transfusiones masivas y nueva laparotomía exploradora para efectuar una hemostasia que inicialmente resultó incompleta.

Deberá considerarse que, en algunas patologías, como los acretismo placentarios, la histerectomía subtotal se asocia con una alta tasa de sangrados a punto de partida de ramas cervicovaginales.

Una alternativa conveniente, es la realización de una arteriografía de la hipogástrica y sus ramas, con el objetivo de identificar el vaso sangrante y proceder a su embolización.

El hemoperitoneo puede presentarse a) en el postoperatorio de histerectomías, b) como consecuencia de ruptura uterina, y 3) en algunos casos de hematoma retro placentario con infiltración miometrial y trasvasación de sangre en la cavidad (útero de Couvelaire), posiblemente a través de las trompas. El diagnóstico de líquido en la cavidad se establece mediante una ecografía y se confirma con punción abdominal o culdocentesis. La hemostasia se logra luego de individualizar el vaso sangrante en la laparotomía exploradora.

La atonía es la causa más frecuente de hemorragia obstétrica postparto (90% de los casos). El tratamiento inicial es el masaje uterino y el uso de ocitócicos. Si no se obtiene una respuesta satisfactoria se recurre a los análogos de las prostaglandinas, logrando una adecuada contracción uterina en el 90% de los casos.

El taponaje de la cavidad es una alternativa útil en pacientes que no responden a las medidas arriba referidas. Balones inflados temporariamente en la cavidad, logran igual resultado. En todos los casos de taponaje, se indicará profilaxis antibiótica y sondaje vesical. El momento de retirar el taponaje es discutible, pero en general se acepta que 24- 36 horas de permanencia es un periodo conveniente. Los ocitócicos se mantendrán por 12-24 hs luego de su remoción.

Si con las medidas referidas no se obtiene respuesta, podrá optarse por la hemostasia reglada, la sutura compresiva sobre el cuerpo uterino mediante técnica de Blynch, o bien disponer de una arteriografía selectiva con la embolización consiguiente.

Con estos procedimientos se logra cohibir el sangrado en un número considerable de casos.

Durante la operación cesárea, podrá obtenerse rápido control de un sangrado incoercible mediante el clampeo elástico reversible de la aorta infrarrenal en los casos de placenta pércreta, o el clampeo elástico parametrial bilateral en las atonías

y acretismo placentarios. Se procede a la reposición de la volemia, el control del estado de coagulación, el apoyo de las funciones vitales, y se dispone de los recursos necesarios para continuar con el procedimiento, que en cada caso, asegure una hemostasia definitiva, en la medida de lo posible conservando el órgano reproductor.

La disponibilidad de estudios angiográficos de urgencia, permite el control del sangrado mediante la embolización del vaso afectado con esponja de gelatina. Para identificar el mismo, se requiere una velocidad mínima de sangrado de 0,5 ml/min. Si bien el procedimiento evita la necesidad de una intervención quirúrgica, el tiempo total requerido hasta lograr el objetivo deseado, es 60 minutos aproximadamente. Una nueva angiografía post-procedimiento certificará la adecuada hemostasia. La ligadura previa de la arteria hipogástrica impide la realización de estudios vasculares contrastados.

EFEECTO DE MEDICAMENTOS OXITOCICOS

Los efectos terapéuticos de los ocitócicos son: el aumento de la fuerza contracción del miometrio, y el incremento de la frecuencia de las contracciones. Por lo tanto carece de efectividad cuando el sangrado tiene otro origen.

La ocitocina se presenta en solución inyectable que contiene 10 U por mL. Puede administrarse por vía IM en dosis de 10 U, o por vía IV, 10-40 U diluidas en solución fisiológica o solución de dextrosa 5%, con un ritmo de infusión inicialmente rápido (100-200 mU/minuto), hasta lograr una adecuada contracción uterina, luego continuar con dosis usuales: 20-40 mU/minuto o 30-50 U/día durante 24-48 horas. Dosis elevadas no incrementan la acción terapéutica y aumentan la incidencia de los efectos adversos.

Los efectos terapéuticos se inician dentro del minuto de administrada y persisten pocos minutos por la corta vida media: 1-5 min.

Con dosis de 20 mU/minuto, se aprecia una disminución del flujo urinario. Por su efecto antidiurético puede provocar, cuando se aportan líquidos hipotónicos, hiponatremia dilucional sintomática: convulsiones y coma. El exceso de dosis

provoca contracción tetánica o ruptura del útero. La hipertensión arterial es otro de los efectos secundarios a considerar.

La metilergonovina, se utiliza por vía IM en dosis de 0,2 mg cada 2-4 hs. El efecto comienza a los 2-5 minutos y su vida media es de 0,5-2 hs. Esta droga podrá causar náuseas, vómitos, calambres, alucinaciones, convulsiones, cefaleas y mareos. Su uso está contraindicado en pacientes hipertensas y con enfermedad vascular periférica oclusiva o coronariopatía.

El carboprost (15-metilprostanglandina F2 α) se administra por vía intramuscular o intramiometrial en dosis de 0,25 mg cada 15-90 minutos, hasta una dosis máxima de 2 mg. No resulta conveniente su administración por vía IV, puede causar hipertensión, broncoespasmo, anafilaxia. El 68% de las pacientes responden a la primera dosis de carboprost, y el 86% lo hacen con una segunda dosis.

Las reacciones adversas más frecuentes de observar son las gastrointestinales (en más del 10% de los casos), en particular las náuseas. Otros efectos: eritema, broncoespasmo, visión borrosa, cefaleas, hipertensión, hipotensión, mialgias y vértigos.

En algunos casos, se comprobó hipoxemia por probable incremento del shunt intrapulmonar. Se aconseja el monitoreo oximétrico.

El misoprostol es un análogo de las prostanglandinas E1. La dosis única es 0,025-0,4 mg. Las reacciones adversas, aunque menos frecuentes, son similares a las observadas con el carboprost. Se presenta en tabletas que se administran por vía vaginal.

La vida media de la droga es 1,5 hrs y el 85% se elimina por vía renal.

Deberá sospecharse la existencia de una Coagulopatías asociada al sangrado obstétrico en aquellos casos en que se observan hemorragias espontáneas en: sitios de punción, gingivorragias, epistaxis, hematuria, petequias cutáneas o conjuntivales, hemorragia digestiva, etc. Aún en ausencia de alguna de estas manifestaciones clínicas, se solicitarán aquellos estudios que a) certifiquen el

diagnóstico, 2) sus resultados se encuentren disponibles en pocos minutos, y 3) permitan efectuar la reposición racional de los factores consumidos.

Para estos fines consideramos que el coagulograma mínimo debería considerar el recuento plaquetario, el tiempo de protrombina (T° de Quick), el APTT, el dosaje de fibrinógeno, y la determinación de la presencia de productos de degradación del fibrinógeno (PDF) o de la fibrina: dímero D. Podrá presentarse tres situaciones bien definidas:

1. Coagulopatías previa no diagnosticada Hemofilias, enfermedad de Von Willebrand, alteraciones de la función plaquetaria, entre otras.

2. Coagulopatías por consumo y coagulación intravascular diseminada

Las Coagulopatías por consumo se refieren a las alteraciones en los estudios de coagulación sin manifestaciones clínicas. La presencia de fenómenos trombóticos, hemorrágicos y el compromiso multiorgánico certifican la existencia de una coagulación intravascular diseminada en presencia de alteraciones compatibles en el coagulograma.

El tratamiento se basa en la corrección de la causa que origina las coagulopatías.

3. Coagulopatías dilucional post-transfusional

La coagulopatías dilucional se observa luego de transfusiones masivas, considerando como tales, aquellas cuyo volumen eritrocitario administrado en 3 horas o menos, supere la mitad de la volemia estimada. Se observa plaquetopenia y déficit de factores V y VIII.

Los niveles plasmáticos de otros factores se encuentran disminuidos en menor proporción. Se corrige con transfusiones de plaquetas y plasma fresco congelado.

Podrá prevenirse administrando una unidad de sangre fresca por cada 6 unidades de sangre de banco, o transfundiendo 5-10 U de plaquetas por cada 10 U de sangre de banco. La reposición de factor VIII, se hará teniendo en cuenta el nivel actual, y tratando de lograr valores por encima del 50%. En situaciones de emergencia se asumirá que el valor inicial es 0%.

3.10.-PRONOSTICO PLACENTA PREVIA

La placenta previa se diagnostica con mayor frecuencia antes de que se presente el sangrado. El control cuidadoso de la madre y del feto puede prevenir muchos de los peligros considerables.

El mayor riesgo es que el sangrado severo requerirá que el bebé nazca siendo prematuro, antes de que los órganos mayores, como los pulmones, se hayan desarrollado.

La mayoría de las complicaciones se pueden evitar hospitalizando a una madre que esté presentando síntomas y practicando un parto por cesárea.

Afortunadamente la mayoría de las pacientes diagnosticadas portadoras de Placenta Previa (7 de cada 100 embarazadas) dejará de serlo por el “ascenso” placentario, ya comentado, que ocurre a medida que evoluciona el embarazo; así pues, solo una minoría (1 de cada 200 embarazadas) persistirá con la condición ya sea de manera sintomática o asintomática en etapas avanzadas del embarazo. En general el pronóstico es bueno pero nunca se debe olvidar la importancia de este problema ni minimizar su peligrosidad, mucho de esto depende de la condición socioeconómica de la familia y su acceso a centros de salud de calidad; es por ello que las enfermeras recomiendan tener alguna forma de seguro que garantice la mejor atención obstétrica posible.

La mayoría de las mujeres que desarrollan placenta previa no presentan factores de riesgo aparentes. Pero si alguna de las siguientes características aparece hay mayor probabilidad de tener esta complicación:

- Aparición de placenta previa en un embarazo previo.
- Cesáreas anteriores (mientras más cesáreas haya tenido la embarazada, mayor será el riesgo).
- Tener alguna otra cirugía uterina (como legrado o un raspado o extracción de fibromas).
- Fumar.

- Consumir drogas.

La hemorragia es el principal problema que presenta la placenta previa, y aparece normalmente en el tercer trimestre del embarazo, cuando la zona inferior del útero se adelgaza y la parte de la placenta situada sobre el cuello uterino comienza a sangrar. Otros riesgos son:

- Crecimiento fetal retardado.
- Defectos congénitos.
- Implantación anormal de la placenta (placenta acreta, percreta e increta).
- Nacimiento prematuro.

Los riesgos para la madre abarcan:

- Muerte
- Sangrado profuso (hemorragia)
- Shock
- Existe también un aumento del riesgo de infección, coágulos sanguíneos y transfusiones sanguíneas necesarias.

La prematuridad (bebé de menos de 36 semanas de gestación) causa la mayoría de las muertes de bebés en casos de placenta previa. El bebé puede perder sangre si la placenta se separa de la pared uterina durante el trabajo de parto. El bebé también puede perder sangre cuando se abre el útero durante un parto por cesárea.

Entre los factores de riesgo de presentar placenta previa, se incluyen los siguientes:

- el bebé se encuentra en una posición atípica: de nalgas o en posición transversal (ubicado de manera horizontal a través del útero)
- Intervenciones quirúrgicas previas en el área uterina: cesáreas, cirugías para extirpar fibromas uterinos, dilatación y legrado.
- estar embarazada de mellizos o gemelos u otros embarazos múltiples

- aborto espontáneo anterior
- placenta grande
- útero de forma anormal
- haber tenido un hijo antes del embarazo en curso
- antecedentes de placenta previa
- tener más de 35 años de edad
- ser asiática
- ser fumadora

4.- TIPOS DE PLACENTA

4.1.-PLACENTA PREVIA (MARGINAL)

La placenta previa es una condición donde la placenta se encuentra baja en el útero y cubre totalmente o parcialmente el cuello uterino. La placenta puede separarse de la pared del útero como el cuello uterino comienza a dilatarse durante el parto.

La placenta previa afecta alrededor del 1 de cada 200 mujeres embarazadas en el tercer trimestre del embarazo.

La placenta previa es más común en mujeres que han tenido uno o más de los siguientes antecedentes:

- Más de un niño
- Un parto por cesárea
- Cirugía en el útero
- Gemelos o trillizos

Cuando hablamos de placenta marginal, estamos hablando de uno de los grados que puede presentar la placenta previa, en este caso nos encontramos con una placenta que se encuentra situada en una de las paredes del cuello uterino pero sin llegar a cubrir parte de la abertura. Se produce esta posición porque la placenta comenzó a crecer en la base del útero.

La placenta marginal suele detectarse en el tercer trimestre del embarazo a través de una ecografía que muestra la posición de la placenta respecto al útero.

4.1.2.-SINTOMAS DE PLACENTA PREVIA MARGINAL

Al igual que ocurre en el resto de casos de placenta previa, la presencia de una placenta marginal puede conllevar un sangrado vaginal que indicaría que la placenta ha tocado parte de la abertura, siendo este el único síntoma que nos puede alertar.

El sangrado es completamente indoloro y puede presentar un color rojo vivo que resulta alarmante, aunque puede aparecer y desaparecer en diversas etapas del

embarazo. En cualquier caso ante la más mínima incidencia es muy necesario acudir a un centro médico para comprobar el estado y la posición de la placenta.

4.1.3-PRINCIPALES RIESGOS DE LA PLACENTA MARGINAL

Los riesgos que conlleva tener una placenta marginal son los siguientes:

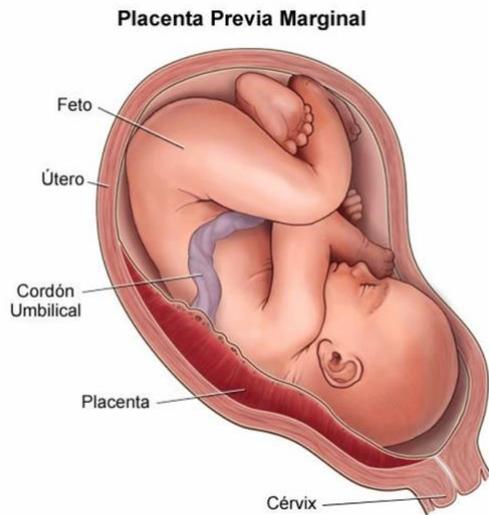
- Aparición de hemorragias vaginales.
- Puede producirse una ralentización en el ritmo normal de crecimiento del feto.
- Es frecuente que se produzca un parto prematuro.
- Por lo general es necesario realizar una cesárea en el caso de que el feto pueda sufrir o el sangrado pueda alertar de un desprendimiento de la placenta.
- En el caso de producirse un parto vaginal, este puede alargarse más de lo normal, con un alto riesgo de que se produzcan hemorragias.

4.1.4.-PRINCIPALES CUIDADOS EN PLACENTA PREVIA MARGINAL

En el caso de que el médico diagnostique que la mujer tiene una placenta marginal, será necesario poner en práctica una serie de cuidados y recomendaciones de modo que se evite el riesgo de parto prematuro especialmente. Así, los cuidados más importantes son:

- A partir de la semana 28, que es el período en el cual suele detectarse la placenta marginal, será necesario seguir un exhaustivo control por parte del personal médico con el fin de controlar su evolución. Esto supondrá realizar visitas más continuas para comprobar que toda evoluciona de forma favorable.
- Es importante guardar cierto reposo y evitar aquellas actividades que requieran mucho esfuerzo como por ejemplo cargar peso, agacharse muchas veces o realizar tareas que impliquen estar mucho tiempo de pie.
- Hay que evitar el tacto vaginal, ya que esto puede provocar hemorragias.

- En algunos casos se recomiendan las inyecciones de esteroides para acelerar la maduración de los pulmones del bebé.
- Hay que evitar las relaciones sexuales que impliquen penetración, ya que esto podría aumentar el riesgo de hemorragia.



Por lo general, la placenta marginal es uno de los grados que menos riesgo implica y que incluso podría posibilitar el tener un parto natural tal y como muchas mujeres desean. En cualquier caso, es importante atender a cualquier sangrado con el fin de controlar el estado del bebé y seguir todas las recomendaciones necesarias para que el embarazo transcurra sin riesgos.

4.2.-PLACENTA PREVIA PARCIAL

La placenta previa parcial no es más que una mala posición de la placenta durante el embarazo, que puede ser algo pasajero, o puede mantenerse así hasta el momento del parto, causando serias dificultades al dar a luz. La placenta previa además produce unos síntomas muy característicos durante el embarazo, aunque no es nada peligrosa si se detecta a tiempo y se realizan los pasos adecuados durante el parto para que no cause problemas en la madre ni en el bebé.

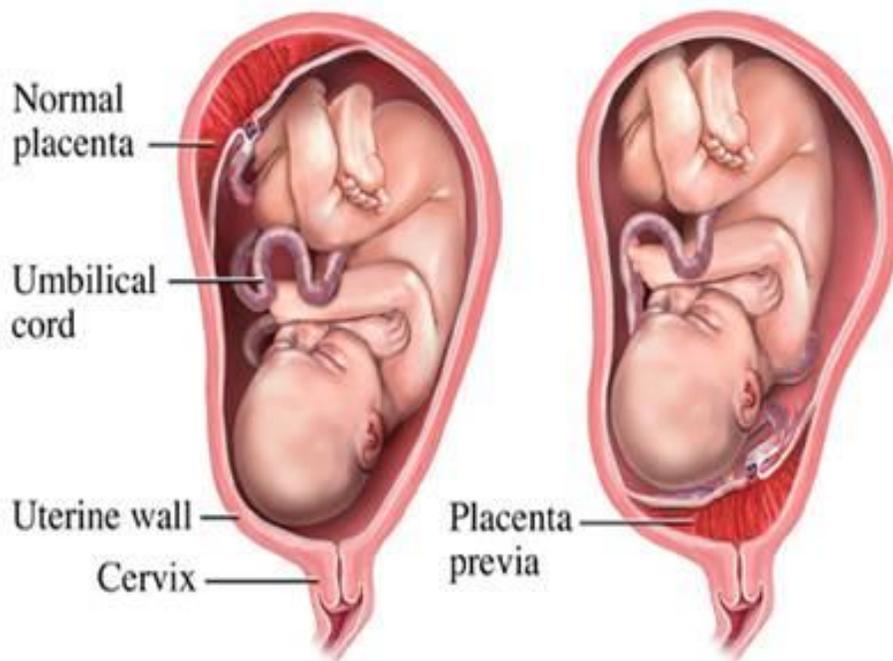
La placenta es ese órgano que se desarrolla junto con el feto, envolviéndolo dentro del útero y protegiéndolo.

A medida que el bebé se va desarrollando en el útero, la placenta de forma natural se va desplazando a la parte superior, lo más lejos posible del cuello del útero, pero en ocasiones esto no ocurre, y la placenta puede quedarse en el lado contrario, bloqueando el cuello uterino de forma parcial o completa. A esto es a lo que llamamos placenta previa parcial.

Una placenta previa puede detectarse antes de las 20 semanas del parto, por lo que los médicos y la madre estarán prevenidos para ello en el momento de dar a luz. Cuando se detecta, el médico hará un seguimiento exhaustivo para proceder de forma correcta el día esperado.

En general, cualquier mujer puede sufrir este tipo de desarrollo anormal del embarazo, pero existen determinados factores que predisponen más en el embarazo:

- Mujeres anteriormente sometidas a cesárea en anteriores embarazos, sometidas a extirpación de fibromas uterinos o a cualquier tipo de cirugía previa
- Mujeres que hayan sufrido un legrado
- Mujeres mayores de 35 años que dan a luz por primera vez
- Y en menor medida, mujeres que ya han sido madres con anterioridad de mellizos o trillizos y que pueden sufrir una placenta previa oclusiva por los daños ocasionados en un parto múltiple.



Lo normal es que al crecer el útero, la placenta se desplace hacia arriba y se aleje del cuello del útero. Si te han diagnosticado placenta previa, lo normal es que la placenta migre hacia posiciones más alejadas al cérvix.

Cuando esto no sucede y la placenta continúa cerca o sobre el cérvix, existen ciertos riesgos asociados, como son las hemorragias. Éstas generalmente suceden en el tercer trimestre. Además pueden hacer que sea necesario practicar una cesárea en el momento del nacimiento del bebé e incluso, una cesárea de urgencia.

Otros de los riesgos que se relacionan con la placenta previa pueden ser el crecimiento retardado del bebé, algunos defectos congénitos o el nacimiento prematuro.

Uno de los signos más frecuentes de la placenta previa es el sangrado vaginal que cursa sin dolor y de forma repentina. En este caso, se realizará la ecografía que mostrará la posición en la que se encuentra la placenta.

En cuanto a las causas que provocan la placenta previa, son totalmente desconocidas. A pesar de ello, se cree que hay ciertos factores de riesgo que

predisponen a su desarrollo. La edad de la mujer, el consumo de tabaco, los embarazos múltiples o los fibromas en el útero son algunos de ellos.

4.3.-CUIDADOS EN EL EMBARAZO

- Controles periódicos

El médico analizará la situación. Para ello tendrá en cuenta la semana de gestación en la que se encuentra la paciente, el tamaño de la placenta y la intensidad del sangrado. Es bastante frecuente que se prescriban medicamentos destinados a prolongar el embarazo lo máximo posible. La idea es evitar el parto prematuro hasta que el bebé se encuentre completamente formado.

A veces existen hemorragias abundantes y la parte de la placenta que obstruye la abertura del cuello del útero es extensa. En estos casos lo recomendado es provocar el parto prematuro. En este sentido, lo que se hace es ponerse en contacto con el médico para que él decida cuál es la mejor opción.

- Reposo absoluto

Frente a la placenta previa, una de las recomendaciones más habituales es el reposo absoluto. Generalmente hasta alrededor de la semana 36 o 37. En este momento se valorará el nivel madurativo del bebé, así como el estado del líquido amniótico, por si fuera necesario practicar una cesárea de urgencia.

Una de las recomendaciones para la placenta baja es el “reposo pélvico”. Esto impedirá mantener relaciones sexuales, realizar duchas vaginales y exámenes vaginales durante todo el embarazo.

- Relajación

Entre los cuidados de la placenta previa, es importante que se tomen las cosas con cierta calma. Con ello queremos decir, que se debe evitar cualquier situación que pueda ocasionar una hemorragia.

Lo mejor que se puede hacer en este caso es seguir de forma estricta las recomendaciones y los cuidados en el embarazo con placenta previa. La paciente

debe someterse a todos los controles que indiquen, reposo absoluto y tomar las cosas con calma.

Los médicos han descubierto que hay ciertas mujeres que son más propensas a sufrir de placenta previa durante el embarazo. En general, cuando hay cicatrices en la pared del útero aumenta el riesgo de que la placenta se ubique demasiado cerca del cuello uterino. Dichas cicatrices pueden deberse a un embarazo anterior, cirugías (incluso una cesárea previa) o un aborto que haya necesitado un legrado o raspado. Los embarazos múltiples también pueden tener un riesgo mayor de placenta previa. Asimismo, hay estudios que indican que las mujeres fumadoras son más propensas.

La edad es otro factor importante. Según estudios de los últimos años, las mujeres mayores de 30 años tienen un riesgo tres veces mayor de sufrir de placenta previa que las menores de 20.

Aunque generalmente las embarazadas que tienen la placenta muy abajo sufren de sangrados que no van acompañados de dolor, existe un porcentaje de mujeres (que varía entre un 7 y un 30%) que no tiene sangrados. Cuando sí hay hemorragia, ésta puede ocurrir después de tener relaciones sexuales, hacer mucho esfuerzo o incluso un estornudo fuerte o un episodio de tos.

Muchos casos de placenta baja logran corregirse sin ayuda antes del parto. Por eso hay médicos que recomiendan no preocuparse demasiado a sus pacientes. Sin embargo, cuando ya se pasa la semana número 20 del embarazo, se empiezan a tomar más precauciones. Entre otras cosas, el médico puede indicar:

- Hospitalización: especialmente en caso de hemorragia, para así evaluar la salud de la futura mamá y su bebé
- Suplementos vitamínicos: muchas veces se recetan suplementos de hierro, por la pérdida de sangre que ha sufrido la embarazada.

- Laxantes y dieta con alto contenido de fibra: como uno de los detonantes del sangramiento puede ser el esfuerzo al defecar, el médico puede tratar de evitar que la mujer haga fuerzas al ir al baño.

La placenta es el órgano intermediario entre la madre y el feto, que se adhiere a la superficie interior del útero y que, entre otras cosas, es la encargada de proporcionar nutrientes y oxígeno al bebé a través del cordón umbilical. Este tejido con forma de disco -que puede pesar hasta 500 gramos-, suele ser expulsado luego del nacimiento del bebé.

Normalmente, la placenta se ubica en el área superior del útero, sin embargo, hay casos en que se implanta y desarrolla en la parte baja, cubriendo parcial o totalmente el orificio cervical interno, es decir, el agujero de salida del útero hacia el canal del parto. En estos casos se habla de placenta previa.

4.4.-PROCESOS ENFERMERIA:

- 1ª. Valoración del Comportamiento. Tiene como entrada los estímulos del ambiente que activan los procesos de enfrentamiento e interactúan para mantener la adaptación con respecto a los cuatro modos adaptativos, el fisiológico, auto concepto, función del rol e interdependencia y que tiene como resultado las respuestas de comportamiento, que pueden ser adaptativas o inefectivas.
- 2ª. Valoración de los Estímulos. En esta etapa se identifican los estímulos focales, contextuales y residuales, que influyen en las respuestas de las personas.
- 3ª. Diagnóstico de Enfermería. Se describe como un proceso de juicio de una declaración metaparadigmática, acerca del sistema adaptativo humano.
- 4ª. Establecimiento de metas. Se describe como la determinación de los resultados que se esperan alcanzar, con el cuidado de Enfermería.
- 5ª. Intervención. Esta etapa consiste en la selección de los cuidados de enfermería que se enfocan a promover la adaptación.

- 6ª. Evaluación. Consiste en juzgar la efectividad de las intervenciones de enfermería, con relación al comportamiento del sistema humano. Se enfatiza en la importancia de la interacción de la persona (paciente) y enfermera que se da durante el proceso de cuidado, y es a través de este contacto, de los conocimientos y toma de decisiones que la enfermera favorece y mejora el cuidado.

5.-NUTRICION EN EL EMBARAZO

Durante el segundo y tercer trimestre de embarazo, la alimentación de la madre es aún más significativa para el feto, ya que en esos meses tiene lugar su desarrollo. Es entonces cuando también se hace imprescindible incrementar la ración de kilocalorías.

El tercer trimestre es, generalmente, en el que la embarazada está más ocupada. Empieza la cuenta regresiva, tiene que ir más frecuentemente al ginecólogo y tiene grandes listas de lo que necesita para recibir al bebé. Pero al mismo tiempo que hace todo esto, no debe olvidarse de la importancia de una buena nutrición adecuada para este trimestre en el que no solo el bebé crece cada día sino que su cerebro se desarrolla rápidamente.

Una mujer embarazada debe de consumir 350 calorías más de lo habitual por día, en el tercer trimestre y continuar el consumo de vitaminas y minerales prenatales que te haya recomendado tu médico.

Las mujeres deben subir entre 12 y 15 kilos. Como el gasto energético es variable, la mejor forma de garantizar que la alimentación sea la adecuada, es un aumento de peso adecuado.

5.1.-CAMBIOS DE HORARIOS

Alimentarse adecuadamente siempre es más difícil cuando ya no se siente tan bien. Al crecer el útero, muchas mujeres experimentan acidez estomacal e indigestión. Esto puede deberse a que comieron demasiado, pero en otros casos es por razones simplemente debidas al embarazo.

En el tercer trimestre las mujeres embarazadas estarán ganando casi 450 gr por semana. Conforme ella y el bebé crecen, es probable que sientan que no pueden hacer tres comidas al día, así que trata de cambiar a hacer 5 o 6 comidas más “ligeras” a través del día. Asegurándose de que sean nutritivas para el bebé.

5.2.-NUTRIENTES IMPORTANTES EN EL TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO

De acuerdo con el colegio de Obstetricia y Ginecología (ACOG), la mujer embarazada debe continuar con sus vitaminas prenatales y dar énfasis a los siguientes nutrientes que, por su función en el adecuado crecimiento y desarrollo del niño, debes tener cuidado especial de incluirlos en tu dieta, entre ellos:

5.3.-CALCIO

El embarazo se asocia a cambios importantes en el metabolismo del calcio. Estos cambios tienen como objetivo facilitar su aporte desde la madre al bebé.

El 80% del calcio del bebé se deposita durante el último trimestre de gestación, cuando el crecimiento del bebé es máximo y comienza la formación de los dientes.

Además el calcio también ayuda en el mantenimiento normal de los sistemas circulatorio, nervioso y muscular. En el caso del sistema circulatorio, es el responsable de una correcta coagulación de la sangre.

¿Qué alimentos contienen calcio?

La mejor fuente de calcio se encuentra en todos los productos lácteos, como la leche, el yogur y los quesos. También se encuentra en pescados enlatados como sardinas y salmón, en avellanas, almendras, nueces, semillas de sésamo, pan integral y en otros productos que estén fortificados.

¿Cuál es la dosis recomendada?

La dosis recomendada para una mujer una embarazada debe superar los 1.000 mg. diarios de calcio.

¿Cuáles pueden ser los síntomas de su déficit?

En mujeres malnutridas, se movilizan los depósitos óseos de la madre para cubrir las demandas del bebé.

En este caso, y más aún con un embarazo múltiple, un bajo ingreso de calcio durante los años reproductivos, pueden contribuir al desarrollo de osteoporosis en la madre.

Los calambres nocturnos de las extremidades inferiores de la embarazada también están relacionados a una disminución en la ingesta de calcio. Se considera una baja ingesta de calcio cuando es menor a 700 mg. por día.

5.4.-HIERRO

En general una mamá que llega al embarazo en condiciones ideales, es decir con sus reservas de hierro adecuadas pero en la mayoría de los casos la situación no es la ideal, es decir hay un déficit en hierro, *y en estos casos la anemia será seguramente un común denominador durante el embarazo, especialmente durante el segundo y tercer trimestre.*

La anemia por deficiencia de hierro puede tener efectos nocivos sobre la madre y su bebé: la mortalidad materna se incrementa en embarazadas severamente anémicas y las pérdidas de sangre del parto y la anemia incrementan los porcentajes de recién nacidos con bajo peso y prematuros.

¿Cuál es la dosis recomendada?

La dosis recomendada para la mujer embarazada es de 30 mg. diarios, es decir un aumento de más del 30% a las cantidades de hierro aconsejadas habitualmente.

¿Qué alimentos contienen hierro?

Las carnes rojas son una de las mejores fuentes de hierro para las mujeres embarazadas. (El hígado es la carne más rica en hierro, pero como contiene cantidades peligrosas de vitamina A, lo mejor es que lo evites por completo durante el embarazo.)

Si la alimentación de la embarazada no incluye proteínas de origen animal, puede obtener hierro comiendo legumbres, verduras y cereales.

Para asegurarse de ingerir lo suficiente, debe comer todos los días una variedad de alimentos ricos en hierro.

Alimentos que son buenas fuentes de hierro: Las carnes rojas, aves y pescados son buenas fuentes de hierro.

Para que el hierro de estos alimentos sean absorbidos correctamente por el organismo se necesita la presencia de vitamina C, por eso recomendamos que acompañe las comidas con un jugo de naranja natural recién exprimido.

A diferencia de la vitamina C, los productos que contienen cafeína interfieren y disminuyen la absorción del hierro y, en este caso, es recomendable que no ingiera té, café o chocolate con las comidas principales.

¿Cuáles pueden ser los síntomas de su déficit?

El déficit de hierro en el embarazo determina una alteración de la salud materna ya que el consumo de las reservas ocasiona una anemia clínica.

Sólo se podrá saber con un análisis de sangre, aunque puede ser que la embarazada comience a sentirse cansada, débil y somnolienta. Otros síntomas de la anemia son la palidez, especialmente en dedos, labios y debajo de los ojos, palpitaciones, falta de aire y poco poder de concentración.

El tratamiento es contar con una fuente adecuada de hierro en la dieta y suplementación medicamentosa de 60 a 120 mg. diarios.

5.5.-AGUA

El agua es un *nutriente esencial ya que ayuda a circular los nutrientes en todo tu organismo.* Ayuda también a formar el líquido amniótico que protege al bebé.

El agua que bebemos también se puede considerar un alimento, ya que **contiene varios electrolitos, que son nutrientes.** Todos los tejidos del cuerpo contienen agua, incluso aquellos que parece que no, como los huesos y el pelo.

Las personas necesitan tomar cerca de 2,5 litros de agua al día, entre la que contienen los alimentos y la que se toma como fluido, ya que es necesario reemplazar la que se pierde en la transpiración, la respiración, al orinar y en la eliminación de heces.

Este fluido es tan importante, que tan sólo con una pérdida de 3% de agua se reduce el volumen de la sangre y la pérdida del 5% produce confusión y debilidad.

El agua se encuentra en todos los alimentos, excepto en los aceites. Los alimentos sólidos que más agua contiene son melón, lechuga, tomate, espárragos, sandía, pimientos, berenjena, coliflor, cebolla, fresas, ejotes, espinacas, zanahoria, piña, cerezas, uvas, naranjas, limones. Y entre los líquidos o semilíquidos jugos, refrescos, bebidas para deportistas, leche, yogurt y derivados lácteos.

Los alimentos que menos agua tienen son el pan, quesos curados, embutidos, dulce de membrillo, miel, higos, pasas, pasteles, mermelada.

Los alimentos grasos como **el pan dulce, mantequilla, margarina tiene una pequeña proporción de agua**, y el arroz, pasta, legumbres, frutos secos, azúcar, galletas, chocolate, una proporción mínima y nada en los aceites.

El agua lleva los nutrientes de la comida que debe consumir la embarazada, y su bebe. También puede prevenir la constipación, las hemorroides, la hinchazón excesiva, y las infecciones de la vejiga y las vías urinarias.

A medida que avanza su embarazo, si la paciente toma poca agua, puede contribuir a un parto prematuro.

¿Qué cantidad de líquidos debes de consumir?

Se recomienda 2.4 litros de líquidos al día: Agua, jugos, café, té y refrescos, pero hay que recordar que hay bebidas que contienen mucha azúcar, y el consumirlas en exceso pueden aumentar de peso. Debido a los efectos que produce la cafeína al bebé en desarrollo es muy posible que el médico limite a 200mg de cafeína al día durante el embarazo

5.6.-FIBRA.

¿QUÉ SON LOS ÁCIDOS GRASOS ESENCIALES?

Los ácidos grasos esenciales son grasas (lípidos) que el cuerpo humano no puede sintetizar, por lo que deben ser consumidos en la dieta cotidiana para cubrir con las demandas del metabolismo.

A su vez, los ácidos grasos se componen en dos familias:

- Omega 3, los cuales se encuentran generalmente en el pescado

- Omega 6, los cuales provienen de los aceites vegetales

El Omega 3 y su importancia durante el embarazo

Fue durante la década pasada, cuando se descubrió la importancia de consumir alimentos que contuvieran Omega 3 durante el embarazo. Actualmente se ha comprobado que el Omega 3 realmente juega un papel fundamental en el proceso de desarrollo y en el crecimiento del bebé, cuando se encuentra en el útero. El Omega 3 es beneficioso para:

- El desarrollo del cerebro.
- La formación de las retinas.
- El desarrollo del sistema nervioso central.

Beneficios que aportan a la madre

- Ayudan al desarrollo de los tejidos y de la placenta
- Algunos estudios mencionan que puede prevenir el parto prematuro y
- el bajo peso al nacer

Las madres que a través de su alimentación no hacen un aporte suficiente de Omega 3 durante el embarazo, la transferencia al feto se produce igual a expensas de sus depósitos, pero puede no ser suficiente al final, que es cuando la demanda es más elevada porque el crecimiento y desarrollo fetal son máximos.

El feto capta entre 50-60 mg al día de ácidos grasos omega 3 durante el último trimestre de gestación.

En diferentes estudios se ha observado que los niveles de Omega-3 de las mujeres multíparas (que han tenido diversos embarazos seguidos) son inferiores en comparación con las primíparas.

Por este motivo, una vez más, es importante realizar una alimentación rica en Omega 3 o en su defecto, tomar un suplemento. En otros estudios también se ha constatado que un nivel correcto de Omega-3 materno puede ser un factor de protección frente la depresión posparto que sufren algunas mujeres.

Cómo obtener ácidos grasos Omega-3

Los pescados son buenas fuentes de DHA ya que se alimentan naturalmente. Pero las embarazadas deben tener cuidado con el tipo de pescado que coman.

Algunos pescados tienen alto contenido de mercurio, que puede ser perjudicial para el bebé por nacer. Se puede consumir otros pescados en las cantidades recomendadas.

Las embarazadas pueden comer sin peligro hasta un total de 360 grms por semana de salmón, arenque, sardinas o trucha de agua dulce. Esos pescados son ricos en ácidos grasos Omega-3, que proporcionan la cantidad de DHA que la embarazada necesita.

También se pueden obtener los ácidos grasos Omega-3 del atún blanco pero no se debe comer más de 180grs por semana de este pescado durante el embarazo. Las mujeres que no desean comer pescado pueden escoger fuentes vegetarianas de DHA, como los alimentos fortificados.

Nueces: Las nueces son una excelente fuente de proteínas y ácidos grasos y pueden ser un buenísimo alimento entre comidas. Las nueces como las almendras, nueces, pistachos y cashews, tienen ácidos grasos, fibra y proteínas.

Los suplementos de omega 3

Se recomienda tomar un suplemento de Omega 3 especialmente durante el tercer trimestre de gestación. Si la madre no consume habitualmente pescado graso o ha tenido otros embarazos, se recomienda el suplemento de Omega 3 desde el inicio de la gestación. En mujeres sanas, la recomendación en estos casos podría ser alrededor de 500 mg al día.

¿El Omega 3 está indicado para el periodo de lactancia materna? ¿Por qué?

Durante la lactancia materna, se debe mantener el suplemento de omega 3 DHA, porque a través de la leche materna le llegará al recién nacido la dosis necesaria de este ácido graso. Para las madres que no optan por la lactancia materna, las leches de fórmula actualmente también están enriquecidas con ácidos grasos esenciales, omega 3 y omega 6.

Las semillas de linaza son una fuente de ácidos grasos omega-3. Sin embargo, algunos expertos médicos recomiendan que las mujeres eviten las semillas de linaza y los aceites de semillas de linaza durante el embarazo y la lactancia.

5.7.-QUE PUEDE COMER UNA EMBARAZADA

Es importante que consuma una dieta bien equilibrada con todos los nutrientes apropiados y hacer por lo menos 30 minutos de ejercicio por día para tener un embarazo saludable. Para la mayoría de las mujeres embarazadas, la cantidad adecuada de calorías es la siguiente:

- Alrededor de 1,800 calorías por día durante el primer trimestre
- Alrededor de 2,200 calorías por día durante el segundo trimestre
- Alrededor de 2,400 calorías por día durante el tercer trimestre

Pan, cereal, arroz y pasta:

- Comer de 9 a 11 porciones al día.
- Estos alimentos le aportan carbohidratos. Se convierten en energía para su cuerpo y para el crecimiento del bebé.
- Los productos de granos enteros y fortificados tienen ácido fólico y hierro.

Verduras:

- Las verduras son una buena fuente de vitaminas A y C, ácido fólico, hierro y magnesio.
- Comer de 4 a 5 porciones al día.
- Trate de que por lo menos dos de las porciones diarias de verduras sean de hoja verde.

Frutas:

- Comer de 3 a 4 porciones al día.

Las frutas le aportan las vitaminas A y C, potasio y fibra. Elija jugos y frutas frescas. Son mejores para usted que las frutas congeladas o enlatadas.

- Comer muchos alimentos ricos en vitamina C, como cítricos, melones y bayas. Trate de evitar los jugos que contengan azúcar o edulcorantes agregados.

La leche, el yogur y el queso:

- Comer 3 porciones al día.
- Los productos lácteos son una gran fuente de proteínas, calcio y fósforo. Si tiene que reducir las calorías y el colesterol, elija productos lácteos bajos en grasa.

Carne de res, carne de aves, pescado, frijoles secos, huevos y nueces:

- Comer 3 porciones al día.
- Los alimentos de este grupo son una buena fuente de vitaminas del grupo B, proteína, hierro y zinc.

Grasas y aceites:

La mujer embarazada necesita un poco de grasa en su alimentación para ella y el feto. Las grasas proporcionan energía a largo plazo para el crecimiento y son necesarias para el desarrollo del cerebro. Las mujeres con necesidades dietéticas especiales deben planear sus comidas con cuidado para asegurarse de recibir la nutrición que necesitan. Hablar con un médico especialista para seguir una dieta especial, por ejemplo:

- Vegetariana o vegana
- Sin lactosa
- Sin gluten

6.-ENFERMEDADES MÁS COMUNES EN EL EMBARAZO.

6.1.-Diabetes gestacional

Aproximadamente el 10 % de mujeres embarazadas desarrollan diabetes gestacional durante su embarazo. La causa de la diabetes gestacional es la resistencia a la insulina.

Durante el embarazo, sus células son más resistentes a la insulina. El azúcar que normalmente entra a las células permanece en el torrente sanguíneo como una manera de entregar más nutrientes a su bebé. Sin embargo, si sus células se vuelven resistentes a la insulina, demasiada azúcar queda en la sangre, causando la diabetes gestacional.

La diabetes gestacional puede ser peligrosa porque puede causar un parto con mayor peso para el bebé. Esto puede causar complicaciones con el parto del bebé. También puede disparar un parto prematuro o ictericia.

El médico le hará pruebas para ver si la paciente tiene diabetes gestacional entre las semanas 24 y 28 del embarazo. Algunas veces, los médicos harán pruebas más adelante en el embarazo si creen que el bebé está creciendo a un ritmo en aumento.

Si la embarazada tiene diabetes gestacional, se le remitirá a un dietista registrado como una manera para ayudar a controlarla. El dietista proporcionará un plan de comidas que puedan ayudar a reducir su azúcar en la sangre. Es importante continuar con el seguimiento de este plan de comidas, aun si el médico prescribe medicamentos para controlar su nivel de azúcar en la sangre. Normalmente, esto incluye lo siguiente:

- combinación de carbohidratos con proteínas
- adherirse a una cantidad establecida de calorías cada día, que el dietista determine
- limitar los alimentos y bebidas que tengan azúcares simples (sodas, postres)
- dividir las calorías de manera más uniforme a lo largo del día

Salud del bebé

Las elecciones de alimentos impactan al bebé. Si la embarazada escatima en su nutrición ahora, corre el riesgo de tener graves complicaciones de salud para su bebé. Por ejemplo, debe asegurarse de que esté obteniendo suficiente ácido fólico, que es importante para el desarrollo del cerebro y de la columna vertebral. Muy pocas calorías podrían dar como resultado bajo peso al nacer y tener un impacto negativo en el desarrollo del bebé. Demasiadas calorías podrían dar como resultado alto peso al nacer y un parto más complicado para el bebé y para usted.

Salud de la madre

Tener un bebe tiene un gran efecto en el cuerpo de la mujer en muchas formas. El efecto es aún mayor sin una nutrición apropiada. Si escatima en alimentos que son ricos en hierro, podría volverse anémica la mujer embarazada. Demasiada comida chatarra podría aumentar la presión sanguínea y causar un aumento de peso extra. Los alimentos poco sanos pueden afectar el estado anímico.

Los chequeos prenatales regulares deben ser parte de su rutina de embarazo. Durante estos chequeos, el médico supervisará el peso de la mujer como una manera de asegurarse de que esté aumentando de peso a un ritmo apropiado. Cuánto peso debe aumentar durante el embarazo dependerá del peso de cuando quedo embarazada. Por lo tanto, la cantidad es diferente para cada persona. En general, si el peso estaba dentro de un rango saludable cuando quedó embarazada, debe aumentar de 25 a 35 libras.

Las náuseas matutinas pueden dar en cualquier momento del día, incluso durar todo el día. Para la mayoría de las mujeres, las náuseas matutinas se limitan a las primeras semanas del embarazo o algunas veces al primer trimestre. Sin embargo, para otras mujeres puede durar todo el embarazo.

Si la embarazada tiene náuseas matutinas, la náusea que siente puede dificultar que mantenga la comida en el estómago, o hasta líquidos, en muchos casos. Esto puede ponerla en riesgo de deshidratación. Visitar al médico si se da cuenta de que las náuseas matutinas están evitando que consuma la mayoría de las comidas, y si están evitando que sostenga líquidos, consulte al médico *inmediatamente*. Hay

medicamentos que pueden ayudar a aliviar las náuseas matutinas y el médico puede indicar algunas vitaminas y minerales adicionales que pueda tomar la embarazada mientras tanto (además de su vitamina regular prenatal).

Pica

El embarazo y los antojos de comidas van de la mano. Lo más probable es que tenga antojos de cosas dulces o saladas. Algunas veces se antojan alimentos que no le gustaban a la mujer antes que quedara embarazada. Sin embargo, si la embarazada comienza a tener antojos de cosas no comestibles, puede ser una señal de advertencia de deficiencia de una vitamina o mineral. Comer persistentemente cosas que no son comestibles, como tierra o partículas de pintura, se asocia con un desorden alimenticio llamado Pica. Puede ser una señal de anemia. Si se tiene estos antojos, no se debe ceder.

Listeria

Si la embarazada se enferma mientras está embarazada y esto no está asociado con las náuseas matutinas, debe consultar con su médico. Las mujeres embarazadas son susceptibles especialmente a la listeria y también sus bebés en desarrollo. La listeria es un tipo de infección bacteriana que necesita tratarse con antibióticos. Los síntomas son parecidos a los de la influenza: náuseas y vómitos, dolores de cabeza, dolores musculares y fiebre. Si no se trata la listeria, puede causar meningitis y otras afecciones graves mortales.

Un plan de alimentación saludable para el embarazo incluye una variedad de alimentos ricos en nutrientes. En enero del 2005, el Departamento de Salud y Servicios Humanos y el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos publicaron las *Guías Alimentarias para los estadounidenses del 2005*. Estas nuevas guías contienen recomendaciones para promover la salud y reducir el riesgo de enfermedades crónicas a través de una alimentación nutritiva y actividad física. Estas recomendaciones incluyen algunas de las necesidades nutritivas para el embarazo.

El comer una variedad de alimentos que le proporcionen suficientes calorías, ayuda a que tanto la madre como su bebé aumenten la cantidad apropiada de peso.

Durante los primeros 3 meses del embarazo, no necesita cambiar el número de calorías que se consumen.

Las mujeres con un peso normal necesitan consumir unas 300 calorías adicionales diarias durante los últimos 6 meses del embarazo. Esto da un total de alrededor de 1.900 a 2.500 calorías diarias. Si la mujer pesaba menos o más de lo que debía o era obesa antes de salir encinta, o si está embarazada con más de un bebé, es posible que necesite una cantidad diferente de calorías.

Un aumento saludable de peso le puede ayudar a que su embarazo y parto sean más cómodos. También puede ayudarle a tener menos complicaciones durante el embarazo, como la diabetes, la presión arterial alta, el estreñimiento y el dolor de espalda.

Si no aumenta suficiente peso cuando está embarazada, el bebé tendrá dificultad para crecer adecuadamente. Informarle al profesional de la salud si no se está aumentando suficientemente el peso.

Aproximadamente el 10 % de mujeres embarazadas desarrollan diabetes gestacional durante su embarazo. La causa de la diabetes gestacional es la resistencia a la insulina.

Durante el embarazo, sus células son más resistentes a la insulina. El azúcar que normalmente entra a las células permanece en el torrente sanguíneo como una manera de entregar más nutrientes a su bebé. Sin embargo, si sus células se vuelven resistentes a la insulina, demasiada azúcar queda en la sangre, causando la diabetes gestacional.

La diabetes gestacional puede ser peligrosa porque puede causar un parto con mayor peso para el bebé. Esto puede causar complicaciones con el parto del bebé. También puede disparar un parto prematuro o ictericia.

El médico le hará pruebas para ver si la paciente tiene diabetes gestacional entre las semanas 24 y 28 del embarazo. Algunas veces, los médicos harán pruebas más adelante en el embarazo si creen que el bebé está creciendo a un ritmo en aumento.

Si la embarazada tiene diabetes gestacional, se le remitirá a un dietista registrado como una manera para ayudar a controlarla. El dietista proporcionará un plan de comidas que puedan ayudar a reducir su azúcar en la sangre. Es importante continuar con el seguimiento de este plan de comidas, aun si el médico prescribe medicamentos para controlar su nivel de azúcar en la sangre. Normalmente, esto incluye lo siguiente:

- combinación de carbohidratos con proteínas
- adherirse a una cantidad establecida de calorías cada día, que el dietista determine
- limitar los alimentos y bebidas que tengan azúcares simples (sodas, postres)
- dividir las calorías de manera más uniforme a lo largo del día.

El comer una variedad de alimentos que le proporcionen suficientes calorías, ayuda a que tanto la madre como su bebé aumenten la cantidad apropiada de peso. Durante los primeros 3 meses del embarazo, no necesita cambiar el número de calorías que se consumen.

Las mujeres con un peso normal necesitan consumir unas 300 calorías adicionales diarias durante los últimos 6 meses del embarazo. Esto da un total de alrededor de 1.900 a 2.500 calorías diarias. Si la mujer pesaba menos o más de lo que debía o era obesa antes de salir encinta, o si está embarazada con más de un bebé, es posible que necesite una cantidad diferente de calorías.

Un aumento saludable de peso le puede ayudar a que su embarazo y parto sean más cómodos. También puede ayudarle a tener menos complicaciones durante el embarazo, como la diabetes, la presión arterial alta, el estreñimiento y el dolor de espalda.

Si no aumenta suficiente peso cuando está embarazada, el bebé tendrá dificultad para crecer adecuadamente. Informarle al profesional de la salud si no se está aumentando suficientemente el peso.

6.2-RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

El líquido amniótico es el agua que rodea a su bebé en el útero. Las membranas o capas de tejido contienen este líquido. Esta membrana se llama saco amniótico.

A menudo, las membranas se rompen durante el trabajo de parto. Esto con frecuencia se llama "romper fuente".

Algunas veces, las membranas se rompen antes de que una mujer entre en trabajo de parto. Cuando esto sucede de forma temprana, se denomina ruptura prematura de membranas (RPM). La mayoría de las mujeres entrará en trabajo de parto espontáneamente al cabo de 24 horas.

Si la ruptura de fuente se da antes de la semana 37 del embarazo, se denomina ruptura prematura de membranas pre término (RPMP).

El mayor signo a vigilar es la pérdida de líquido de la vagina. Éste puede filtrarse lentamente o puede salir a chorros. Algo del líquido se pierde cuando se rompen las membranas. Las membranas pueden continuar perdiendo.

Algunas veces cuando el líquido se filtra lentamente, las mujeres lo confunden con orina. Si observa pérdidas de líquido, use una toalla femenina para absorber algo de éste. Obsérvelo y huélalo. El líquido amniótico normalmente no tiene color y no huele a orina (tiene un olor mucho más dulce).

Si usted piensa que ha roto fuente, llame a su proveedor de atención médica de inmediato. Será necesario que la examine lo más pronto posible.

En el hospital, pruebas simples pueden confirmar que ha roto fuente. Su proveedor observará su cérvix (cuello del útero) para ver si está blanda y si está comenzando a dilatar (abriéndose).

Si el médico determina que tiene una RPM, necesitará permanecer en el hospital hasta que nazca su bebé.

DESPUÉS DE 37 SEMANAS

Si su embarazo ha pasado las 37 semanas, su bebé está listo para nacer. La madre necesitará entrar en trabajo de parto pronto. Cuanto más se tarda en empezar el trabajo de parto, mayor será la probabilidad de contraer una infección.

La madre puede esperar durante un corto tiempo para entrar en trabajo de parto de manera espontánea o se lo pueden inducir (recibir medicamentos para iniciar el trabajo de parto). Las mujeres que dan a luz dentro de las 24 horas posteriores a la ruptura de fuente son menos propensas a contraer una infección. Así que si su trabajo de parto no está empezando por sí solo, puede ser más seguro inducirlo.

ENTRE LAS SEMANAS 34 Y 37

Si la paciente está entre las semanas 34 y 37 cuando rompe fuente, su médico probablemente sugerirá que le induzcan el trabajo de parto. Es más seguro para el bebé nacer unas semanas antes que para la paciente arriesgarse a contraer una infección.

ANTES DE LAS 34 SEMANAS

Si la paciente rompe fuente antes de la semana 34, la situación es más grave. Si no hay señales de infección, el médico puede tratar de retrasar el trabajo de parto poniéndola a guardar reposo en cama. Se administran esteroides para ayudar a que los pulmones del bebé crezcan rápidamente. El bebé estará mejor si sus pulmones tienen más tiempo para crecer antes de nacer.

La paciente también recibirá antibióticos para ayudar a prevenir infecciones. La madre y su bebé serán vigilados muy de cerca en el hospital. Su médico puede hacer exámenes para revisar los pulmones del bebé. Cuando los pulmones hayan crecido lo suficiente, su médico inducirá el trabajo de parto

Si la paciente rompe fuente temprano, su médico le dirá qué es lo más seguro de hacer. Un parto prematuro conlleva algunos riesgos, pero el hospital donde la paciente dé a luz enviará a su bebé a la unidad de cuidados intensivos para prematuros (una unidad especial para bebés nacidos antes de término). Si no hay

una unidad para prematuros en donde dé a luz, la paciente y su bebé serán trasladados a un hospital que tenga una.

La ruptura prematura de membranas puede ocurrir a término (≥ 37 semanas) o antes (llamada rotura prematura de membranas pretérmino si ocurre < 37 semanas). La ruptura prematura de membranas pretérmino predispone al parto pretérmino. La ruptura prematura de membranas siempre aumenta el riesgo de infección en la mujer (corioamnionitis) o el neonato (sepsis), al igual que el riesgo de presentaciones fetales anormales y de desprendimiento de placenta. Los estreptococos del grupo B y la *Escherichia coli* son causas comunes de infección. Otros microorganismos en la vagina también pueden causar infecciones. La ruptura prematura de membranas pretérmino prolongada antes de la viabilidad (a < 24 semanas) aumenta el riesgo de deformidades de los miembros (p.ej., posición anormal de las articulaciones) e hipoplasia pulmonar debido a la pérdida del líquido amniótico (denominado secuencia o síndrome de Potter).

El intervalo entre la ruptura prematura de membranas y el inicio del trabajo de parto espontáneo (período latente) y el parto varía inversamente con la edad gestacional. A término, $> 90\%$ de las mujeres con ruptura prematura de membranas comienzan con el trabajo de parto dentro de las 24 h; entre las 32 y las 34 semanas, el promedio del período de latencia es de 4 días.

Típicamente, a menos que aparezcan complicaciones, el único síntoma es la pérdida de un chorro repentino de líquido por la vagina. La presencia de fiebre, flujo vaginal abundante o fétido, dolor abdominal y taquicardia fetal, especialmente si no tiene proporción con la temperatura materna, sugiere una corioamnionitis.

Diagnóstico

- Acumulación visible de líquido amniótico en la vagina o visualización de vérnix o meconio
- Evaluación del líquido vaginal que muestra helechificación o alcalinidad (color azul) en el papel de nitrazina
- A veces, la ecografía muestra oligohidramnios

Se realiza un examen con espéculo estéril para verificar la ruptura prematura de membranas, estimar la dilatación cervical, recoger líquido amniótico para pruebas de madurez fetal y obtener muestras de cultivos cervicales. El tacto vaginal, especialmente repetido, aumenta el riesgo de infección y es mejor evitarlo a menos que se anticipe un parto inminente. Debe establecerse la posición fetal. Si se cree que hay una infección intraamniótica subclínica, una amniocentesis (obtención de líquido amniótico usando la técnica estéril) puede confirmar la infección.

El diagnóstico se presume si el líquido amniótico parece estar saliendo del cuello o si se visualizan vénix o meconio. Otros indicadores menos precisos incluyen líquido vaginal que cristaliza en hojas de helecho cuando se seca en un portaobjetos o vuelve azul el papel de nitrazina, lo que indica alcalinidad y, por lo tanto, la presencia de líquido amniótico; el líquido vaginal normal es ácido. Los resultados de las pruebas de nitrazina pueden ser falsos positivos si la muestra está contaminada por sangre, semen, antisépticos alcalinos, o por orina o si la mujer tiene vaginosis bacteriana. El oligohidramnios, detectado por ecografía, sugiere el diagnóstico.

Si el diagnóstico es dudoso, puede instilarse índigo carmín usando una amniocentesis guiada por ecografía. La aparición del colorante azul en un tampón vaginal o en la compresa confirma el diagnóstico.

Si el feto es viable, en general la mujer es internada para evaluación fetal seriada.

Deben evaluarse los riesgos de infección si se posterga el parto versus los riesgos por inmadurez fetal cuando el parto es inmediato. Ninguna estrategia es correcta, pero en general los signos de compromiso fetal o de infección (p. ej., resultados de los estudios fetales persistentemente preocupantes, dolor uterino más fiebre) son indicación de realizar el parto. De otra manera, el parto puede postergarse por un período variable si los pulmones fetales aún están inmaduros o si el trabajo de parto puede iniciarse espontáneamente (o sea, en la última etapa del embarazo). La inducción del trabajo de parto se recomienda cuando la edad gestacional es > 34 semanas. Cuando el manejo adecuado no es claro, pueden realizarse estudios de líquido amniótico para evaluar la madurez de los pulmones fetales y así guiar el tratamiento; la muestra puede obtenerse por vía vaginal o por amniocentesis.

Cuando se usa un manejo expectante, la actividad de la mujer debe limitarse a un reposo en cama modificado y completo reposo pelviano. Deben medirse la tensión arterial, la frecuencia cardíaca y la temperatura ≥ 3 veces/día. Se administran antibióticos (en general 48 h de ampicilina y eritromicina IV, seguidas de 5 días de amoxicilina y eritromicina oral); reducen el período de latencia y la morbilidad neonatal. En los embarazos de < 32 semanas, deben administrarse corticoides para acelerar la madurez de los pulmones fetales (ver Tratamiento). Su uso entre las semanas 32 y 34 es controvertido. El uso de tocolíticos (agentes que detienen las contracciones uterinas) para manejar la rotura prematura de membranas es controvertida; su uso debe determinarse en cada caso.

6.3.-CESAREA

La cesárea es una intervención quirúrgica que permite el nacimiento de un bebé a través del abdomen de la madre.

La cesárea presenta algunas ventajas sobre el parto natural como, por ejemplo, el menor sufrimiento del bebé. Sin embargo, las desventajas de esta técnica quirúrgica son mayores y, por eso, la recomendación general es aplicarla solo en casos puntuales donde el parto vaginal no sea posible.

La cesárea debe realizarse cuando exista una indicación médica, ya sea por parte de la madre o del bebé.

En la mayoría de casos, es preferible que los bebés vengan al mundo a través de un parto natural. Sin embargo, la cesárea ha permitido en muchas ocasiones salvar la vida tanto de la madre como del bebé. Por eso, es una práctica habitual en el día a día de los hospitales.

INDICACIONES MATERNAS

La causa de hacer una cesárea, de manera urgente o no, se debe a complicaciones o enfermedades de la madre que va a dar a luz. Las indicaciones más comunes son las siguientes:

- Cirugía previa sobre el músculo uterino o cesáreas anteriores.
- Enfermedad grave: cáncer, cardiopatías, nefropatías, etc.
- Deformaciones o estrechez de la pelvis.
- Fístulas urinarias o intestinales graves.
- Alteraciones en el cérvix: tumor, infección, herpes, etc.
- Infección susceptible de transmitir al niño a través del canal del parto (transmisión vertical): VIH, herpes, etc.
- Enfermedades como la diabetes o la hipertensión que requieran rapidez en el proceso.
- Rotura del útero en el momento del parto.
- El parto se detiene y no sigue adelante.
- Dilatación del cuello uterino insuficiente.

INDICACIONES FETALES

En este caso, se toma la decisión de hacer una cesárea por complicaciones en el feto que pueden poner en peligro su vida o la de la madre. Éstas son las siguientes:

- El niño está en posición de nalgas, transversal o con los pies por delante.
- Malformación en el feto o gemelos siameses.
- Embarazo múltiple, como el caso de trillizos.
- Muertes fetales previas.
- Placenta previa o desprendimiento prematuro de la placenta.
- Desproporción cefalopélvica (DCP): el bebé es demasiado grande para pasar por la pelvis.
- Prolapso en el cordón umbilical o cuando el niño viene con el cordón enrollado al cuello.

- Bradicardia (disminución del ritmo cardíaco) o cualquier otro estrés que indique sufrimiento fetal.

Algunas de estas indicaciones son más discutidas que otras, ya que los especialistas consideran que no existe ningún beneficio de practicar una cesárea en lugar de un parto vaginal. Por ejemplo, sería el caso de los embarazos múltiples.

No se debe olvidar que, aunque la cesárea sea una operación relativamente segura, no deja de ser una intervención quirúrgica mayor, con todos los riesgos y complicaciones que ello conlleva.

TIPOS DE CESÁREA

En función del factor considerado, es posible clasificar los tipos de cesárea de diferentes maneras.

Normalmente, su clasificación se basa en la forma de la incisión abdominal realizada en la madre. Por otra parte, también es posible diferenciar los tipos de cesárea según el momento en que se decida hacerla o si la paciente ya tenía una cesárea previa.

Cesárea según el corte abdominal

En la actualidad, las cesáreas son segmentarias, lo cual significa que el corte se realiza en el segmento inferior del útero, donde el daño es menor y la cicatrización más rápida. A continuación, vamos a comentar los 3 tipos que existen:

Cesárea horizontal o transversal

Es la más común por las ventajas que ofrece, ya que la hemorragia es menor, la apertura es fácil, se dañan menos fibras, y deja una cicatriz más resistente y menos visible. El corte se realiza en la zona baja del vientre y se conoce como incisión o corte bikini.

Cesárea en forma de T

Implica doble corte, uno horizontal y otro vertical. La cicatriz es más llamativa y difícil de reparar. Aunque no es habitual, se realiza en algunos casos de parto prematuro,

bebé de gran tamaño, bebé de nalgas u otras complicaciones, ya que la abertura es más grande y ello facilita la salida del bebé.

Cesárea vertical

Este corte fragmenta más fibras y provoca una hemorragia mayor. Por ello, no suele hacerse, a excepción de situaciones determinadas como los casos de placenta previa. Además, la cicatriz que deja es estéticamente muy vistosa.

Por otra parte, existe otro tipo de cesárea que ya no se suele practicar hoy en día: la cesárea corporal o clásica. La incisión se realiza de forma longitudinal y atraviesa la musculatura uterina, lo cual implica una hemorragia más grande y una cicatriz más frágil.

Solamente se practica una cesárea corporal en casos de miomatosis severa, adherencias, histerectomía programada, carcinoma de cérvix.

Cesárea según cuando se tome la decisión

Lo más habitual es que una mujer no sepa cómo va a ser su parto hasta ese preciso momento, es decir, si va a ser vaginal o por cesárea. No obstante, algunas situaciones sí que implican el hecho de tomar la decisión previa de hacer o no una cesárea.

En este apartado, vamos a distinguir los siguientes tipos de cesárea:

Cesárea de urgencia

Se realiza ante una complicación durante el embarazo o el parto vaginal. Esto obliga a extraer al bebé cuanto antes a través del abdomen para evitar consecuencias graves que puedan comprometer su vida o la de la madre.

Cesárea programada o electiva

Se realiza cuando hay una indicación médica antes de que tenga lugar el parto. Suele programarse entre la semana 37 y 38 de gestación. De esta forma, se garantiza que el niño nazca cuando esté suficientemente desarrollado y no afecte a su salud ni a la de la madre.

Cabe destacar que las cesáreas programadas están desaconsejadas en la actualidad salvo en casos muy puntuales, pues los riesgos son muy elevados. Si te interesa obtener más información sobre este tema, puedes seguir leyendo en el siguiente post: La cesárea programada.

Cesárea según antecedentes obstétricos

En ocasiones, algunos médicos deciden practicar una cesárea cuando las mujeres ya han tenido un parto previamente mediante esta cirugía. El motivo de esto es tratar de evitar que la herida anterior se abra durante las contracciones del parto.

En este sentido, encontramos la siguiente clasificación de la cesárea.

Primera cesárea

Cuando es la primera vez que la mujer da a luz mediante esta intervención.

Cesárea previa

Cuando la mujer ya ha alumbrado en una ocasión anterior. Por tanto, éste sería un parto por cesárea por segunda vez.

Cesárea iterativa

Cuando se practica una cesárea por tercera o cuarta vez en la mujer.

A pesar de todo esto, los estudios médicos han demostrado que no es del todo cierto que exista un riesgo de reapertura de la cicatriz y, por tanto, una mujer podría alumbrar por parto natural sin problemas tras una cesárea.

CESÁREA PASO A PASO

La cesárea es una técnica quirúrgica que requiere anestesia para evitar el dolor y sufrimiento de la madre durante el parto. Actualmente, el tipo de anestesia que ofrece una mayor ventaja es la epidural, pues permite a la madre estar consciente durante el nacimiento y evita la sedación del bebé.

A continuación, vamos a comentar todos los pasos de la cesárea de manera general:

- Se coloca la anestesia epidural.
- Se rasura la zona pelviana.
- Se coloca una sábana en la cintura a modo de ventanilla. De esta forma, la madre no ve todo el procedimiento, pues es posible que le resulte algo desagradable, especialmente por la sangre.
- Se desinfecta la zona y se van realizando los cortes de las sucesivas capas hasta llegar a la cavidad uterina.
- Tras romper la bolsa, se extrae el bebé. Es común que se retire la ventanilla justo en el momento de sacar al bebé para que la madre pueda verlo.
- Se acerca el bebé a la madre para que pueda abrazarlo.
- Se extrae la placenta.
- Se cierran las incisiones mediante grapas y/o puntos de sutura.

En la actualidad, la cirugía ha avanzado mucho y todo el proceso puede tener una duración de unos 15-20 minutos aproximadamente, incluyendo la extracción de la placenta. A este tiempo hay que añadir unos 30-40 minutos más para cerrar el útero y el abdomen.

La relativa seguridad de esta intervención ha hecho olvidar sus riesgos. Esto ha provocado un aumento del porcentaje de los nacimientos por cesárea, de forma que la media está por encima de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Cuidados especiales

A diferencia que en un parto natural, la recuperación de una cesárea es más costosa e implica que la madre y su hijo pasen un mayor número de días en el hospital, unos 4 días normalmente.

Algunos de los cuidados más importantes después de esta operación se comentan a continuación:

- Analgésicos para calmar el dolor, sobre todo los primeros días.
- Caminar lenta y progresivamente después de 24 horas para agilizar la recuperación.
- Utilizar compresas higiénicas ante la aparición de los loquios (pérdidas de sangre). No utilizar tampones.
- La herida debe lavarse con agua y jabón diariamente, aunque también puede usarse algún antiséptico iodado. Seguidamente, se seca bien y se aplica una gasa estéril sobre ella.
- Los puntos de la cirugía suelen retirarse a los 10 días de la operación por parte de un médico o matrona.
- Mantener la cicatriz bien hidratada con geles y cremas para facilitar su desinflamación y posterior desaparición. El aceite de rosa mosqueta es muy efectivo para la regeneración de la piel.
- Usar una faja postparto sin costuras durante unos 30 días. Esto ayudará a cerrar bien todos los tejidos y facilitará tanto la cicatrización interna como la externa.
- Esperar unos 40 días para mantener relaciones sexuales o actividades que requieren esfuerzo físico. Es lo que se conoce como cuarentena postparto.

Riesgos

Existe una tendencia general a realizar un mayor número de partos por cesárea en la actualidad. No obstante, en muchos de los casos, es completamente innecesario. No hay que olvidar que la cesárea implica una cirugía abdominal importante y, por tanto, presenta más riesgos en comparación con el parto vaginal.

Las posibles complicaciones que pueden surgir en la madre después de una cesárea son las siguientes:

- Hemorragias y coágulos de sangre.
- Dolor tras el parto.
- Fiebre puerperal: fiebre tras el parto.
- Aparición de un seroma: infección de la herida quirúrgica.
- Mayor probabilidad de sufrir complicaciones en futuros embarazos: placenta previa o placenta acreta.

Por otra parte, también existen algunos riesgos para el bebé nacido por cesárea:

- Problemas respiratorios si la cesárea se programa antes de las 39 semanas.
- Bronco aspiración de líquido amniótico.
- Laceración o corte con el bisturí.
- Pasa más tiempo alejado de la madre durante los primeros días, lo cual dificulta crear un vínculo entre ambos.

Además, la estancia en el hospital y la recuperación de la cesárea son más largas y complicadas que las del parto vaginal. Por ello, es de vital importancia que los médicos practiquen una medicina segura y realicen la cesárea únicamente cuando el parto vaginal suponga un verdadero riesgo.

6.4.-QUE ES MEJOR PARTO O CESÁREA

La decisión de la forma de dar a luz a un bebé, parto natural o cesárea, no es de los futuros padres.

Normalmente, el médico especialista que lleva el seguimiento del embarazo y que asistirá el alumbramiento será el responsable de determinar qué método es el mejor en función de las características de la mujer, del bebé y de cada situación en particular.

Además, una vez llegado el momento del parto, es posible que sea necesario cambiar de opinión con el fin de evitar riesgos. Esto suele suceder cuando en un primer momento se había programado un parto vaginal y, a continuación, se ha practicado una cesárea.

Parto natural

El parto natural o vaginal hace referencia a la salida del bebé por el orificio vaginal de la madre.

Para ello, es necesario que este orificio se dilate, dando lugar al característico dolor del parto. Las contracciones uterinas que ayudan a expulsar al feto también son responsables de este dolor.

Cabe destacar que, aunque los términos parto vaginal y parto natural hacen referencia a lo mismo, el parto vaginal no siempre es natural, ya que es posible utilizar anestesia epidural.

Se entiende por natural cuando tiene lugar un parto vaginal sin intervención de ningún fármaco que alivie el dolor causado por la dilatación de la vagina.

El parto natural, considerado el parto normal, es aquel que se produce a través de la vagina sin intervención de la epidural. Supone el final del embarazo y ocurre, normalmente, entre la semana 37 y la 40 de gestación.

Es importante insistir en que, aunque la definición de parto natural solo debería hacer referencia al nacimiento sin el uso de fármacos, debido al aumento de los partos por cesárea, ha empezado a denominarse parto natural al parto vaginal de forma generalizada, ya sea con o sin anestesia. Por ello, generalmente se usan como sinónimos.

TIPOS DE PARTO

- Realizarse bajo anestesia, generalmente, la epidural.
- Llevarse a cabo sin intervención de fármacos, es decir, totalmente natural.

En éste último tipo de parto no se recurre a la tecnología médica. Se trata de parir de una forma 100% natural, utilizando únicamente técnicas de relajación y visualización para no sentir dolor o, al menos, reducirlo en la medida de lo posible.

En algunos embarazos de riesgo la madre se decide por el parto natural para no dañar al bebé con los medicamentos. Por otra parte, también hay partos complicados en los que es necesario que la madre empuje con fuerza. En estos casos, se requerirá la epidural, pues el dolor puede reducir la energía de la madre.

Aunque lo habitual es indicar al médico si queremos o no la administración de la anestesia, es posible solicitar la epidural en cualquier momento del alumbramiento. Por ejemplo, en los casos en que la mujer decide llevar a cabo el parto de forma totalmente natural pero, durante el proceso, el dolor le resulta insoportable y decide mitigarlo.

Por otro lado, también podemos hablar de parto natural asistido si utilizados algún instrumento para ayudar a la salida del feto. Los más comunes son el parto con fórceps y el parto con ventosa.

PARTO PASO A PASO

Dilatación

Una vez ya ha se ha iniciado el momento del parto con la expulsión del tapón mucoso y la rotura de aguas, la mujer empieza a dilatar: la vagina se ensancha para facilitar el paso del bebé.

Las contracciones ayudan a borrar el cuello del útero para que se produzca la dilatación. Cuando se llega a los 10 cm, la dilatación es completa.

Empuje

La siguiente etapa del parto es la de empujar, también conocida como trabajo del parto. La embarazada debe hacer esfuerzos muy fuertes de expulsión.

Las contracciones y el propio impulso del bebé ayudan a que salga la cabeza. Las fontanelas, parte superior de la cabeza del bebé, permiten que la cabeza se deforme para pasar por el estrecho canal uterino.

Nacimiento

Cuando la cabeza está fuera, el médico rápidamente absorbe restos de sangre, líquido amniótico de la nariz y boca para que no se lo trague al respirar. En posteriores empujones, saldrán los hombros y el resto del cuerpo. Ya ha nacido el bebé.

Las contracciones prosiguen una vez el niño ha nacido para expulsar la placenta, lo que se conoce también como la expulsión de secundinas. Esto no causa prácticamente dolor comparado con el paso del bebé.

Aplicar o no la anestesia para tener un parto más o menos natural es una decisión que ha de tomar la futura madre. Hay quienes prefieren no mitigar el dolor con fármacos para vivir el nacimiento de su bebé de forma más intensa y totalmente natural.

Por otra parte, existe otro grupo de mujeres que solicitan la anestesia epidural para reducir al máximo el dolor de las contracciones uterinas necesarias para que se produzca el parto vaginal.

Ventajas

Para la mayoría de mujeres, el parto natural es una experiencia única, ya que pueden estar conscientes durante todo el proceso y ver al bebé nada más nacer.

De forma general, podemos decir que una de las principales ventajas del parto vaginal es que, al no utilizarse técnicas invasivas como las propias de la cesárea, existen menos riesgos para la salud de la madre y del bebé.

Además, la recuperación tras el nacimiento es más rápida y cómoda para la madre en comparación con las mujeres que han dado a luz por cesárea. Por otra parte, el parto vaginal no deja cicatrices en el abdomen (en la cesárea se hace un corte en el abdomen que luego se cierra con puntos o grapas), aunque es común que, a nivel

vaginal, se requieran puntos de sutura debido al posible desgarro producido por la salida del bebé.

En relación al parto sin epidural, muchas mujeres lo consideran 'más real'. Este tipo de parto interpreta el nacimiento como una etapa de la vida preciosa y de la que se debe sentir completamente cada instante. Una vez ha finalizado el parto, la mujer se siente muy realizada y, a pesar del dolor sufrido, la mayoría de mujeres insisten en que repetirían la experiencia.

Al no administrar medicamentos por vía intravenosa, hay más libertad de movimiento para buscar la postura más adecuada y la posterior recuperación es más rápida.

Además de esto, existen otros factores positivos a favor del parto natural:

- No necesita una intervención quirúrgica, la cual conlleva riesgos de hemorragias, coágulos, bloqueos intestinales, etc.
- El periodo de recuperación es mucho más rápido y menos doloroso que en la cesárea. La mujer puede reincorporarse casi inmediatamente a su vida normal.
- La pérdida de sangre durante el parto es menor que en el caso de la cesárea.
- Hay un menor riesgo de desarrollar infecciones urinarias o en el endometrio (endometritis).
- El bebé tiene una mejor oxigenación general y cerebral. Su adaptación a la vida extrauterina es menos traumática al pasar por el trabajo de parto.
- Hay una estimulación de los sentidos del bebé durante su paso por el canal del parto.
- Es posible tener más hijos sin esperar muchos años entre uno y otro y, además, no existe un límite de partos vaginales que pueda tener la mujer.
- El cuerpo de la madre libera oxitocina para favorecer la formación de leche y el vínculo afectivo entre la madre y el bebé.

También es importante destacar que, al contrario de lo que ocurre en el parto por cesárea, el futuro papá puede ser partícipe del momento del nacimiento de su hijo durante un parto natural, siendo un gran apoyo para la madre.

Desventajas

Por otra parte, el parto natural también cuenta con una serie de inconvenientes que la mujer debe tener presente, aunque son menores que en el caso de la cesárea.

Por lo que respecta a las desventajas, podemos decir que el principal inconveniente de elegir el parto totalmente natural es soportar el dolor. Generalmente, las técnicas de relajación y respiración no consiguen eliminar el dolor por completo, mientras que con la anestesia epidural, la mujer no siente nada en la mitad inferior de su organismo. Por tanto, las molestias y dolor de las contracciones no se padecen.

Otra desventaja es que, debido al dolor, es posible que la mujer quede exhausta y le cueste más empujar. Por ello, ante partos complicados puede haber ciertos problemas.

- Los dolores son muy intensos en el momento de dar a luz por la dilatación de la vagina y las contracciones.
- Existe riesgo de desgarro en el perineo.
- Es posible que sea necesario realizar una episiotomía (corte vaginal) para facilitar la salida del bebé.
- Riesgo de sufrir incontinencia urinaria posparto o disfunción sexual.
- La duración del trabajo de parto. Las madres primerizas dilatan un promedio de un centímetro por hora, pudiendo alargarse esta fase del parto hasta las 10 horas o más.

Además, no es posible saber con exactitud en qué momento la mujer empezará a sentir contracciones para dirigirse hacia el hospital. Por tanto, es posible que deba estar alerta durante varios días hasta salir de cuentas.

EPISIOTOMÍA

La episiotomía es una incisión o corte que se realiza en el periné femenino desde la vulva hacia el ano para aumentar la abertura vaginal y facilitar el parto, evitando con ello el desgarro de los tejidos durante la expulsión del bebé.

Aunque tradicionalmente era una técnica de rutina o al menos bastante común, actualmente la OMS (Organización Mundial de la Salud) la desaconseja de forma generalizada y únicamente recomienda su realización en ciertas situaciones.

Fortalecer la zona vaginal antes del parto puede ayudar a prevenir la necesidad de episiotomía. Practicar los ejercicios de kegel, aprender técnicas de respiración y empuje para el parto y realizar masajes perineales en las semanas antes del nacimiento son algunas recomendaciones.

Tipos de episiotomía

En función de la orientación del corte, la episiotomía se puede hacer de tres formas principalmente:

- **Lateral:** corte horizontal perpendicular a la dirección anal. Se practica poco actualmente
- **Oblicua o medio lateral:** el corte se hace con ángulo en la dirección del ano pero sin llegar al mismo. Es la preferida por la menor probabilidad de desgarro y porque evita infecciones pero la cicatrización es más complicada y puede aumentar la hemorragia
- **Medial o vertical:** incisión en línea recta desde la vagina y sin llegar al ano. Ésta posee mayor riesgo de daño en el esfínter anal y el recto por lo que no suele hacerse a pesar de la mejor cicatrización.

El tipo de episiotomía que se haga así como la longitud del corte podrá afectar a la recuperación. Aun así, el tiempo de cicatrización, varía entre unas personas y otras, aunque no suele ser mayor a cuatro o seis semanas.

Indicaciones

La OMS rechaza la episiotomía rutinaria y sólo la aconseja en casos concretos como los siguientes:

- Partos complicados como el parto con fórceps, el parto de nalgas, etc.
- Sufrimiento fetal
- Desgarros de tercer y cuarto grado
- Bebés de gran tamaño
- Escasa elasticidad vaginovulvoperineal
- Estrechez o hipoplasia vulvovaginal

Consecuencias de la episiotomía

La episiotomía no siempre resulta beneficiosa, pues en algunos casos puede derivar en complicaciones. Por esta razón, actualmente se realiza solo en los casos en que el médico considera oportuno y no de forma generalizada.

Algunos de los posibles riesgos que pueden derivarse al realizar la incisión son:

- Mayor hemorragia durante el parto
- Infección del corte y los puntos de sutura
- Edemas y hematomas
- Cicatrización dolorosa o molestia por los puntos
- Relaciones sexuales dolorosas (dispareunia)
- Incontinencia urinaria y/ fecal total o parcial
- Endometriosis de la cicatriz
- Lesiones en el feto

Para evitar estas complicaciones se recomienda lavar bien la zona genital pero manteniéndola siempre lo más seca posible y sin arrastrar. Además, durante la recuperación se aconseja llevar ropa de algodón y evitar las prendas muy ajustadas.

También se recomienda evitar el uso de tampones al menos en las primeras seis semanas tras la episiotomía así como las relaciones sexuales.

Relaciones sexuales tras la episiotomía

Una de las preocupaciones de las mujeres a las que se les ha realizado la episiotomía, son las relaciones sexuales.

Es fundamental no tener relaciones antes de que la herida que ha dejado el corte haya cicatrizado completamente, pues ello podría causar desgarro de la zona. Además, los puntos deben haberse reabsorbido por completo, pues de esa manera evitaremos posibles infecciones.

Como hemos comentado previamente, la recuperación de la episiotomía suele ser de entre cuatro a seis semanas, por lo que tras este periodo, no tiene porqué haber problemas en las relaciones sexuales. En cualquier caso, es importante seguir las indicaciones del médico.

ANESTESIA EPIDURAL

Todos hemos escuchado hablar de la anestesia epidural, especialmente cuando hablamos de parto o cesárea.

Aunque se considera la forma de anestesia más segura y que produce menos efectos secundarios en las embarazadas en el momento del alumbramiento, no todos la defienden.

Los que apoyan su uso afirman que no interfiere para nada en la conciencia y la lucidez mental de la madre y alivia el dolor en su totalidad. Sin embargo, sus detractores observan un riesgo en los partos manipulados médicamente.

Indicaciones de la epidural

La anestesia epidural, también conocida como anestesia peridural, consiste en la introducción de un anestésico local en el espacio epidural, de manera que las terminaciones nerviosas quedan bloqueadas a nivel de la médula ósea, concretamente a su salida.

Fue descubierta por el español Fidel Pagés en 1921.

Esta técnica de punción epidural se puede realizar a varios niveles:

- Epidural caudal
- Epidural cervical
- Epidural lumbar

La más frecuente en el parto es la punción lumbar, que se realiza entre las dos vértebras lumbares y permite la anestesia de la zona abdominal.

Esta anestesia está indicada en aquellas intervenciones de abdomen, especialmente a nivel infraumbilical, como son partos, hernias inguinales e intervenciones en vejiga o testículos.

Habitualmente los fármacos introducidos son anestésicos locales y su efecto varía en función de la dosis administrada. A pequeñas dosis eliminan el dolor y a grandes dosis pueden producir un bloqueo muscular y parálisis.

Inconvenientes y ventajas

Esta alternativa para aliviar el dolor tiene ventajas y desventajas, y con todo ello su popularidad sigue creciendo. Debemos por tanto conocerla y con toda la información decidir conscientemente, si la queremos o no.

- No en todos los casos la epidural es eficaz.
- Su aplicación implica que el parto será manipulado médicamente desde un principio y hay más probabilidades de episiotomía y parto con fórceps.

- La concentración del anestésico puede producir una pérdida de la fuerza muscular y de la sensación de las contracciones. El resultado es que la segunda etapa del parto es más lenta, porque la madre tendrá que depender por completo de las instrucciones de la matrona para saber en qué momento debe empujar.

Entre las ventajas encontramos las siguientes:

- Su efecto dura cerca de 2 horas y es posible reforzarse si es necesario o hacer que el efecto desaparezca al acercarse el nacimiento para que puedas controlar por completo este último momento.
- Tiende a hacer el parto más lento, lo cual puede resultar útil.
- Alivia el dolor por completo sin bloquear ninguna de las facultades mentales y permite la participación activa en caso de cesárea.
- Evita la necesidad de aplicar otro anestésico en caso de requerirse el uso de fórceps, ventosa o episiotomía.

Contraindicaciones

Conociendo las ventajas y desventajas de este tipo de anestesia, la embarazada podrá elegir si quiere o no colocarla para el parto. Para tomar esta decisión, es importante seguir el consejo del médico que ha llevado el embarazo y tener en cuenta las condiciones del parto.

La decisión puede tomarse durante el embarazo y ser modificada en el momento en que vaya a producirse el parto, pues algunas mujeres prefieren no utilizarla pero por necesidad finalmente el médico indica su recomendación.

Hay algunas circunstancias concretas para las que la epidural está contraindicada:

- Pacientes con obesidad
- Pacientes con cardiopatías
- Cuando en el parto la dilatación está excesivamente avanzada

- Pacientes con tatuajes en la zona lumbar

EFFECTOS DE LA EPIDURAL EN EL BEBE

La epidural es la anestesia local que se administra generalmente a las mujeres poco antes de un parto natural para evitar el dolor durante el mismo causado por las contracciones y la dilatación uterina. La anestesia epidural, derivada de la cocaína e insertada en el espacio epidural, bloquea los nervios motores y sensores que salen de la médula espinal, aliviando el dolor de forma eficaz.

Aunque no es algo imprescindible son muchas las mujeres que deciden solicitar esta anestesia para hacer frente al parto de una forma más llevadera y con menor sufrimiento para la madre. No obstante, existe un grupo de mujeres que elige la opción natural y descarta la epidural.

Entre las razones que defienden las mujeres que escogen no ponerse la epidural encontramos además del hecho de vivir el parto de una forma totalmente natural, los miedos acerca de los efectos o consecuencias que puede causar esta anestesia en el recién nacido.

Consecuencias de la epidural en el recién nacido

Son muchos los estudios realizados acerca de los efectos de la epidural tanto en el bebé como en el madre desde que se aplicara por primera vez en 1885 las primeras sustancias epidurales.

Recientemente, la Universidad de Granada ha publicado un estudio en el que se afirma que los recién nacidos en cuyas mamás se aplicó la epidural muestran ciertos condicionantes negativos que no se observan o se observan en menor medida en aquellos bebés que nacieron sin la administración de la inyección epidural en sus madres.

En el estudio, liderado por Concepción Ruiz Rodríguez, se analizaron 2609 bebés nacidos entre los años 2010 y 2013 en el Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda (Jaén). De estos, se descubrió que los nacidos bajo el efecto de la epidural presentaban:

- Ligero descenso en el índice del Test de Apgar
- Mayor porcentaje de reanimación
- Mayor necesidad en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)
- Más problemas para adaptarse a la lactancia materna

Las consecuencias en el niño son causadas principalmente por el efecto farmacológico directo, debido a la transferencia placentaria del fármaco por vía materna, y también por el efecto indirecto que suponen los cambios fisiológicos producidos en la madre por la anestesia como los cambios hormonales.

Efectos secundarios en la madre

Además de los efectos descubiertos tras este estudio, también existen inconvenientes para la madre como los siguientes:

- Cambios hormonales
- Bajada de la presión sanguínea
- Necesidad de colocar una sonda urinaria por la incapacidad de orinar
- Subida de la temperatura tras el parto
- Pesadez en las piernas
- Dolor de cabeza
- Otros efectos menos comunes que pueden llegar a producirse debido a la administración de la epidural para el parto son hemorragia después del parto o dificultades respiratorias.

La muerte por la epidural es un acto muy excepcional, aunque puede llegar a ocurrir debido a un paro cardíaco o respiratorio.

Por estas razones, es importante contar con información detallada de los beneficios y los riesgos tanto para la madre como para el bebé a la hora de decidir si se quiere la inyección de epidural o si se prefiere “sufrir” naturalmente el parto.

COMO PREPARARSE PARA EL PARTO

Prepararse para el parto natural

Para prepararse ante un parto natural se recomienda que la mujer conozca una serie de técnicas que le ayuden a disminuir el dolor, algunas de las cuales se deben realizar en el mismo momento del parto. Las más utilizadas son:

- El hipnoparto, que consiste en intentar alcanzar un estado de hipnosis durante el parto.
- Utilizar imágenes visuales para relajarse y disminuir los nervios. Una de las más útiles es pensar en la carita de tu bebé.
- Mirar a los ojos a tu pareja dándole la mano.
- Dar largos paseos días antes del parto. Caminar puede ayudar a que el parto se produzca de forma más fácil.
- Hacer yoga, pues las posturas y respiraciones de esta técnica pueden ser muy útiles en el momento del parto.

Tanto si el parto es con o sin epidural, se recomienda haber asistido a clases de preparación al parto para conocer las condiciones de esta etapa final del embarazo y saber a qué nos enfrentamos, tanto emocional como físicamente.

Oxitocina para estimular el parto

La oxitocina es una hormona que segrega el cerebro de la madre durante la gestación y necesaria para que se desencadene el parto. Procede del griego y significa “parto rápido” y es la responsable de regular el ritmo del parto/nacimiento y de facilitar la lactancia.

Antes del parto los niveles aumentan para estimular las contracciones del músculo uterino. Aunque en la mayoría de clínicas y hospitales la oxitocina sintética se utiliza

de forma rutinaria para acelerar el parto, su empleo únicamente está indicado cuando las contracciones no consiguen una dilatación adecuada del cuello uterino o si es necesario inducir el parto.

¿Cuándo se utiliza?

Se administra como el suero, a través de un gotero, de forma controlada y a dosis crecientes. La velocidad de la gota a gota va aumentando gradualmente hasta conseguir las contracciones apropiadas.

El obstetra mantiene una vigilancia estrecha de las contracciones uterinas, la presión sanguínea de la madre y la frecuencia cardíaca del feto.

Se utiliza para:

- Iniciar el parto cuando se considera que el riesgo de continuar el embarazo es lo suficientemente alto como para decidir finalizarlo.
- Estimular el parto cuando la dinámica uterina es insuficiente para que el nacimiento del bebé se produzca en el plazo de tiempo que se considera seguro para la madre y para el feto.
- Como prueba de bienestar fetal, cuando hay dudas sobre la salud del niño de cara al parto.
- La oxitocina, permite comprobar el estado fetal intraútero (prueba de POSSE o test estresante).

Muchas mujeres se preguntan en qué posición debe aplicarse la Oxitocina, si las contracciones que generan son más dolorosas, si aumenta el número de cesáreas o del uso de fórceps y qué riesgos puede tener para la madre y para el bebé.

En primer lugar, no importa la posición que se adopte para su administración, además permite el movimiento ya que es la analgesia epidural, y no la administración de oxitocina, lo que suele limitar el movimiento de las piernas.

En segundo lugar, la oxitocina sintética provoca contracciones similares a las que produce espontáneamente la oxitocina natural. Como se administra cuando la

actividad uterina es insuficiente, el dolor aparece de repente, pero es el mismo dolor que notaría la mujer si la respuesta a la oxitocina endógena fuera adecuada.

¿Tiene efectos negativos?

En cuanto a si aumenta el número de cesáreas y de partos con fórceps la respuesta es no. De hecho, hay una menor tasa de cesáreas y una menor necesidad de recurrir al parto instrumental y también acorta los partos excesivamente largos.

En última instancia, en la madre existe un efecto leve antidiurético (retención de orina) que depende de la dosis que se administre, aquellas que han pasado por una cesárea hay un riesgo mínimo de rotura uterina. En el feto la hiperestimulación uterina puede producir un déficit de oxígeno transitorio, que suele resolverse fácilmente interrumpiendo la administración.

No debe administrarse cuando hay evidencias de sufrimiento fetal, posición anormal del feto, placenta previa, prolapso uterino o desproporción cefalopélvica. Debe usarse con más precaución en parto gemelar y cardiopatía materna. En casos de insuficiencia coronaria o renal, o de hipertensión, la dosis debe ser baja.

TEST DE APGAR

El test de Apgar es el primer examen vital que se realiza al recién nacido en sus primeros minutos de vida.

Este test ha resultado de gran importancia a la hora de detectar, lo más rápidamente posible, enfermedades o complicaciones en el neonato e incluso ha reducido su tasa de mortalidad de manera notable.

Al encontrar cualquier complicación en los minutos posteriores al parto, los médicos reaccionan inmediatamente y actúan en caso de que el bebé requiera de incubadora, reanimación, ingreso hospitalario.

Algunos autores han dotado de significado a APGAR como siglas de Apariencia, Pulso, Gesticulación, Actividad y Respiración pero, en realidad, responde al apellido de la anestesista que lo inventó Virginia Apgar.

En definitiva, se trata de una visión general del estado del bebé una vez superado el momento del parto.

A cada uno de los parámetros que se estudian se le otorga una puntuación del 0 al 2. Si la puntuación final se encuentra entre 7 y 10 puntos el bebé está dentro de la normalidad. Si por el contrario, ésta es inferior a 7 puntos el bebé requerirá atención médica. Si la puntuación es inferior a 4 puntos nos encontramos ante una urgencia.

No obstante, en el caso de que se otorgue una puntuación baja en el primer minuto pero ésta se normaliza a los cinco minutos, no implica anormalidad en su evolución posterior; por eso el test de los cinco minutos es más importante como indicador o pronóstico de la salud del bebé.

¿Cómo se hace el Test de Apgar?

Normalmente, este test se lleva a cabo dos veces: en el primer minuto tras el nacimiento se evalúa el nivel de tolerancia del recién nacido al proceso del parto y a los cinco minutos, se evalúa su adaptación al nuevo medio y su capacidad de recuperación.

Esta prueba mide cinco parámetros que son: el tono muscular, el color de la piel, el ritmo cardíaco, los reflejos y la respiración del pequeño. En función de los resultados, en ocasiones, es necesaria una tercera evaluación a los diez minutos.

El test de Apgar mide la actividad física y psíquica del neonato. Esta prueba no implica ningún tipo de riesgo para él, tan sólo pretende verificar que el recién nacido está sano. Sin embargo, hay que tener en cuenta que la prueba no detecta posibles enfermedades que puedan aparecer en el futuro.

Primer análisis del bebé

El test de Apgar es el primer estudio o análisis que se realiza al bebé inmediatamente después de su alumbramiento. Determina una serie de parámetros como son:

- **Función cardíaca:** pretende evaluar si el pulso del pequeño es rápido o lento, mide el latido cardíaco. Cuando el pulso no supera las 100 pulsaciones por minuto existe algún tipo de problema. Cuando el pulso es superior a 100 pulsaciones por minuto está correcto y por tanto, se le puntuaría con un 2.
- **Respiración del bebé:** se mide si la respiración es lenta y con dificultad, rápida, nula o si existe llanto o no. Se determina la puntuación de 0 si no respira, 1 si respira débil o irregularmente y 2 puntos si respira normalmente.
- **Color de piel:** Si el bebé muestra un tono azulado (Síndrome del bebé azul) la puntuación sería de 0 ya que se trata de un indicador de problemas como la tetralogía de Fallot entre otros. Si el pequeño tiene el rostro rosado pero los pies y las manos azulados la puntuación sería de 1 y si el tono es rosado está bien y por tanto, se puntuaría con 2.
- **Tono muscular:** con esta prueba se evalúan los movimientos del bebé y la flacidez de sus extremidades. Se adjudican 0 puntos al test del bebé no se mueve, 1 punto si realiza alguna flexión y 2 puntos si se mueve activamente.
- **Reflejos:** se observa si el bebé reacciona ante determinados estímulos como la aspiración mediante sonda nasal. Así, recibirá 0 puntos si no reacciona, 1 punto si reacciona levemente como por ejemplo mediante una mueca o un llanto débil y 2 puntos si emite un estornudo, tos o pataleo al ser estimulado.
- **El test de Apgar** fue inventado por la anestesista estadounidense Virginia Apgar en 1952 y se está llevando a cabo desde esta fecha. Se trata de una prueba de gran utilidad ya que, hasta el momento, ha reducido la tasa de mortalidad neonatal y ha detectado un buen número de enfermedades posibilitando, de esa manera, su atención y tratamiento de manera temprana.

USO DE FORCEPS

El uso de fórceps en el parto no está totalmente exento de riesgos y se enmarca en un contexto en que se sopesan los posibles problemas y las ventajas de su aplicación. Ha de tenerse en cuenta, que se emplea en ocasiones en las que la

situación que aconseja su uso tampoco es segura para la madre, el feto o ambos. En la madre aumenta el riesgo de tener lesiones del canal del parto (desgarros), mayor pérdida de sangre, lesiones urinarias o rectales e incontinencia, que suele mejorar a lo largo del posparto. En este caso es importante que realices ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico.

Es más frecuente que se realice episiotomía cuando se emplea el fórceps, bien por el propio uso del instrumento, bien por la urgencia que en algunos casos existe para la salida del feto. Los masajes con aceite de rosa mosqueta o almendra cuando la herida ya se ha cerrado, ayudan a conseguir más elasticidad al tejido afectado por la cicatriz. Esto es válido para las cicatrices de episiotomías y desgarros tanto en partos asistidos como espontáneos, y ayuda a minimizar el posible dolor al mantener relaciones sexuales coitales posteriormente.

El recién nacido puede presentar contusiones y hematomas que suelen desaparecer en pocos días, esto es lo más frecuente. El riesgo de presentar problemas más graves como hemorragias craneales, lesiones neurológicas, fracturas o parálisis facial habitualmente transitoria es bastante bajo.

Debido a la existencia de los riesgos del parto instrumental, su uso está restringido a determinados casos en los que es indispensable su uso. El hecho por el que se emplea en la actualidad es que sigue siendo útil para determinadas circunstancias del parto. Si se cumplen ciertas condiciones de uso y está bien indicado es un procedimiento bastante seguro.

El fórceps es un instrumento obstétrico en forma de tenazas, que sirve para ayudar a la extracción fetal desde la parte exterior simulando los mecanismos del parto normal. Sus indicaciones son comunes a las de otros partos instrumentales: patología materna, riesgo de pérdida de bienestar fetal, alivio del período expulsivo, etc.

Constan de dos ramas o palas metálicas que se articulan entre sí en su parte media, y tienen en un extremo los mangos y en el otro las cucharas o parte de prensado,

habilitadas con una curvatura tal que se adaptan a la forma de la cabeza fetal y a las curvaturas de la pelvis ósea femenina o canal de parto óseo.

En odontología, se refiere al instrumento utilizado para la exodoncia de piezas dentarias. Se asemeja a un alicate de aproximadamente 17 cm de largo. Hay una gran variedad de formas, según el uso para el cual está indicado, ya sea exodoncia de piezas posterosuperiores (forma de bayoneta e inglés o en S itálica), para dientes anteriores como el fórceps recto anterior o para inferiores como el curvo sobre el borde entre otros. Así mismo, hay de diferentes tamaños de bocados o parte activa (con la que se hace la aprehensión de los dientes): fino, mediano y grueso.

ASPECTOS POSITIVOS

Un fórceps debe aplicarse cuando se considera que la presentación fetal ha alcanzado el III plano de Hodge. Para presentaciones por encima de este plano, el fórceps suele estar proscrito, prefiriéndose la realización de una cesárea.

En ocasiones, puede usarse para una extracción fetal inmediata, evitándose así una cesárea urgente.

Permite realizar la rotación adecuada del feto cuando éste no la realiza por sí mismo, así como corregir defectos de asinclitismo..

ASPECTOS NEGATIVOS

Para el feto:

- Cortes y/o heridas que desaparecen en pocos días sin dejar secuelas.
- De forma ocasional (y temporal), daño a los nervios faciales (Nervio craneal VI, o nervio abducens, causando estrabismo).
- Raramente, fractura de clavícula.
- Raramente, hemorragia intracraneal, que es causa de muerte en 4/10,000 casos

- Lesiones del plexo braquial del recién nacido, como por ejemplo las parálisis de Duchenne-Erb y de Déjerinne-Klumpke, que se corrigen bien espontáneamente, o bien con ejercicios de rehabilitación.

Para la madre:

- Aumenta el riesgo de laceración perineal, prolapso de órganos pélvicos (particularmente cérvix y esfínter anal) e incontinencia.
- Aumenta el tiempo de recuperación post-natal, así como el dolor asociado.
- Aumenta la dificultad para hacer las propias necesidades durante el tiempo de recuperación.

El fórceps obstétrico fue ideado por el cirujano francés Peter Chamberlen poco antes de su muerte, en 1631. Su invento consistía en dos hojas metálicas, ahuecadas y curvadas que se introducían en la pelvis femenina y se situaban alrededor de la cabeza del hijo, uniéndose en la posición adecuada para poder extraer al bebé en un parto que se complicara. La técnica se convirtió en un secreto que su familia, ya establecida en Inglaterra, mantuvo durante cien años. Para evitar que se descubriera, el médico vendaba los ojos de la parturienta y hacía salir del cuarto a la comadrona y sirvientas. Fue el doctor Hugh Chamberlen, hijo del inventor, el que lo aprovechó para rentabilizarlo económicamente. La corporación que formó llegó a ser tan influyente que hasta 1732, año en que se desveló el misterio de los fórceps, nadie en Inglaterra podía licenciarse en Medicina sin adquirirlos, por supuesto, a un precio desmesurado.

El uso de este instrumento obstétrico que es muy parecido a unas tenazas o cucharitas se aplica en la fase de expulsión del bebé.

Para su utilización el cuello del útero debe estar totalmente dilatado y la cabeza del bebé debe estar completamente en el canal del parto.

El fórceps se aplica en los laterales de la cabeza del bebé a la altura de las orejas para ayudarlo a salir y se considera su uso cuando por sí sólo el bebé no logra

avanzar en la cavidad pélvica, cuando las contracciones son muy débiles, cuando el trabajo de parto ha sido muy prolongado o la mamá ya no tiene fuerzas para pujar.

Un fórceps bien aplicado y en el momento adecuado no debiera tener consecuencias.

La mayor parte de las veces lo que queda como consecuencia es una marca en la piel del bebé que con el paso de las horas desaparece, no se trata de una herida si no de una marca por la presión de la tenaza.

Igualmente, el tiempo que el bebé haya estado en el canal del parto también podría afectar su apariencia al nacer. Nos referimos a los bebés que nacen con sus cabecitas alargadas, esto corresponde a una adaptación plástica del propio bebé para acomodarse por el lugar donde debe bajar y nacer.

Hay que tener en cuenta que un mal uso del fórceps puede ser dañino para el bebé. Se han reportado diferentes tipos de lesiones en los bebés debido a un uso inadecuado de este implemento. El médico debe informar a los padres sobre los riesgos y evitar su uso si no es estrictamente necesario.

Si el fórceps no permite ayudar al bebé en su descenso y expulsión del canal de parto la opción es la aplicación de cesárea. Es una decisión que se adopta muy rápidamente por el equipo médico que te asiste y donde no hay mucho que opinar, dado que de la decisión que se adopte dependerá el estado de salud del bebé.

La ventosa obstétrica se utiliza en otros países como alternativa al fórceps.

Funcionan como un aspirador y su aplicación consiste en que el médico introduce el instrumento hasta fijarlo en la cabeza del bebé y, ayudado por las contracciones, va sacando el bebé hacia el exterior.

Al igual que los fórceps, las ventosas sólo se utilizan durante la fase de expulsión y sólo cuando existen evidencias de sufrimiento fetal o en el caso de prolongación excesiva del periodo expulsivo.

Parto natural en casa

Parir en casa es algo que consideran muchas mujeres para vivir el nacimiento de su hijo de una forma más íntima, natural y personal. Sin embargo, es fundamental insistir en los posibles riesgos.

Lógicamente, si el parto en casa es llevado a cabo por profesionales sanitarios especializados, los riesgos son menores que si es la propia mujer la que da a luz sola.

No obstante, generalmente se recomienda que el parto ocurra en un hospital, pues, a pesar de contar con un equipo médico en casa, puede haber complicaciones que requieran atención especializada. En ese caso, la atención requerida será más rápida y eficaz en el hospital que en casa.

De cualquier modo, en este sentido, existe controversia:

Hay defensores del parto en casa que insisten en que la reducción del estrés y la tranquilidad de la madre por estar en un ambiente cómodo benefician y hace más fácil el parto.

En la otra cara de la moneda, encontramos a los que insisten en la necesidad de la atención hospitalaria. Éstos defienden el ambiente limpio y seguro de un hospital, con los utensilios y profesionales necesarios a la mano. Además, ante posibles complicaciones, estar en un hospital permite actuar con rapidez, eficacia y especificidad.

Algunos estudios indican que el parto en casa da lugar a un mayor porcentaje de muertes al nacer así como mayor probabilidad de que surjan imprevistos y complicaciones.

No obstante, parir en casa genera más satisfacción personal y la recuperación es más cómoda y fácil.

Riesgo de muerte neonatal por parto en casa

Actualmente se reivindica la vuelta al parto en casa para evitar una excesiva medicalización del momento y disfrutar del parto con mayor intimidad.

Hay estudios que afirman que el parto en casa es tan seguro como el parto en el hospital, siempre que se cuente con expertos profesionales y no sea un embarazo de riesgo.

Sin embargo, un estudio llevado a cabo por investigadores del Centro Médico New York-Presbyterian/Weill Cornell afirma lo contrario ya que ha demostrado que el parto en casa multiplica por cuatro el riesgo de que el recién nacido muera.

El presente estudio, presentado durante el congreso anual de la Sociedad de Medicina Materno-Fetal, alerta de que los bebés nacidos en casa con ayuda de matronas tienen un riesgo cuatro veces mayor de morir durante el primer mes de vida que los nacidos en hospitales. La investigación concluye que esto está provocado por el lugar en que se produce el parto.

El riesgo de muerte neonatal se multiplica siete veces si la madre es primeriza y hasta diez veces en los embarazos que se alargan más de 41 semanas.

De acuerdo con los resultados de la investigación, los autores consideran que los ginecólogos tienen la obligación ética de explicar a sus pacientes los riesgos que conlleva dar a luz en casa e intentar disuadirlos.

Al mismo tiempo opinan que los hospitales deberían crear un entorno confortable, evitando intervenciones innecesarias para que los padres se sientan cómodos y no prefieran el parto en casa.

Por otro lado, un estudio publicado hace unos meses en BMJ advierte de que las complicaciones graves de un parto son menos frecuentes si se produce en el domicilio, por tanto el debate está abierto.

En cualquier caso, dar a luz en casa sólo está indicado en embarazos con poco riesgo y mujeres que ya hayan tenido hijos previamente.

Parto por cesárea

El parto por cesárea es aquel en el que el bebé sale del vientre materno a través de un corte realizado en el abdomen y útero de la mujer. Se trata de una intervención quirúrgica mayor y, como tal, presenta ciertos riesgos.

La cesárea debe realizarse bajo anestesia. Actualmente, se suele utilizar la epidural, aunque en el pasado era común utilizar la anestesia general.

Comúnmente se oye comentar que un bebé nacido por cesárea sufre menos durante el parto y, por tanto, nace con mejor color y aspecto. No obstante, la cesárea también puede complicarse y presentar varios riesgos para la madre y el bebé.

Ventajas

- No hay ningún tipo de dolor durante el parto debido a la anestesia.
- El tiempo de la intervención es corto, unos 30 minutos si todo va bien.
- Se sabe con exactitud el día que va a nacer el bebé si la cesárea ha sido programada.
- Existe un menor riesgo de complicaciones para el bebé.
- No hay trauma en la zona vaginal y, por tanto, el riesgo de sufrir incontinencia urinaria es menor.

Desventajas

A pesar de que muchas veces es necesario practicar una cesárea para salvar la vida del bebé, lo cierto es que esta intervención cuenta con más inconvenientes que el parto vaginal:

Consiste en una intervención quirúrgica y, por tanto, existen riesgos de infección y daño a otros órganos.

- La recuperación posparto es dolorosa y mucho más lenta, entre 4 y 8 semanas.
- No se estimulan los sentidos del bebé durante el parto.

- No se genera la hormona oxitocina y la adaptación a la lactancia puede ser más costosa.
- La mujer camina con dificultad los primeros días después de salir del hospital.
- No es recomendable tener más de tres partos por cesárea.
- Es necesario esperar al menos un año para volver a embarazarse después de la cesárea.
- Existe riesgo de ruptura uterina si la mujer tiene un parto vaginal después de haber dado a luz por cesárea.

Además de todo esto, al contrario de lo que ocurre con el parto natural, no es posible que el padre ni otro acompañante estén presente durante la intervención.

6.5.-DECÁLOGO DEL CÓDIGO DE ÉTICA PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS DE MÉXICO

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

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos de los humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto como las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.

7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo con su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.

7.-ANTECEDENTES DE PLACENTA PREVIA

Durante la primera mitad del embarazo, las principales complicaciones biológicas de salud de la mujer son: hemorragia, embarazo ectópico y enfermedad trofoblástica gestacional; en la segunda mitad: ruptura uterina, placenta previa, abrupcio de placenta, diabetes gestacional, preeclampsia y eclampsia. De las causas directas de mortalidad materna, el 35% corresponden a eclampsia, el 25% a complicaciones durante el trabajo de parto y el parto, el 16% a embarazo terminado en aborto, el 9% a otras complicaciones del embarazo, el 8% a complicaciones del puerperio y el 7% a hemorragias. Según Herrera & Moreno, la preeclampsia es la primera causa de mortalidad materna en Colombia, desde hace más de treinta años, sin cambiar la estructura del indicador.

Señala Salazar que “no existe un período en la vida de las mujeres que sea tan crítico como el periodo perinatal”. Un factor de riesgo en el embarazo, de acuerdo con este autor, “es la característica o atributo biológico, ambiental o social que cuando está presente se asocia con un aumento de la posibilidad de sufrir un daño la madre, el feto o ambos” (2). La salud materna es una prioridad; mejorar la salud materna es uno de los Objetivos del Milenio (ODM 5) y para ello se establecen dos metas: reducir la Razón de Mortalidad Materna (RMM) en tres cuartas partes entre 1990 y 2015 y lograr la cobertura universal de la asistencia especializada al parto para 2015. Los indicadores utilizados para seguir los progresos realizados hacia la consecución del ODM 5 son la RMM y la proporción de partos atendidos por personal sanitario especializado.

El concepto de salud materna ha tenido dos enfoques primordiales: uno consiste en analizar la salud sexual y reproductiva en las diferentes etapas del ciclo vital y el otro se orienta a la integración de aspectos sociales, culturales, demográficos, de desarrollo y de género.

La perspectiva de género enfatiza en una mirada a los derechos de las mujeres en relación con su salud y nos lleva a reconocer que existen riesgos en salud sexual y reproductiva asociados a la condición de dependencia, falta de autonomía y maltrato en que vive la mujer en muchos contextos.

Montero contempla la imperiosa necesidad de la reducción bruta de la morbimortalidad materna y de las problemáticas conexas y destaca que este cambio implica ante todo autonomía, respeto por el sexo femenino, igualdad, accesibilidad y una vida sexual lejos de la coerción y la violencia, en que las mujeres tengan la libertad de quedar en embarazo sin una presión cultural, respetando la dignidad de la mujer y su igualdad social.

Las mujeres enfrentan barreras específicas para tener acceso a atención especializada a causa de su bajo estatus social y falta de autonomía, aspectos frecuentes en sinnúmero de contextos. Además muchas mujeres carecen de contacto con la información de salud reproductiva y materna, así como experimentan falta de acceso a medios de transporte. Existe evidencia de que la educación es un indicador importante sobre la probabilidad de utilizar servicios obstétricos, pero se observa que las mujeres de edad reproductiva cuentan con un nivel de educación bajo en comparación con los hombres. Muchas veces las mujeres mismas no buscan servicios de salud. Ellas, pueden sentirse tratadas con condescendencia en algunos casos, pero también pueden ser tratadas sin respeto y hasta ser humilladas por los profesionales de los servicios médicos. Además, en ciertas comunidades existen normas culturales, creencias y tabúes con respecto al rol de las mujeres, el embarazo y el parto que restringen el acceso y la motivación, de las mujeres frente a los servicios de salud “modernos”; para ello deben conocer sus derechos, hacerlos valer, logrando así una maternidad de bajo riesgo.

Según Quintero Benavides, el embarazo de alto riesgo en adolescentes se puede analizar desde diferentes perspectivas. Se ha señalado que, si bien las adolescentes tienen la posibilidad biológica de quedar embarazadas, en ocasiones su cuerpo aún no tiene la preparación ni la madurez biológica requerida para llevar un embarazo a feliz término y para enfrentar la maternidad. Algunos autores, según afirma esta investigadora, han adicionado a las condiciones económicas, los contextos sociales, culturales y familiares que también pueden llegar a influir negativamente sobre la salud de las madres adolescentes.

Hablando del impacto emocional del embarazo de alto riesgo, Torres Gutiérrez (2004) plantea que es necesario partir de dos afirmaciones esenciales casi obvias: la primera, que el embarazo es una situación natural, resultado de la acción de un instinto básico y que resulta ser la culminación de la sexualidad adulta. De hecho, la madurez de una pareja suele estar señalada por la disposición y la capacidad para ser padres. La segunda, que casi todas las mujeres desean tener un hijo. “Las fantasías de las no embarazadas alrededor de la maternidad son casi universales” señala Torres Gutiérrez. Todas las mujeres que ya la han vivido califican la experiencia como significativa e intensa. Casi todas ellas, según este autor, la perciben como un suceso grandioso y terrible, que las acerca a los misterios de la vida y de la muerte. Por la misma razón, experimentan ambivalencia frente al embarazo. Tienen intenso deseo de ser madres, pero temen a la experiencia o al resultado. El estrés del embarazo es debido, en gran parte, al presagio del parto, pero aceptar el embarazo implica asumir esa amenaza inevitable, según plantea este investigador. Según afirman López et ál. (2008), las mujeres que no han experimentado episodios de violencia tienen un porcentaje más bajo de amenaza de parto pretérmino que el promedio general. El embarazo es un factor de riesgo para violencia y, a su vez, la violencia en el embarazo define un contexto multifactorial de situaciones adversas como embarazo no deseado, inadecuado acceso al cuidado prenatal, mayor consumo de tabaco, alcohol y drogas, una mala historia obstétrica, abortos espontáneos, nutrición materna deficiente, infecciones, anemia, parto prematuro y disminución del crecimiento fetal (12). La identificación oportuna de factores de riesgo permite la planeación estratégica de los controles

prenatales, enfatizando las estrategias de remisión y contrarremisión. Se han desarrollado diversas estrategias para ayudar al equipo de salud a valorar los factores de riesgo. A continuación se presentan algunas de estas estrategias propuestas por Herrera et ál., citados en las Guías de Atención Materna de Control Prenatal y Factores de Riesgo de la Secretaría Distrital de Salud en su actualización del 2009. En la Figura 1 se visualiza un esquema que facilita al profesional de enfermería y otros profesionales de la salud la identificación de factores de riesgo biopsicosociales en la gestante (13). De acuerdo con Casabona & Lillo, el cuidado de salud como práctica social ya sea cotidiana o institucional, tiene su génesis y su estructura a través del saber cultural, las instituciones sociales y las personas. El Cuidado de Enfermería nace de esta raíz común con el cuidado de la salud. Actualmente, se espera de los profesionales de enfermería que cuiden a personas procedentes de diversas culturas; esto es debido en gran parte a la gran movilidad geográfica característica de esta sociedad, apoyada en las nuevas tecnologías en comunicación y transportes.

En cuanto al apoyo social a la gestante, Laza & Cárdenas refieren estrategias de apoyo social como la educación a la gestante, la familia y la comunidad, encaminadas a la comprensión de los factores de riesgo, las acciones de cuidado y autocuidado que promuevan la salud, así como la preparación para el parto, la crianza y la aceptación del nuevo rol. La conformación de grupos de apoyo, la creación o consolidación de las redes de apoyo a la gestante y el fortalecimiento del vínculo familiar en torno a las necesidades de afecto y apoyo material o económico, debe hacerse desde un conocimiento de los valores y creencias culturales; también debe tenerse en cuenta el significado que para el grupo cultural tiene este proceso o evento vital.

Comprender las acciones de cuidado de una población en particular, permite al profesional de enfermería, brindar un cuidado congruente con la cultura. Da la posibilidad de predecir el comportamiento de un grupo poblacional en un momento específico de la población y de buscar las intervenciones más apropiadas.

Cada grupo social tiene sus propios ritos y por lo tanto los sistemas de salud deben adecuarse y adaptarse a las diversas culturas para respetar costumbres de cada grupo.

Es muy importante tener en cuenta la enorme influencia de los factores estructurales y las desigualdades de género en las decisiones reproductivas de las mujeres. En ese sentido, es importante que los programas no se enfoquen únicamente a tratar de modificar las conductas sexuales de ellas, sino en fortalecer el sistema de protección de la salud en las mujeres y en influir positivamente en los determinantes sociales de su salud. El acceder y usar anticonceptivos, el poder de decidir sobre cuándo y con quién tener relaciones sexuales o casarse, son algunos de los derechos que deben ser considerados y que influyen positivamente en esta situación.

Todas las mujeres con embarazos de alto riesgo requieren de atención especializada, interdisciplinaria e integral, que incluye la valoración constante de las redes de apoyo social (familia, amigos e instituciones del Estado) al igual que el reconocimiento de los aspectos que se relacionan con su sentido de vida y espiritualidad. Además de esto, la atención oportuna se logra previniendo barreras de acceso a los servicios de salud y evitando los retrasos o demoras en la atención. Es importante insistir en el inicio temprano del control prenatal en la gestante, pues es la mejor herramienta para detectar a tiempo factores que pueden convertir un embarazo normal en uno de alto riesgo y posterior a esto brindar una intervención oportuna para aquellos que sean modificables. La base para el fortalecimiento de la educación sexual y reproductiva en las gestantes con embarazo de alto riesgo es la creación de estrategias basadas en sus necesidades, determinadas por el nivel educativo, el nivel socioeconómico, el entorno en el cual se desarrollan y la percepción de cada una acerca de la sexualidad, teniendo en cuenta un enfoque de género y de derechos. La intervención de Enfermería requiere estar centrada en la dimensión biopsicosocial, espiritual y cultural de la gestante que vive un embarazo de alto riesgo con el fin de priorizar la atención y brindar un cuidado transcultural e integral de acuerdo a las necesidades individuales.

Colmenares (et ál) señalan que el servicio de enfermería debe desarrollar actividades educativas, según las necesidades identificadas, con base en factores de riesgo fisiológico, así como evaluar la habilidad de la gestante para aplicar el aprendizaje obtenido durante las sesiones educativas; fortalecer la educación para la salud en las adolescentes en control al igual que la de su grupo familiar, capacitándolos (as) sobre el conocimiento de los factores de riesgo durante el embarazo y consejería en lactancia materna, estimulando, promoviendo y facilitando la participación de la pareja durante todo el proceso y brindando apoyo psicológico a los dos. Aspectos como una consejería en salud sexual y reproductiva, basada en el fortalecimiento de la capacidad de las mujeres para decidir sobre su cuerpo, que incluya información acertada, oportuna y personalizada sobre anticoncepción, favorecen decididamente el mejoramiento de las condiciones de salud de las mujeres.

El seguimiento por parte del personal de salud de los protocolos disponibles para minimizar los riesgos del embarazo y para la atención a las gestantes con embarazos de alto riesgo es un imperativo para garantizar el derecho a la vida de las mujeres. El mejoramiento de la calidad de la atención a las mujeres gestantes requiere ser asumido por los servicios de salud sexual y reproductiva y de ginecología y obstetricia, de manera generalizada, teniendo en consideración que la accesibilidad, la integralidad, la oportunidad y la calidez hacen la diferencia.

8.-INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON PLACENTA PREVIA

A pesar de que ya existe un modelo de atención, se continúa practicando en el mundo un cuidado perinatal inapropiado. Teniendo en cuenta lo mencionado queremos recordar algunos principios establecidos por la organización mundial de salud (OMS), en torno al cuidado perinatal. El cuidado del embarazo y parto normales debe:

1. No ser medicalizado, lo que implica que el cuidado fundamental debe ser provisto empleando solo las intervenciones que sean necesarias y la menor tecnología posible.

2. Basarse en el uso de tecnología apropiada, es decir un conjunto de acciones que incluye métodos, procedimientos y tecnología, equipamientos y otras herramientas aplicadas a resolver un problema específico. Este principio se orienta a reducir el uso excesivo de tecnología sofisticada o compleja cuando procedimientos más simples pueden ser suficientes o aun superiores.
3. Sustentarse en las evidencias, lo que significa estar avalado por la mejor evidencia científica disponible.
4. Ser regionalizado y basado en un sistema eficiente de referencia de centro de cuidados primarios a niveles de cuidados terciarios.
5. Ser multidisciplinario, con la participación de obstetras, neonatólogos, enfermeros, educadores de parto y de la maternidad.
6. Ser integral y tener en cuenta las necesidades biológicas, intelectuales, emocionales y culturales de las mujeres, sus niños y familias.
7. Estar centrados en la familia y dirigirse hacia las necesidades, no solo de la mujer y su hijo sino también de la pareja.
8. Ser apropiado, considerando las diferentes pautas culturales para lograr sus objetivos.
9. Tener en cuenta la decisión de las mujeres.
10. Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres

Con esto queremos que se tome en cuenta a la mujer como un ser holístico, y de esta manera integrar nuestros conocimientos con la necesidad de cada uno ofreciendo de este modo una atención personalizada principalmente en un proceso natural tan importante para todos como lo es el nacimiento de un hijo, "un nuevo ser".

También queremos que esta experiencia sea única y positiva para todas y cada una de las mujeres. Para que esto sea posible, debemos educar, preparar a la gestante y su entorno, explicando no solo las modificaciones anatomofisiológicas sino

también los cambios y las formas de adaptación de sus hábitos y costumbres a su vida cotidiana, para que el embarazo se desarrolle con normalidad y lo más natural posible, realizando intervenciones que eviten complicaciones prevenibles.

De esta forma deseamos obtener el grado óptimo de salud de la madre y del producto de la concepción, y que se comprenda que a través de los cuidados prenatales podremos reducir la tasa de mortalidad materno fetal

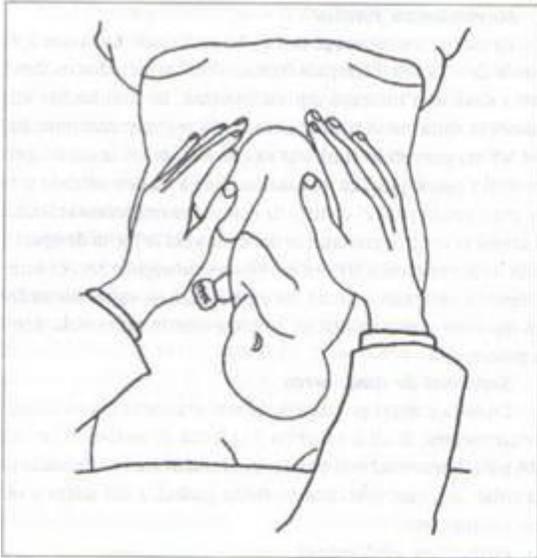


Fig. 6.5 - Primera maniobra

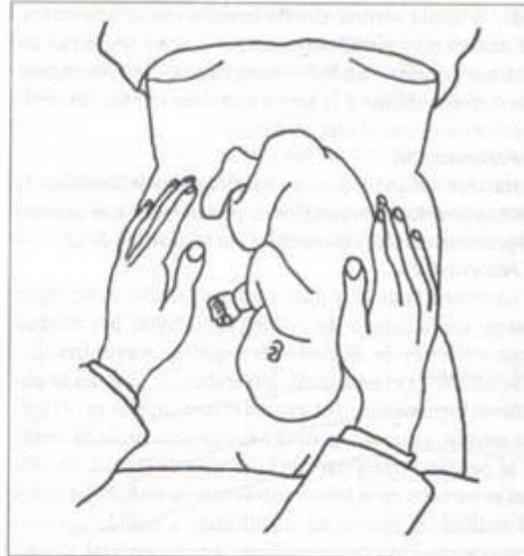


Fig. 6.6 - Segunda maniobra

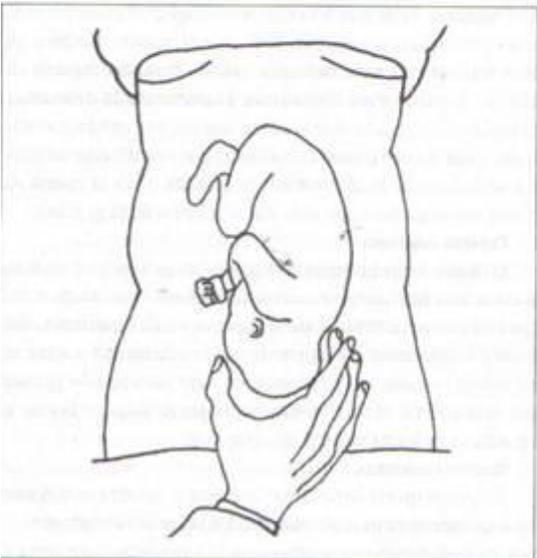


Fig. 6.7 - Tercera maniobra



Fig. 6.8 - Cuarta maniobra

Prescribir exámenes complementarios entre los cuales se incluyen:

- Determinación de grupo sanguíneo y factor Rh Un problema importante durante el embarazo es la incompatibilidad sanguínea materno fetal. La prueba de Coombs debe ser negativa. A las 28 sem.se repite la prueba si la mujer es Rh negativo, no sensibilizadas y con un recién nacido Rh positivo con prueba de coombs negativa se debe administrar 300 ug de gammaglobulinas anti-D (Parto gamma)

- Hemograma completo y determinación de hemoglobina: el valor del hematocrito es de 32 % o menos y se controla a las 32 y 36 semanas. El valor de la hemoglobina oscila entre 11 y 12 mg/dl con un promedio de 11.5, con un valor inferior se prescribe ácido fólico y gluconato ferroso.
- Glucemia: si existen antecedentes o cualquier factor de riesgo, para así descartar diabetes gestacional.
- Orina completa, uro cultivo o ambos. Esta permite detectar bacterias, glucosa y proteínas en orina.
- Pruebas serológicas para la determinación de anticuerpos contra sífilis, rubeola, toxoplasmosis, hepatitis, chagas.
- HIV. Solo en individuos que acepten este procedimiento.
- Frotis de Papanicolaou.
- Frotis para investigar gonorrea

Estos exámenes podrán ser repetidos cada vez que se lo considere necesarios.

Se explicara a la paciente sobre aquellos signos y síntomas por los cuales deberá acudir a la consulta urgente.

Se realizara ultrasonido y ecografía: para evaluar el estado del feto, valorando los latidos cardiacos y movimientos fetales

Valoración del estado inmunitario: la dosis que deberá recibir de toxoide tetánico son las siguientes:

1. DOSIS: en las 20-24 semanas
2. DOSIS: cuatro semanas después (24-28)
3. DOSIS: al año de la última dosis

Si la embarazada tiene la vacunación completa dentro de los cinco años no deberá ser vacunada .Si el esquema es incompleto o el tiempo transcurrido es mayor de cinco años se realizara una dosis de refuerzo entre la semana 20-24.

Valorar el estado nutricional y la necesidad de aporte:

- Objetivos de enfermería en la asistencia nutricional
- Valorar el estado nutricional mediante la investigación de antecedentes médicos y nutricionales
- Identificar las necesidades nutricionales para satisfacerlas
- Enseñar a la embarazada la importancia de una buena nutrición durante el embarazo y garantizar el crecimiento y desarrollo fetales normales
- Ayudar a la embarazada a conservar o mejorar su estado nutricional
- Mejorar los conocimientos de la madre en cuanto a las necesidades nutricionales en el puerperio y durante la lactancia
- Necesidad energética: el costo energético total del embarazo 80.000 Kcal lo que representa, promedio de unas 300 calorías más al día que cuando la mujer no está embarazada
- Necesidades proteínicas:
 - Las proteínas son complejo nitrogenado compuesto por aminoácidos, nitrógeno, oxígeno, azufre, hierro. Estos elementos son necesarios para el crecimiento, síntesis de hormonas, constituyen una fuente de calor y energía y son esenciales para la eliminación de desechos.
 - Las embarazadas requieren 30 g /día más de proteínas que cuando la mujer no está embarazada.
- Necesidades de vitaminas
 - Durante el embarazo se incrementa la necesidad de todas las vitaminas. Esencial para el crecimiento musculo esquelético, mantenimiento del epitelio mucoso y agudeza visual.

Una que requiere atención especial en este periodo es el ácido fólico, que fomenta el crecimiento fetal y previene las anemias relacionadas con el embarazo. La ingestión diaria de ácido fólico es dos veces mayor durante la gestación, de 400 ug / día a 800 ug / día cuando la mujer está en riesgo debido a pobreza o malos hábitos alimenticios.

1. Vitamina A. Son suficientes 6 000 UI/días. Vitamina B 1. Se recomienda 1,0-1,5mg7dia.
2. Vitamina B2. Se necesitan 1,6 mg/días durante el embarazo hasta 1,9 en la lactancia.
3. Niacina. Son necesarios unos 17mg en la embarazada y 21mg en la lactancia.
4. Vitamina C. Su consumo se eleva en el embarazo entre 90 y 100 mg.
5. Necesidad de minerales.
6. Los minerales forman parte de todos los líquidos y tejidos corporales y tienen gran importancia en los procesos fisiológicos, actúan como catalizadores de la respuesta nerviosa, contracción muscular, metabolismo de los nutrientes, regulan el equilibrio electrolítico y la producción de hormonas, proporcionan fortaleza a los tejidos esqueléticos.
7. Sodio: 25g de sodio a 60g de cloruro de sodio (NaCl) aproximadamente. Su limitación es anti fisiológica, pues obliga a una secreción adicional subsiguiente de angiotensina.
8. Calcio: Deben darse 1,5 g /día desde el inicio de gestación, pues es necesario crear una reserva adicional en los tejidos maternos y de ahí se tomara el calcio necesario para el tercer trimestre del embarazo, que es cuando se realiza la mineralización del esqueleto fetal.
9. Fosforo: Se necesita 1,0 g /día. Un litro de leche contiene 2g de calcio y 1 g de fosforo, si la mujer no ingiere leche es necesario suplir estos dos elementos.
10. Hierro: Se requiere de 20 a 25 mg/ día durante el embarazo. Esta necesidad puede llegar a ser de 30 a 60 mg/ día según el estado del paciente, deben mantenerse después del parto hasta 90 días.
11. Necesidad de grasas: esenciales en la dieta para el crecimiento, mantenimiento y fruncimientos adecuado del organismo

Son necesarias 65 g para una embarazada de peso medio: 1,1g/kg/día de peso corporal las grasas significan entre 20 y 25 % del total de las calorías de la dieta. Está necesidad no depende de las grasas por si mismas, es conocida que esta se

forma a expensa de los carbohidratos sino por ser el vehículo de las vitaminas liposolubles sobre todas las vitamina A.

Necesidad carbohidrato:

Los carbohidratos son la principal fuente de energía para todas las funciones corporales y resultan imprescindibles para el funcionamiento de otros nutrientes.

El resto de las calorías hasta 2800 g serán provistas por los carbohidratos. Del 55 al 60% del total de la dieta serán provistas por los carbohidratos. Estas cifras optimas y deben ajustarse a los niveles de proteínas grasa, y complementarse el resto de las calorías con carbohidratos.

- 90 g de proteínas 360 cal.
- 60 g de grasas 585 cal.
- 463 g de carbohidratos 1855 cal.
- 2800 cal.

Las necesidades calóricas se elevaran si la embarazada realiza un activo, como las tareas domésticas fuerte y otros.

8.1.-CONSEJOS PARA UNA BUENA ALIMENTACION:

- Durante el embarazo la alimentación debe ser completa y variada para conservar la salud del feto. Se debe tener en cuenta :
- Que los alimentos como la carne o el pescado sean cocinados a la plancha o hervidos, sobre todo si existe un aumento de peso excesivo.
- Que se aumente en forma moderada las frutas, verduras, pan con preferencia integral, arroz, pastas y legumbres.
- Beber entre medio y un litro de leche al día o su equivalente en yogurt o queso fresco.
- Que se reduzca los alimentos con mucha azúcar, como pasteles, dulces, especialmente el pre fabricados, caramelo, chocolates.

- Que se reduzcan los alimentos con excesiva cantidad de grasa de origen animal, como tocino, mantequilla, embutidos etc
- Evitar el exceso de sal que podría hacerle retener líquido e hincharse
- Evite tabaco, alcohol y drogas.
- Aumentar las cantidades de calcio consumiendo productos lácteos o suplementos de calcio diariamente, preferiblemente a la noche. Un adecuado suministro de calcio a el organismo que la hará menos susceptible a los calambres
- Moderar las cantidades, no comer por dos. Una ganancia elevada de peso puede hacer la labor del parto más difícil. Se recomienda no ganar más de 15 kg durante el embarazo.
- Minimizar la ingesta de alimentos procesados o enlatados e intentar comer alimentos preparados frescos, ya que la embarazada esta más susceptibles a intoxicaciones.
- Mantener una dieta balanceada que pueda adquirir todos los nutrientes necesarios para el propio bienestar y de su bebe.
- Se le informara que los anti anémicos vía oral se deben tomar alejados de las comidas para una mejor absorción. Si la gestante presenta alteraciones gastrointestinales no se suspenderá su administración, sino que se orientara que se tomen unidos a las comidas.
- Se deberá aconsejar beber de litro y medio a dos litros de agua por día
Se orientara sobre algunos signos y síntomas por lo deberá concurrir:

Consulta:

- Vómitos intensos y persistentes
- Diarrea
- Dolor al orinar

Emergencia

- Hemorragia por los genitales
- Perdida de líquido por los genitales
- Dolor abdominal intenso

- Contracciones uterinas dolorosas
- Fiebre elevada

Molestias asociadas con el embarazo

Conforme crece el feto, el útero aumenta su tamaño afectando otras partes de su cuerpo. Algunos cambios son iniciados por las hormonas que su organismo secreta para nutrir y proteger al feto, y prepararlos a ambos para el nacimiento.

- Náuseas y vómitos: se deben a cambios metabólicos., aumento de las concentraciones de GCH; ingestión insuficiente de nutrientes y líquidos. Se recomienda que evite alimentos grasos muy condimentados, haga seis comidas diarias o ingerir alimentos fraccionados, tome líquidos entre comidas etc.
- Fatiga: se debe al aumento de la producción de hormonas, mayores demandas del aparato cardiopulmonar, falta o exceso de ejercicio, aumento ponderal excesivo. Se recomienda tome periodos frecuentes de ejercicio, realice gimnasia practique ejercicio de respiración profunda y relajación
- Pirosis: esto ocurre cuando los alimentos digeridos son empujados desde el estómago hacia el esófago por relajación del musculo gastrointestinal liso y el cardias. Se recomienda que coma pequeñas cantidades de alimento varias veces al día, espere al menos una hora antes de acostarse, evitar los alimentos grasos.
- Misiones frecuentes: su útero está presionando también a su vejiga y aunque su vejiga está casi vacía, esta presión genera la misma sensación como si estuviera lleno. Se recomienda que orine cuando sienta necesidad, disminuya la ingestión de líquidos durante la tarde con fin de disminuir la nituria. explicar que misión frecuente y ardor al orinar son signos de infección urinaria, por lo que debe acudir al médico.
- Estreñimiento y hemorroides: entre algunas razones se encuentran los cambios que las hormonas producen provocando disminución en el transito del tracto digestivo. sumando a esto que en el último trimestre el útero engrandecido aumenta su presión sobre el recto. Se recomienda que para

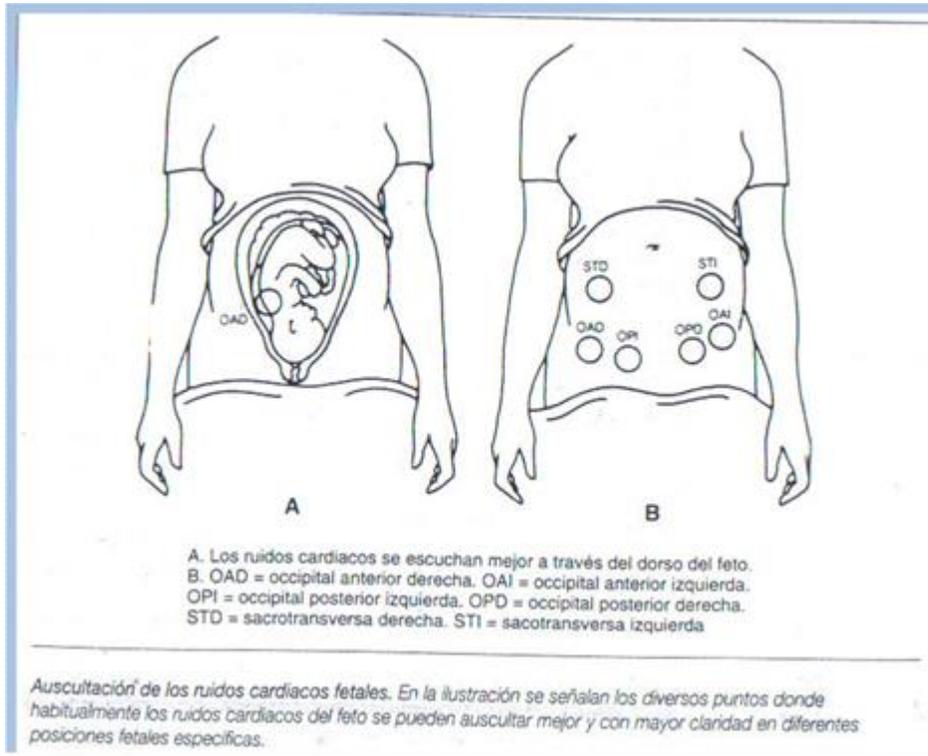
minimizar estas molestias, ingiera mucho líquido y coma frutas y vegetales ricos en fibras

- Cefalea: las causas pueden ser tensión nerviosa o quizás aumento del volumen de sangre dentro del organismo. Se recomienda descanse y trate de relajarse. Algunas mujeres experimentan alivio caminando al aire libre, no tome medicinas al menos que su médico se lo indique.
- Estrías: se deben a la tensión que se produce en la piel con el aumento progresivo y brusco de peso. Se recomienda no aumentar de peso más de lo debido, se puede minimizar aplicando cremas humectantes en la piel.
- Cloasma: son manchas oscuras que aparecen en la piel y se presentan por acción de las hormonas presentes en el embarazo. Estas desaparecen después del parto y evitar la luz solar ayuda a prevenirlas.
- Dolor lumbar: es consecuencia del aumento de su abdomen y el incremento de peso. Se recomienda no usar tacones y realizar ejercicio para disminuir la tensión muscular.
- Hormigueo en las mamas: se produce por aumento de acumulación de grasas, comienzo de desarrollo de los conductos lactíferos, preparándose para la futura lactancia. Este disminuye después del primer trimestre
- Calambres: estos problemas circulatorios son producidos por el aumento de peso experimentado en el embarazo. se recomienda realizar ejercicios como caminatas. Que pueden ayudar a activar la circulación.
- Cambios de humor: se debe a efecto depresor de la progesterona sobre el snc, cambios físicos propios del embarazo, ansiedad. Se recomienda a la pareja que mantengan una buena comunicación, realicen ejercicios o actividades que le sean agradables.

Descanso durante el embarazo

Algunas veces el extremo cansancio puede ocasionar a la mujer diversos cambios emocionales, actitudinales e incluso físicos que pueden afectar de algún modo su estado. Por ello es recomendable que se trate de descansar todo lo que pueda, trate de relajar su cuerpo y mente tan frecuentemente como lo sea posible, si el dormir se dificulta por su aspecto físico propio de la gestación, se deberá tomar la posición

en el que le resulte cómoda y podrá incluir algunos medios físicos como puede ser como almohadas entre sus piernas. La posición más recomendada es decúbito lateral izquierda, por los factores fisiológicos ya mencionados.



Una vez completado el proceso de dilatación cervical y el descenso de la presentación, la parturienta será trasladada a la sala de partos. La asistencia comienza con la dilatación completa:

Objetivos de enfermería en esta etapa:

- Estimular a la parturienta durante los pujos para que se relaje y ventile adecuadamente entre las contracciones.
- Favorecer la relajación entre las contracciones
- Promover la participación activa de la gestante y de un miembro del grupo familiar que la acompañe durante la expulsión del feto.
- Establecer el contacto precoz madre e hijo y favorecer la lactancia.

ACCIONES

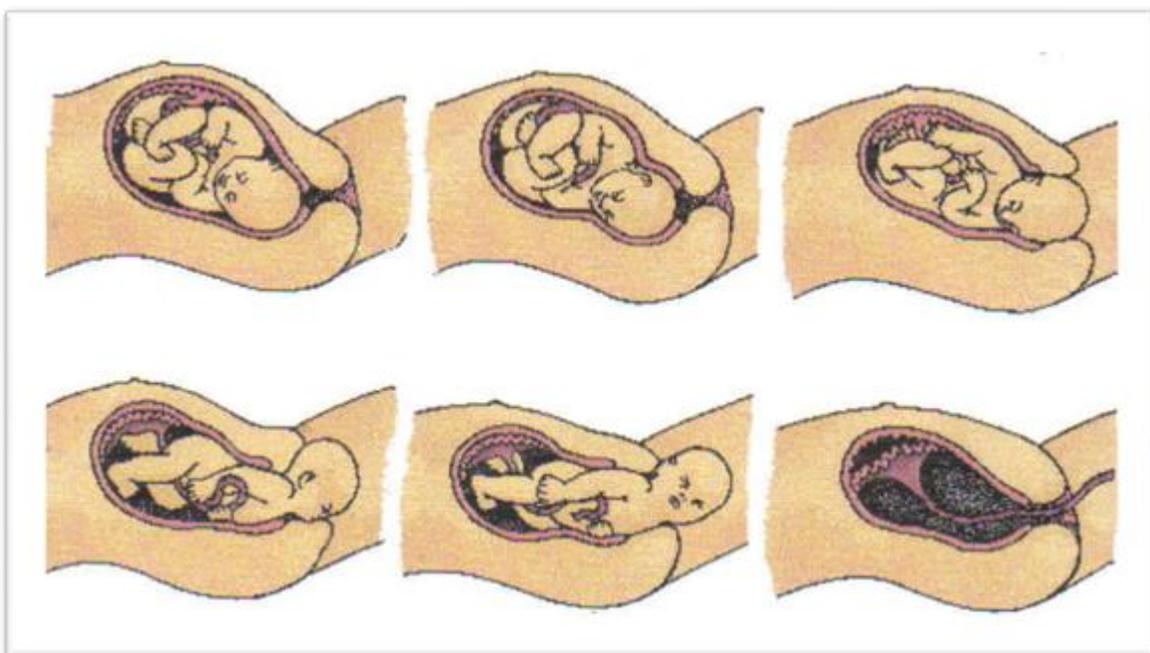
a) Colocar a la parturienta en la camilla o sillón de parto, en una posición cómoda. Se recomienda la posición sentada o semi sentada, ya que fisiológicamente es la que permite que la parturienta realice los pujos con eficacia favoreciendo el descenso y la expulsión del feto. Desde el punto de vista anatómico, permite que la expansión torácica y el descenso del diafragma sobre los órganos abdominales. Desde esta posición también se puede ver en nacimiento del bebé

b) Control de los latidos cardiacos fetales. Se considera normal el descenso de la frecuencia cardiaca hasta 100 latidos por minuto por compresión, durante la expulsión del polo cefálico.

c) Ayudar y guiar los pujos según la dinámica uterina. Durante las contracciones los pujos deben ser originados por la parte del diafragma sobre los órganos abdominales. Si la parturienta realiza la fuerza a nivel de la cara y cuello, no favorece el descenso del feto a través del canal de parto y conduce al agotamiento de la mujer.

- El pujo materno espontaneo suele ser suficiente para la expulsión fetal lo que se constata por el progreso, descenso y la rotación de la presentación.
- El mecanismo del parto tiene cuatro tiempos, en los que en cada etapa el feto cambia de actitud y realiza movimientos de rotación para acomodarse a los distintos diámetros y ejes de la pelvis. Esta acomodación es resultante de las fuerzas de la contracción y de los obstáculos opuestos por el canal de parto.
- Descenso: desplazamiento sostenido del feto hacia abajo, producido por la presión de las contracciones uterinas
- Flexión: actitud natural que se ajusta a la forma de la cavidad uterina y la resistencia del suelo pélvico durante el trabajo de parto.
- Rotación interna: cuando la cabeza fetal llega a la parte media de la pelvis, debe girar hacia posición occipital para adaptarse al diámetro transversal.

- Extensión: la presión sostenida de las contracciones uterinas hacia abajo y la resistencia del suelo pélvico, producen extensión de la cabeza fetal, esta se mantiene extendida hasta el coronamiento mientras se distiende el perineo.
- Restitución: movimiento automático que ocurre cuando la cabeza sale por el perineo, y consiste en un ajuste del cuello del feto hasta que la cabeza guarde relación normal con los hombros.
- Rotación externa y expulsión: esta etapa puede ocurrir junto con la restitución. Consiste en rotación de los hombros del feto y la salida del hombro anterior por debajo de la sínfisis del pubis, a la vez el hombro posterior se desliza por el perineo.



Fomento en la gestante de la lactancia materna

La lactancia materna es la alimentación natural de la especie y la que permitió a la raza humana sobrevivir y evolucionar durante milenios

"Amamantar es dar vida y amor. Es alimentar, brindar confort, protección y comunicación entre madre – hijo"

Por otra parte, innumerables estudios han demostrado que el mejor alimento que puede recibir el bebé es la leche de su madre. En este sentido, esta es un tejido vivo que se adapta las necesidades del hijo y tiene variaciones funcionales lo cual permite afirmar que cada madre produce la leche que su propio hijo necesita.

La leche materna es fundamental y vital para el recién nacido y en sus primeros meses de vida, esta fortalece una relación especial entre a madre y su bebé, además de ser práctica, económica, protege al bebé contra enfermedades futuras como catarro, diarrea, otitis, muerte súbita del lactante, además favorece el desarrollo intelectual y disminuir la aparición de patologías maternas tales como anemia posparto, hipertensión, osteoporosis etc.

Por todas estas razones la OMS recomienda" la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y continuar el amamantamiento junto con las comidas complementarias hasta los dos años"

¿Cómo está formado el órgano mamario?

La mama está compuesta por un gran número de alveolos productores de leche, y conductos de salida de la leche, la cual se junta en los senos lactíferos, esperando la orden para salir por el pezón. Los alveolos están ubicados sobre el tórax y los conductos lactíferos en la mitad anterior de los senos. A alrededor de cada alveolo hay células llamadas mioepiteliales, capaces de contraerse comprimiendo al alveolo de tal manera que lo obliga a expulsar la leche hacia los conductos.

Elementos nutritivos de la leche materna

En los primeros días todo se facilita si usted está junto a su bebé. Desde el posparto hasta al regreso a su casa, debe prenderlo continuamente, así podrá tocarlo, mirarlo, hablarle, tocarlo y acunarlo cuando le parezca.

La leche los primeros días llamado calostro, es amarillenta y espesa. Precisamente por ello es rica en anticuerpos que protegen al bebé de infecciones graves y lo estimula a mamar frecuentemente. El calostro tiene

efectos laxantes y ayuda al bebé a evacuar el meconio de su intestino, eliminando bilirrubina que en exceso provoca el color amarillento en su piel. Durante los primeros siete días el calostro va perdiendo ese color, y la leche se va poniendo cada vez más blanca. Esta leche es de dos clases: la primera es aguada y escasa y se produce y junta en los pechos en los intervalos de las mamadas; la segunda se produce en las mamadas, es abundante y espesa sacia, alimenta y engorda al bebé. Es más blanca porque contiene más cantidad de grasas y proteínas. La llamada leche aguada es la primera que el bebé toma y calma la sed. La llamada leche gorda es la segunda que el bebé toma y calma el hambre del bebé.

La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud.

La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva durante seis meses, la introducción de alimentos apropiados para la edad y seguros a partir de entonces, y el mantenimiento de la lactancia materna hasta los 2 años o más. De acuerdo con la Convención sobre los Derechos del Niño, todos los lactantes y niños tienen derecho a una buena nutrición.

Un 45% de las defunciones de niños se asocia a la desnutrición.

Se calcula que en 2016, a nivel mundial, 155 millones de niños menores de 5 años sufrían retraso del crecimiento y 52 millones presentaban un peso bajo para su talla; 41 millones tenían sobrepeso o eran obesos.

Aproximadamente un 40% de los lactantes de 0 a 6 meses se alimentan exclusivamente con leche materna.

Son pocos los niños que reciben alimentación complementaria segura y adecuada desde el punto de vista nutricional; en muchos países, menos de un cuarto de los niños de 6 a 23 meses cumplen los criterios de diversidad de la dieta y frecuencia de las comidas apropiados para su edad.

Si todos los niños de 0 a 23 meses estuvieran amamantados de forma óptima, cada año se les podría salvar la vida a más de 820 000 niños de menos de 5 años. La lactancia materna mejora el coeficiente intelectual y la asistencia a la escuela, además de asociarse a mayores ingresos en la vida adulta.

La mejora del desarrollo infantil y la reducción de los costos sanitarios gracias a la lactancia materna generan beneficios económicos para las familias y también para los países.

La lactancia exclusivamente materna durante los primeros seis meses de vida aporta muchos beneficios tanto al niño como a la madre. Entre ellos destaca la protección frente a las infecciones gastrointestinales, que se observa no solo en los países en desarrollo, sino también en los países industrializados. El inicio temprano de la lactancia materna (en la primera hora de vida) protege al recién nacido de las infecciones y reduce la mortalidad neonatal. El riesgo de muerte por diarrea y otras infecciones puede aumentar en los lactantes que solo reciben lactancia parcialmente materna o exclusivamente artificial.

La leche materna también es una fuente importante de energía y nutrientes para los niños de 6 a 23 meses. Puede aportar más de la mitad de las necesidades energéticas del niño entre los 6 y los 12 meses, y un tercio entre los 12 y los 24 meses. La leche materna también es una fuente esencial de energía y nutrientes durante las enfermedades, y reduce la mortalidad de los niños malnutridos.

Los niños y adolescentes que fueron amamantados tienen menos probabilidades de padecer sobrepeso u obesidad. Además, obtienen mejores resultados en las pruebas de inteligencia y tienen mayor asistencia a la escuela. La lactancia materna se asocia a mayores ingresos en la vida adulta. La mejora del desarrollo infantil y la reducción de los costos sanitarios gracias a la lactancia materna generan beneficios económicos para las familias y también para los países.

La mayor duración de la lactancia materna también contribuye a la salud y el bienestar de las madres. Reduce el riesgo de cáncer de ovarios y de mama y ayuda a espaciar los embarazos, ya que la lactancia exclusiva de niños menores de 6 meses tiene un efecto hormonal que a menudo induce la amenorrea. Se trata de un método anticonceptivo natural (aunque no exento de fallos) denominado Método de Amenorrea de la Lactancia.

Las madres y las familias necesitan apoyo para que sus hijos reciban una lactancia materna óptima. Entre las medidas que ayudan a proteger, fomentar y apoyar la lactancia materna destacan:

- La adopción de políticas como el Convenio de la Organización Internacional del Trabajo sobre la Protección de la Maternidad (N.º 183) o la recomendación N.º 191 que complementa dicho convenio postulando una mayor duración de la baja y mayores beneficios.
- El Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna y las posteriores resoluciones pertinentes de la Asamblea Mundial de la Salud.
- La aplicación de los Diez pasos hacia una feliz lactancia natural que se especifican en la iniciativa «Hospitales amigos del niño», tales como:
- El apoyo de los servicios de salud, proporcionando asesoramiento sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño durante todos los contactos con los niños pequeños y sus cuidadores, como las consultas prenatales y posnatales, las consultas de niños sanos y enfermos o las vacunaciones.
- El apoyo de la comunidad, como pueden ser grupos de apoyo a las madres o actividades comunitarias de promoción de la salud y educación sanitaria.

Las prácticas de lactancia materna responden muy bien a las intervenciones de apoyo, y es posible mejorar en pocos años la prevalencia de la lactancia exclusivamente materna y su continuidad.

Alrededor de los seis meses, las necesidades de energía y nutrientes del lactante empiezan a ser superiores a lo que puede aportar la leche materna, por lo que se hace necesaria la introducción de una alimentación complementaria. A esa edad el niño también está suficientemente desarrollado para recibir otros alimentos. Si no se introducen alimentos complementarios alrededor de los seis meses o si son administrados de forma inadecuada, el crecimiento del niño puede verse afectado. Los principios rectores de una alimentación complementaria apropiada son:

- Seguir con la lactancia materna a demanda, con tomas frecuentes, hasta los dos años o más.
- Ofrecer una alimentación que responda a las necesidades del niño (por ejemplo, darles de comer a los lactantes y ayudar a comer a los niños mayores; darles de comer lenta y pacientemente, alentándolos a que coman, pero sin forzarlos; hablarles mientras tanto, y mantener el contacto visual).
- Mantener una buena higiene y manipular los alimentos adecuadamente.
- Empezar a los seis meses con pequeñas cantidades de alimentos y aumentarlas gradualmente a medida que el niño va creciendo.
- Aumentar gradualmente la consistencia y variedad de los alimentos.
- Aumentar el número de comidas: dos a tres al día para los lactantes de 6 a 8 meses, y tres a cuatro al día para los de 9 a 23 meses, con uno o dos refrigerios adicionales si fuera necesario.
- Ofrecer alimentos variados y ricos en nutrientes.
- Utilizar alimentos complementarios enriquecidos o suplementos de vitaminas y minerales si fuera necesario.
- Durante las enfermedades, aumentar la ingesta de líquidos, incluida la leche materna, y ofrecerles alimentos blandos y favoritos.

Las familias y los niños en circunstancias difíciles necesitan una atención especial y apoyo práctico. Siempre que sea posible, las madres y los niños deben permanecer juntos y tener el apoyo que necesiten para recibir la opción alimentaria más apropiada entre las disponibles. La lactancia materna sigue siendo la

modalidad de alimentación preferida en casi todas las circunstancias difíciles, tales como:

- lactantes prematuros o con bajo peso al nacer;
- madres infectadas por el VIH;
- madres adolescentes;
- lactantes y niños pequeños malnutridos;
- familias que estén sufriendo las consecuencias de emergencias complejas

La lactancia materna, y en especial la lactancia exclusivamente materna y precoz es una de las formas más importantes de mejorar las tasas de supervivencia del lactante. Sin embargo, las mujeres infectadas por el VIH pueden transmitir el virus a sus hijos durante el embarazo o el parto, y también a través de la leche materna. Las pruebas existentes revelan que la administración de antirretrovíricos a la madre infectada por el VIH o al niño expuesto al virus puede reducir de forma significativa el riesgo de transmisión a través de la leche materna y también mejorar la salud de la madre.

La OMS recomienda actualmente que todas las personas infectadas por el VIH, incluidas las embarazadas y las madres que amamantan a sus niños, tomen medicamentos antirretrovíricos de por vida en cuanto sepan que han contraído la infección.

Las madres que viven en lugares de alta prevalencia de morbilidad por enfermedades diarreicas, neumonía o malnutrición y donde las autoridades sanitarias recomiendan amamantar a los niños deberían alimentar a sus niños exclusivamente con leche materna hasta que estos cumplan seis meses y, a partir de ese momento, añadir una alimentación complementaria adecuada y mantener la lactancia hasta que cumplan un año.

¿Cómo puede cuidarse la embarazada?

- Busque la variedad en su alimentación.
- Conservar un ingreso adicional de 500 Kcal diarias para la producción de leche.
- Beber diariamente 2 lts de agua o leche.

- Evite el consumo de alcohol, cafeína, tabaco y fármacos no indicados por el médico, ya que estas sustancias pueden entrar en la composición de la leche materna y dañina para ella y para el lactante.
- No haga dietas.
- Descanse. Aproveche cuando el bebé duerma. Evite esfuerzos excesivos.

Técnicas para amamantar.

La primera mamada

Esta será inmediatamente después del parto. No tema y no permita que le den el biberón, el bebé tiene las reservas suficientes como para esperar a su mamá.

Posición

Existen varias posiciones y todas ellas tienen algo en común. El vientre y la cara del bebé están enfrentados a la mamá, es primordial que la madre y el bebé estén cómodos y juntos. Con los cambios de posición el bebé comprime los distintos puntos de la areola y el pezón, a la vez que el pecho se vacía mejor, evitando dolor y gritas del pezón.

¿Cómo lograr que el bebé se prenda bien al pecho?

- Estimule el pezón rotando los dedos en su base, como dando vueltas a un reloj, hasta que se ponga erecto y sea más fácil para que el bebé pueda tomarlo.
- Toque con el pezón los labios del bebé para que él lo busque y habrá la boca.
- Cuando el bebé busque con la boca bien abierta, levante la mama con su mano e introduzca el pezón y parte de la areola (área oscura alrededor del pezón) dentro de su boca.
- Controle que el bebé tenga su labio inferior hacia afuera.
- Asegúrese que el bebé tome en su boca la totalidad del pezón y parte de la areola. La posición de la boca del bebé es importante para evitar irritación y grietas del pezón.

- Verifique que al succionar el bebé tenga las mejillas infladas(es decir no hundidas hacia adentro) Al succionar el bebé no debe hacer ruidos con los labios. Debe observarse los movimientos en la sien y en la oreja del bebé, no en la mejilla y en los labios. Después de una serie de succiones rápidas (con la que el bebé estimula la eyección de la leche de su mamá), el ritmo de las succiones cambiara a uno mas lento. Cada varias succiones largas y lentas escuchara el ruido del bebé a tragar.

¿Cómo terminar la mamada?

- Permita que el bebé mame un pecho hasta quedar satisfecho. Cuando el bebé suelte el primer pecho, hágale hacer provechito y ofrézcale el otro. Si no toma o mama poco ofrézcale ese en la siguiente mamada.

ÓBITO

Óbito fetal es como se denomina a la muerte fetal en el útero materno antes de su nacimiento. La mencionada pérdida de la vida dentro del útero puede producirse intra útero y estar ocasionada por diversas causas, o en su defecto, intra trabajo de parto, en este último caso sin dudas se tratará de un fracaso obstétrico. Dependiendo de la causa originaria, el óbito fetal suele producirse entre un 1 y 3 %.

El Óbito fetal, entonces, es uno de los acontecimientos más devastadores y complejos de afrontar tanto para los padres como para los médicos que atienden el caso; el manejo por el obstetra resulta bastante limitado ya que solo se consigue descubrir la causa en el 50 % de los casos que suceden. Normalmente, no hay alarmas o signos previos que permitan anticiparlo, convirtiéndose en una desagradable y triste sorpresa.

Entre los factores de riesgo que pueden desembocar en el óbito fetal se cuentan: baja condición socioeconómica, embarazos precoces, deficiente control pre natal, abuso de la realización de trabajo pesado, mala alimentación, avanzada edad de los gestantes, obesidad, la herencia genética de los padres, enfermedades como diabetes, hipertensión, asma, lupus, toroides, entre otros.

Si bien es de todas la causa la menos frecuente, la placenta también puede generar óbito fetal por desprendimiento, sangrados y formar trombos.

Cuando la madre no siente los movimientos del feto en su interior es la principal alarma de que algo no va bien, entonces, si la embarazada siente esta particularidad deberá de inmediato practicarse una ecografía para confirmar o desestimar la situación, ya que la misma es la manera más fiel de comprobar el óbito fetal.

La muerte fetal intrauterina, también llamada óbito fetal, es la muerte del feto antes de su expulsión o extracción en el nacimiento y, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es independiente de la duración del embarazo.

A pesar de ello, en general, se considera muerte fetal anteparto cuando ocurre después de la semana 20 de gestación. Además, también se habla de muerte fetal tardía si tiene lugar después de la semana 28.

Después de haber nacido, el feto muerto pasa a llamarse mortinato o feto cruz.

Causas

Existen multitud de causas que pueden explicar la muerte del feto en el útero, aunque son difíciles de determinar.

Los orígenes de la muerte fetal pueden ser maternos, fetales o relacionados con la placenta. En algunos casos, será posible prevenirlos con anterioridad y actuar a tiempo para impedir la muerte del bebé.

Causas maternas

Los problemas que pueden llevar a una muerte fetal anteparto relacionados con la madre son los siguientes:

Enfermedades crónicas: lupus, diabetes mellitus, anticuerpos antifosfolípidos, hipertensión arterial, etc.

- Embarazo prolongado que dura más de 42 semanas.
- Infecciones durante el embarazo: listeriosis, rubeola o toxoplasmosis.

- Pre eclampsia.
- Incompatibilidad Rh: el Rh de la sangre materna es diferente del Rh del bebé.
- Ruptura uterina.
- Muerte de la madre.

Es importante que la mujer conozca si tiene alguna enfermedad previa al embarazo con el objetivo de tomar las medidas necesarias y/o decidir si quiere llevar a cabo la gestación.

Además, existen algunos factores que aumentan el riesgo de sufrir un óbito fetal: tabaco, alcohol, drogas, edad materna avanzada, desnutrición, etc. Es muy importante que la mujer lleve un estilo de vida sano durante todo el embarazo.

Causas fetales

Es posible que algunas alteraciones en el feto durante la gestación sean las responsables de la muerte del mismo:

- Crecimiento Intrauterino Retardado (CIR): el feto no crece al ritmo adecuado y son más pequeños.
- Alteraciones genéticas y cromosómicas.
- Malformaciones congénitas.
- Alteraciones en el líquido amniótico: oligoamnios y polihidramnios.
- Embarazo múltiple: desequilibrio circulatorio en beneficio de un bebé y perjuicio del otro.
- Ruptura prematura de membranas.

Causas placentarias

Entre las causas relacionadas con la placenta, podemos nombrar las siguientes:

- Patología de cordón umbilical: circulares, nudos, torsiones y roturas.
- Desprendimiento de placenta.

- Placenta previa.
- Envejecimiento grave de la placenta.
- Vasa previa: los vasos sanguíneos fetales no están protegidos por el cordón, pueden rasgarse y provocar una hemorragia en el bebé.

Muchas de estas patologías de la placenta provocan hemorragias importantes, lo cual impide que el feto reciba suficiente oxígeno y nutrientes, lo que finalmente causa la muerte.

Síntomas y diagnóstico

Detectar la muerte fetal no es sencillo. No obstante, es importante que la madre esté atenta a cualquier tipo de señal que indique que algo no va bien en el embarazo.

Los posibles síntomas de tener un bebé muerto en el útero son los siguientes:

- Ausencia de movimientos del feto
- Pérdidas de líquido amniótico de color marrón
- El útero no crece
- Desaparición de la elasticidad y firmeza de las partes fetales a la palpación
- Dolor abdominal intenso
- Sangrado vaginal

En caso de experimentar estos síntomas, es muy importante acudir al ginecólogo cuanto antes y comprobar si el feto sigue con vida. A través de una ecografía abdominal, el ginecólogo confirmará si hay latido cardíaco.

Además, si la muerte fetal se ha producido hace tiempo, se examinarán detenidamente todas las estructuras fetales y la placenta para encontrar una posible causa. Es importante comprobar la superposición de las suturas craneales, engrosamiento del cuero cabelludo (halo de santo), derrame pleural y peritoneal, edema fetal.

¿Cómo afrontar la muerte fetal?

La muerte fetal es uno de los problemas obstétricos con mayor implicación psicológica tanto para la pareja como para el personal sanitario.

Tener que afrontar la pérdida de un bebé antes de su nacimiento es un momento especialmente duro y difícil de superar en los futuros padres, que esperan con ilusión la llegada de un hijo durante todo el embarazo.

El apoyo entre ambos miembros de la pareja es fundamental para evitar los estados de ansiedad y depresión.

Por tanto, es importante que el médico informe de la muerte fetal en presencia de ambos padres o, si no es posible, que la madre se encuentre en compañía de algún familiar o amigo.

Por último, después de haber dado a luz a un mortinato, muchos especialistas en psicología recomiendan a los padres ver al bebé para aceptar la pérdida y superar este trance de manera más rápida.

En ese caso, el personal sanitario se encarga de preparar al bebé, lo limpia y lo envuelve en una mantita, de manera que parece que solo está dormido.

La mujer debe cuidar su alimentación y llevar una serie de hábitos para mantener una buena salud durante todo el embarazo. Es importante que consulte con su médico los cuidados especiales a seguir y las revisiones médicas que debe hacerse, así como los posibles problemas de salud que pueden aparecer.

La salud de la madre previa al embarazo, sus hábitos alimenticios y de consumo como tabaco y alcohol, los tratamientos farmacológicos y las exposiciones a tóxicos medioambientales o en el lugar de trabajo son factores muy importantes que pueden influir en el desarrollo del embarazo y en la salud del feto.

Por otro lado, es muy importante que la mujer embarazada cuide su dieta, haga ejercicio de forma suave o moderada y tenga una higiene personal adecuada. El especialista puede recomendar a la mujer una serie de cuidados especiales para su

día a día, así como vacunas para evitar ciertos riesgos tanto para el bebé como para ella.

Cuidados médicos y obstétricos

A lo largo del primer y segundo de trimestre de embarazo, la embarazada se hará una serie de pruebas médicas:

- Registro periódico del peso y la presión arterial.
- Exploración del abdomen, vientre y cuello uterino.
- Ecografías: para ver el crecimiento del bebé y calcular una fecha de parto.
- Test de O'sullivan: prueba de glucosa para detectar diabetes gestacional.
- Ecocardiografía fetal: para comprobar el funcionamiento del corazón del bebé.
- Amniocentesis: para ver si el bebé tiene alteraciones genéticas.
- Prueba de translucencia nuchal: para evaluar el riesgo de síndrome de Down y otros defectos cromosómicos, así como alteraciones cardíacas congénitas importantes.
- Análisis de sangre y de orina.
- La mujer deberá acudir a consulta prenatal cada cuatro semanas hasta la semana 28 de embarazo. A partir de ese momento, cada dos semanas hasta la semana 36 y finalmente una vez por semana hasta el parto.

Dieta durante el embarazo

En las primeras semanas del desarrollo embrionario comienza a formarse una de las estructuras más importantes del feto, el tubo neural. Una de las pautas que ayudan a prevenir defectos del tubo neural (anencefalia o espina bífida) y defectos

cardíacos son los suplementos de ácido fólico antes y durante las primeras etapas del embarazo.

La falta de yodo y ácido fólico pueden provocar en el feto hipotiroidismo o retraso mental en el caso del yodo, y espina bífida si falta ácido fólico.

El calcio y el fósforo también son importantes, ya que formarán los huesos y los dientes del futuro recién nacido. Es importante que las embarazadas tomen la suficiente cantidad de calcio para evitar las descalcificaciones. En caso de intolerancia a la lactosa, se recomienda consumir alimentos ricos en calcio como derivados de la soja, pescados con espinas, frutos secos, etc.

Por último, es importante controlar los niveles de hierro, ya que las necesidades de este mineral durante el embarazo aumentan debido al mayor volumen de sangre, la síntesis de tejidos fetales y placentarios y a la formación de reservas de hierro en el feto para su uso posterior en la lactancia. Su déficit se asocia a anemia ferropénica en el bebé durante la infancia.

Salud bucal

El cuidado dental es muy importante durante el embarazo, ya que la caries y la enfermedad de las encías son más frecuentes durante esta etapa. En el embarazo, la placa dental se desarrolla más rápidamente y las encías se pueden inflamar, infectar o sangrar. Por todo ello, se recomienda a la mujer visitar al odontólogo o dentista al principio del embarazo y durante toda la gestación.

Vacunas

Para evitar complicaciones en el embarazo, es importante que la embarazada se haya vacunado previamente o se vacune. Las principales vacunas a colocar durante el embarazo son:

- Vacuna contra la gripe
- Vacuna de la tos ferina
- Vacuna frente a tétanos y difteria

Otra serie de vacunas está aconsejada en situaciones especiales, por lo que su aplicación debe solicitarla expresamente un médico:

- Vacuna de la hepatitis A
- Vacuna de la hepatitis B
- Vacuna contra el neumococo
- Vacuna contra la meningitis
- Vacuna frente a la poliomielitis

No todas las vacunas están indicadas o recomendadas durante el embarazo. Es importante seguir el calendario de vacunación y consultar cualquier duda con el médico para no colocar ninguna vacuna contraindicada durante la gestación.

Entre las vacunas contraindicadas están la del virus papiloma humano (VPH), la triple vírica (sarampión-rubeola-parotiditis) y la de la varicela. Estas vacunas deben aplicarse antes de que se produzca el embarazo.

Trabajo y viajes durante el embarazo

En caso de que la mujer trabaje en un entorno en el que se ponga el peligro el embarazo o el bienestar materno o fetal, deberá coger una baja laboral durante la gestación. Este es el caso de los trabajos en los que exista exposición a productos químicos o se requiera un esfuerzo físico elevado.

En cuanto a los viajes, la mujer deberá tener precaución, hidratarse bien y hacer descansos cada dos horas, aunque puede viajar durante su embarazo tanto en coche como en tren o avión. Durante el primer y segundo trimestre la mujer podrá volar, aunque éste tipo de viajes no se recomienda durante el tercer trimestre. En cuanto a los viajes en coche, pueden hacerse con un cinturón especial para embarazadas.

Problemas de salud en el embarazo

Existen una serie de complicaciones y problemas de salud que pueden aparecer durante el embarazo:

- Pre eclampsia
- Anemia
- Diabetes gestacional
- Hiperémesis gravídica
- Desprendimiento de la placenta
- Placenta previa
- Aborto espontáneo

Para poder detectarlas de forma temprana e incluso evitarlas es importante que la mujer acuda a las revisiones médicas establecidas a lo largo de todo el embarazo.

Las enfermedades maternas, así como las sustancias que consume la madre pueden favorecer el desarrollo de alguna de las alteraciones mencionadas anteriormente.

Para que el embarazo se desarrolle sin complicaciones, la madre debe llevar ciertos cuidados, sobre todo si presenta alguna enfermedad previa a la gestación.

Tabaco, café, alcohol y drogas

Existen determinados agentes externos que actúan como teratógenos, es decir, aumentando la probabilidad de malformaciones congénitas, que son aquellas alteraciones anatómicas, estructurales, funcionales, metabólicas o conductuales que se desarrollan en las etapas del desarrollo embrionario, por lo que el niño las presenta desde el nacimiento.

Para evitar daño fetal, se recomienda que la mujer no consuma drogas, alcohol, tabaco, café u otras bebidas con cafeína.

La exposición prenatal al alcohol es una de las causas de retraso mental más común y que más se puede prevenir. Por eso, se recomienda a todas las mujeres embarazadas no tomar nada de alcohol durante el embarazo y la lactancia.

Se sabe que los efectos del alcohol son dosis-dependientes, a mayor ingesta y exposición, mayores efectos en el bebé, por eso los mayores problemas se observan en los bebés de madres alcohólicas.

Además del alcohol, el tabaco, la cocaína, los pegamentos u otras drogas sintéticas pueden provocar abortos, retraso mental y defectos congénitos.

Por otra parte la exposición a agentes físicos y químicos como la radiación ionizante, fitoestrógenos o solventes orgánicos basados en el carbono como tolueno, acetona, xileno, etc. producen en el bebé efectos similares a los del alcohol o los anestésicos.

Enfermedades y medicamentos en el embarazo

La mujer embarazada debe consultar siempre con su médico antes de tomar cualquier medicamento, incluso para analgésicos, antiinflamatorios o antipiréticos.

Muchos de los componentes de los fármacos pueden pasar de la sangre materna a la sangre fetal atravesando la barrera placentaria, por lo que afectarían al desarrollo del bebé.

El Misoprostol, los antiepilépticos, el metotrexato y el ácido retinoico son algunos de fármacos que pueden tener efectos negativos en el feto. Pueden provocar abortos, retraso mental y defectos congénitos entre otras afecciones fetales.

En el caso de que la madre sufra alguna enfermedad como la epilepsia, se debe pedir consejo al profesional antes de la concepción para, en la medida de lo posible, modificar la medicación por una menos tóxica para el feto y probar durante un tiempo si esa nueva medicación es también eficaz para la madre

Enfermedades como la diabetes mellitus, el hiperandrogenismo o el lupus eritematoso sistémico afectan al desarrollo fetal causando defectos congénitos, reversión sexual en el caso del androgenismo y bloqueo cardíaco o lupus transitorio.

Salud emocional en el embarazo

La salud emocional de la mujer embarazada es tan importante como la salud física, ya que también afecta al desarrollo del feto. Para ayudar a la mujer a sobrellevar los cambios emocionales que pueden producirse durante el embarazo están los psicólogos prenatales y perinatales.

Un correcto estado emocional es imprescindible también antes y después del embarazo. Hay que tener en cuenta que la llegada de un bebé cambia la vida a sus padres y esto puede ser difícil de asimilar.

Es importante tratar de evitar la depresión, una tristeza extrema que puede producirse tanto durante el embarazo como después del parto, y la ansiedad.

Para lograrlo, la mujer debe buscar ayuda siempre en su pareja, familiares y amigos. Sin embargo, esto puede no ser suficiente y que necesite terapia, acudir a un grupo de apoyo e incluso algún tipo de medicación.

BAJAR PESO DESPUES DEL PARTO

Según advierte una investigación realizada en el Hospital Mount Sinai (Toronto), las madres que mantienen el peso ganado durante la gestación tienen mayor riesgo de diabetes y enfermedades cardíacas.

Se recomienda recuperar el peso anterior al embarazo en los 6 meses posteriores al parto. La mayoría de mujeres pierden la mitad del peso a los dos meses de haber dado a luz.

Es recomendable perder peso poco a poco, alrededor de medio kilo a la semana. Esto se consigue con una dieta sana y ejercicio moderado.

Riesgo de diabetes y enfermedades cardíacas

El estudio, publicado en la revista Diabetes Care, contó con la participación de 300 mujeres estudiadas durante el embarazo y un año después de haber dado a luz.

El 75% de las mujeres perdió el peso adquirido durante el embarazo durante ese año y presentaba niveles saludables de colesterol y tensión arterial.

El otro 25% de las mujeres ganó peso y mostró un aumento de los factores de riesgo de la diabetes y enfermedades cardíacas. Ninguno de estos factores de riesgo estaba presentes a los 3 meses de parto, por lo que aparecieron más tarde.

Estos resultados indican la importancia de perder el peso adicional que se ha acumulado durante la gestación en el primer año tras el parto. Ya que, de lo contrario aumenta la presión arterial y los niveles de colesterol y de insulina en el organismo de la mujer.

Esta investigación confirma la sospecha de que no perder el peso ganado supone riesgos para la salud de la madre a largo plazo.

Por otro lado anima a realizar otras investigaciones al respecto ya que hay que determinar qué medidas son beneficiosas en este periodo para mantener un peso saludable.

El equipo de investigación se plantea ahora ampliar el estudio a un periodo más largo de dos o tres años tras el parto.

Las siguientes situaciones se han relacionado con el riesgo aumentado de sufrir diabetes gestacional:

- Embarazo en mujeres de más de 25 años.
- Pertener a grupos étnicos de mayor riesgo como el hispanoamericano, afroamericano, nativo americano, del sudeste asiático o de las islas del Pacífico.
- Antecedentes familiares de diabetes.

- Parto de bebés de más de 4 kg o con alteraciones genéticas
- Tener hipertensión arterial
- Líquido amniótico en exceso
- Haber tenido un aborto espontáneo sin causa reconocida.
- Haber tenido sobrepeso antes del embarazo
- Excesivo aumento de peso durante la gestación
- Tener síndrome de ovario poliquístico

Este tipo de diabetes afecta a un 4% de las mujeres y suele aparecer a partir de la semana 20 de embarazo, siendo más frecuente en la semana 28 de gestación. En la mayoría de los casos, los niveles de glucosa retornan a la normalidad después del parto, siendo su prevalencia de un 1 a un 3%. Sin embargo, se ha visto que si se ha tenido diabetes durante un primer embarazo, hay posibilidad de que se tenga en un segundo. Además, en algunas mujeres el embarazo ayuda a descubrir la diabetes tipo 1 o tipo 2. Es muy difícil saber si estas mujeres tenían diabetes gestacional o empiezan a presentar síntomas durante el embarazo. En estos casos, se recomienda seguir con el tratamiento después del parto.

Puesto que la diabetes gestacional se da principalmente en la última etapa del embarazo, y en esta etapa el cuerpo del bebé ya está formado, si se controla no tiene por qué causar defectos en el bebé tras el nacimiento. Sin embargo, la falta de tratamiento o control de la diabetes sí puede tener consecuencias negativas sobre el desarrollo del bebé. La glucosa de la sangre de la madre puede pasar a través de la placenta al bebé, que producirá mayor cantidad de insulina. Teniendo en cuenta que el bebé recibe más energía de lo normal, ésta se convierte en grasa lo que puede generar macrosomía, es decir, un bebé de alto peso.

Estos bebés pueden sufrir lesiones durante el parto vaginal, razón por la que suele ser necesario practicarle a la madre una cesárea.

Los bebés de las madres con diabetes gestacional pueden tener dificultades para respirar, poca azúcar en la sangre e ictericia durante las primeras semanas después del nacimiento.

En la actualidad, el avance de la medicina obstétrica ha permitido que existan una serie de tests y pruebas que se realizan de forma rutinaria destinados a diagnosticar una posible diabetes gestacional. Este tipo de pruebas se suele realizar especialmente en los casos en que la embarazada manifiesta algún síntoma especial o se encuentra dentro de alguno de los grupos de riesgo.

La edad, los antecedentes familiares y el peso son algunos de los principales factores que pueden llevar a la diabetes durante el embarazo. Así, en función de estos factores, realizamos la siguiente clasificación:

Embarazada menor de 25 años: se considera que por debajo de los 25 años las mujeres embarazadas tienen un riesgo bastante bajo de desarrollar este tipo de diabetes. Si además, su peso es adecuado, no tienen antecedentes familiares y tampoco padecen problemas relacionados con el metabolismo de la glucosa, se considera que no es necesario realizar las pruebas anteriormente mencionadas.

Embarazada mayor de 25 años: las embarazadas de más de 25 años, a pesar de no tener ningún otro factor de riesgo conocido, forman un colectivo con un riesgo moderado de padecer diabetes gestacional, por lo que se recomienda realizar las pruebas correspondientes alrededor de la semana 24 de embarazo.

Embarazada mayor de 25 años y con obesidad o con antecedentes de diabetes: las mujeres embarazadas de más de 25 años que además tienen obesidad ($IMC > 30$) o antecedentes familiares de diabetes gestacional o diabetes de tipo I, forman un colectivo de alto riesgo. Por tanto, necesitarán periódicas pruebas de control periódicas prácticamente desde la primera visita al médico.

Además, existen otros factores que pueden aumentar la probabilidad de padecer esta afección como por ejemplo el haber tenido un parto anterior de un bebé de gran tamaño o incluso muerto y la gran acumulación de líquido amniótico.

Afortunadamente, la diabetes gestacional se puede controlar mediante dieta y ejercicio.

Normalmente el médico recomienda controlar el nivel de azúcar en sangre de forma regular. En algunos casos es necesario que se realicen inyecciones de insulina para reducir los niveles de glucosa. Además, es aconsejable realizar ecografías mensualmente a partir de la semana 28 de embarazo con el fin detectar la aparición y evolución de macrosomía fetal.

A pesar de que la diabetes gestacional es causa de preocupación, se puede tratar y controlar para proteger la salud de la madre y del bebé.

Toda paciente con diabetes preconcepcional o gestacional debe de ofrecerse terapia médica nutricional, con fines de reducir resultados adversos.

- La terapia médica nutricional debe ser proporcionada por un nutriólogo o dietista certificado, con experiencia en el manejo de diabetes y embarazo.
- La dieta debe ser culturalmente apropiada, acorde con los hábitos y actividad física y susceptible de modificarse de acuerdo a la meta terapéutica con base en la cuenta de carbohidratos y el índice glucémico.
- Se recomienda el cálculo del IMC en toda paciente embarazada con diabetes y clasificarse (con respecto a la Cuadro 8) para el cálculo de kilocalorías correspondientes.
- No se recomiendan dietas menores de 1500kcal / día.
- Se recomienda que el plan nutricional de la mujer embarazada con diabetes incluya tres comidas y 2 a 3 colaciones, debiendo ajustarse individualmente de acuerdo a los niveles de glucosa postprandiales
- Se recomienda la realización de actividad física aeróbica por periodos mínimos de 30 minutos en la mujer embarazada con diabetes.

- Es recomendable mantener las metas terapéuticas de glucosa sanguínea en pacientes embarazadas con diabetes gestacional, y pre gestacional durante el embarazo
- En aquellas embarazadas con diabetes pre gestacional con adecuado control metabólico, que estén utilizando metformina, se recomienda no suspenderlo. En caso de utilizar otros hipoglucemiantes, considerar el cambio metformina.
- El uso de metformina en diabéticas gestacionales con embarazo mayor de 20 semanas podría considerarse como opción de tratamiento médico cuando la paciente rechace la terapia con insulina, la paciente no presenté un descontrol metabólico que ponga en riesgo al binomio y bajo consentimiento informado por escrito de la misma.
- Es aconsejable combinar insulina intermedia con insulina de acción rápida a fin de evitar la hiperglucemia postprandial y simular la secreción de insulina fisiológica durante todo el día.
- Se adiciona insulina rápida cuando no se alcanza la meta terapéutica de la glucemia postprandial.
- La combinación de insulina de acción rápida e intermedia debe ser administrada 30 minutos antes del desayuno y de la cena.
- A pesar de que los análogos de insulina han demostrado algunos beneficios en el control de la paciente embarazada con diabetes no es posible emitir una recomendación para su uso ya que se requieren ensayos clínicos a largo plazo que garanticen su perfil de seguridad.
- Se recomienda considerar en la frecuencia de utilización de tiras reactivas de aquellas pacientes con embarazo y diabetes con auto monitoreó el tipo de tratamiento y su estabilidad glucémica.

9.-CONCLUSIÓN:

Se concluye con esta información acerca de la placenta para saber de forma simplificada lo que es y lo que conlleva tener este padecimiento. El tipo de información que se muestra en todo el contenido de este trabajo muestra que el hecho de un embarazo tiende a tener muchos riesgos, de hecho más de los que una mujer embarazada conoce, la mayoría de las mujeres que están a punto de dar a luz, tienden a sufrir alguna negligencia o error durante el parto o cesárea esto se repite continuamente ya que no se les da la información adecuada a las embarazadas la mala alimentación, el sobre peso, las adicciones entre otras nos llevan a tener complicaciones durante el parto de un nuevo ser.

Por ende él bebe que nace tienden a padecer enfermedades de prematures o enfermedades de las cuales se pudo haber prevenido, si se tuvieran la indicaciones adecuadas durante el embarazo.

La placenta previa es la inserción de la placenta en la parte inferior del útero, cubriendo total o parcialmente el orificio cervical interno o quedando muy cerca de él.

Existen tres tipos de placenta previa: Total, parcial y marginal.

Los principales factores de riesgo de la placenta previa son: Multiparidad, cicatrices uterinas, edad materna avanzada, miomas submucosos así como el consumo de tabaco y cocaína. El principal síntoma de la placenta previa es la hemorragia, la cual es indolora y aparece en los 7-8 meses de gestación.

El diagnóstico de la placenta previa se puede lograr a través de un diagnostico precoz o tardío (sintomático).

Para efectuar el diagnóstico es necesario aplicar: pruebas de laboratorio, así como principalmente procedimientos diagnósticos como ecografía y anamnesia.

El tratamiento de la placenta previa depende de factores básicos como: estado de la madre, estado fetal, variedad anatómica de la placenta, estado de membranas y dilatación cervical. El pronóstico materno puede ser de dos tipos: pronóstico fetal y materno. El pronóstico materno determina la presencia de infecciones, morbimortalidad y otros.

En el caso del pronóstico fetal, se puede observar: anoxia, anemia traumatismos y malformaciones.

La definición actual de placenta previa establece que es la implantación de la placenta en el cuello uterino. Constituye la primera causa de hemorragia en la segunda mitad del embarazo

No existe consenso en la clasificación por ultrasonografía es por ello que en esta revisión se presenta una propuesta de clasificación ultrasonográfica, que establece subtipos bien definidos y con valor pronóstico, para ser aplicada en el segundo y tercer trimestre, basada en la "distancia entre el orificio cervical interno (OCI) y el borde placentario" (DOP), medido en milímetros, por vía Transvaginal. Además se establece el OCI, sea anterior, posterior o lateral. Una distancia de 0 a 20 mm del OCI está asociada con una mayor tasa de Cesárea segmentaria, aunque el parto vaginal es todavía posible dependiendo de las circunstancias clínicas.

La ecografía Transvaginal es significativamente más precisa que ecografía transabdominal y su seguridad está bien establecida.

La hemorragia característica roja rutilante, intermitente e indolora durante la segunda mitad del embarazo es el síntoma más frecuente.

Finalmente debemos considerar que La mortalidad materna es un problema de salud pública y que las principales causas son las directas y de ellas las hemorragias, de allí la importancia de esta revisión.

La placenta previa es la inserción de la placenta en la parte inferior del útero, cubriendo total o parcialmente el orificio cervical interno o quedando muy cerca de él. Existen tres tipos de placenta previa: Total, parcial y marginal. Los principales factores de riesgo de la placenta previa son: multiparidad, cicatrices uterinas, edad materna avanzada, miomas submucosos así como el consumo de tabaco y cocaína.

El principal síntoma de la placenta previa es la hemorragia, la cual es indolora y aparece en los 7-8 meses de gestación. El diagnóstico de la placenta previa se puede lograr a través de un diagnóstico precoz o tardío (sintomático). Para efectuar

el diagnóstico es necesario aplicar: pruebas de laboratorio, así como principalmente procedimientos diagnósticos como ecografía y anamnesis.

El tratamiento de la placenta previa depende de factores básicos como: estado de la madre, estado fetal, variedad anatómica de la placenta, estado de membranas y la identificación de factores de riesgo es importante para poder aplicar herramientas diagnósticas que nos seleccionen los casos de alta sospecha de acretismo placentario. Su diagnóstico o sospecha diagnóstica permite planificar de forma óptima el manejo intraparto e informar a la paciente de las posibles opciones terapéuticas y complicaciones asociadas.

El tratamiento de la placenta previa depende de factores básicos como: estado de la madre, estado fetal, variedad anatómica de la placenta, estado de membranas y dilatación cervical. El pronóstico materno puede ser de dos tipos: pronóstico fetal y materno. El pronóstico materno determina la presencia de infecciones, morbimortalidad y otros. En el caso del pronóstico fetal, se puede observar: anoxia, anemia traumatismos y malformaciones.

Para finalizar este proyecto damos por hecho que la mayoría de las enfermeras que se encuestaron tuvieron respuestas adecuadas acerca de lo que es la patología de placenta previa. Se requiere un poco más de refuerzo en tanto a los conocimientos especiales acerca de esta patología pero en mayoría las enfermeras saben que acciones les corresponden si en una ocasión se presenta una paciente con este tipo de patología.

Las respuestas de cada pregunta de la encuesta que se realizó, fueron contestadas en su mayoría de manera positiva, esto nos lleva a conocer que tantos conocimientos se tienen en mente de cada enfermera y si realmente están capacitadas para conseguir un trabajo en donde puedan brindar atención de calidad y cantidad a cada paciente embarazada que se les presente.

10.-BIBLIOGRAFIA

10.1.-BÁSICA:

- 1.** Laurinda S. Dixon. Castidad Perilosa: Mujeres y Enfermedades en Arte y Medicina de Pre-Ilustración , Cornell University Press 2015, pp.15f.
- 2.** Diccionario Enciclopédico Vox 1. © Significado de ginecología 2010,pp 123 Larousse Editorial, S.L.
- 3.** Julián Pérez Porto. Publicado: 2009.Definición de obstetricia 2012,pp 35.
- 4.** Price F, Resnik E, Héller K, Christopherson W: Placenta previa percreta involucion uterina. 2010; 78(3): 508-11
- 5.** Clark SL, Koonings PP, Phelan JP: Placenta previa acreta y cesarea previa. 2013; 66: 82-9. [Links]
- 6.** Bakri YN, Lijawit, involución uterina Acta Obstetricia Gineco 2012; 71(1):17-21.
- 7.** Descargues G, Clavier E, Lemercier E, Sibert L: Placenta percreta 2010; 840.
- 8.** Briones H: Revista de revistas. O'Brien JM, Barton JR y Donalson ES: Manejo de la placenta percreta: Estrategias conservadora o tratamiento operatorio. Am J Obstet Gynecol 2013; 175: 1632-8.
- 9.** Breen JL, Newbecker R, Gregoric CA, Franklin JE: Placenta acreta, increta y percreta.2017
- 10.** Instituto Nacional de Perinatología. Normas y procedimientos en Ginecología y Obstetricia del Instituto Nacional de Perinatología de México. Edición 2003. Marketing y Publicidad de México, 2011; 129-32.
- 11.** Lira J, Ibarbuengoitia F, Argueta M, Karchmer S. Placenta previa/acreta y cesárea previa. Experiencia de cinco años en el Instituto Nacional de Perinatología Ginec Obst Mex 2015; 63(8):337-40
- 12.** Miller DA, Chollet JA, Goodwin TM. Clinical risk factors for placenta previa-placenta accreta. Am J Obstet Gynecol 2017;177:210-4.

13. Wu S, Kocherginsky M, Hibbard JU. Placenta Anormal: twenty-year analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2015;192:1458-61.
14. Oyelese Y, Smulian JO Placenta previa, placenta accreta, and vasa previa. *Obstet Gynecol* 2016; 107: 927-41.
15. Bernischke K, Kaufmann P. *Patologia en la Placenta Humana*. 4th ed. New York (NY): Springer; 2010;399-418.
16. Finberg HJ, Williams JW. Placenta accreta: prospective sonographic diagnosis in patients with placenta previa and prior cesarean section. *J Ultrasound Med* 2012;11:333-43.
17. Chou MM, Ho ES, Lee YH. Prenatal diagnosis of placenta previa accreta by transabdominal color doppler ultrasound. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2010;15:28-35.
18. Shih JC, Cheng WF, Shyu MK, Lee CN, Hsieh FJ. Power doppler evidence of placenta accreta appearing in the first trimester. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2012;19:623-5.
19. Chen YJ, Wang PH, Liu WM, Lai CR, Shu LP, Hung JH. Placenta accreta diagnosed at 9 weeks' gestation. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2012;19:620-2.
20. Palacios Jaraquemada JM, Bruno CH. Magnetic resonance imaging in 300 cases of placenta accreta: surgical correlation of new findings. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2015;84:716-24.
21. Palacios J, Bruno C, Pesaresi M, Hermosid S, Gil A. Diagnóstico diferencial de los trastornos adherenciales de la placenta por resonancia magnética nuclear contrastada: acretismo y percretismo placentario. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2015;64(1):34-40.
22. Washecka R, Behiing A. Urologic complications of placenta percreta invading the urinary bladder: a case report and review of the literature. *Hawaii Med J* 2012; 61:66-9.

- 23.** Kupfermanc MJ, Tamura RK, Wigton TR, Glassenberg R, Socol ML. Placenta accreta is associated with elevated maternal serum alpha-fetoprotein. *Obstet Gynecol* 2013;82:266-9.
- 24.** Hudon L, Belfort MA, Broome DR. Diagnosis and management of placenta percreta : a review. *Obstet Gynecol Survey* 2018;53(8):509-17.
- 25.** Breen JL, Neubecker RL. Placenta accreta. ACOG Committee Opinion No 266. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2012; 99:169-70.
- 26.** Kayem G, Davy C, Goffinet F, Thomas C, Clement D, Cabrol D. Conservative versus extirpative management in cases of placenta accreta. *Obstet Gynecol* 2014;104:531-6.
- 27.** Golan A, Lidor AL, Wexler S, et al. A new method for the management of the retained placenta. *Am J Obstet Gynecol* 2013;146:708-9.
- 28.** Descargues G, Clavier E, Lemerrier E, Sibert L. Placenta percreta with bladder invasion managed by arterial embolization and manual removal after cesarean. *Obstet Gynecol* 2010; 96(5 Pt 2):840.
- 29.** Palacios JM, Pesaresi M, Nassif JC, Hermosid S. Anterior placenta percreta: surgical approach, haemostasis and uterine repair. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2014;83:738-44.
- 30.** Arulkumaran S, Ng Cs, Ingemarsson I, Ratnman SS. Medical treatment of placenta accreta with methotrexate. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2016; 65(3):285-6.
- 31.** Mussalli GM, Shah J, Berck DJ, Elimian A, Tejani N, Manning FA. Placenta accreta and methotrexate therapy: three cases reports. *J Perinatol* 2010;20(5): 331-4.
- 32.** Butt K, Gagnon A, Delisle MF. Failure of methotrexate and internal iliac balloon catheterization to manage placenta percreta. *Obstet Gynecol* 2012; 99: 981-2.

33. Whiteman MK, Kurlina E, Hillis SD, Jamieson DJ. Incidence and determinants of peripartum hysterectomy. *ACOG* 2016;108(6):1486-92.
34. Engelsen I, Albechtsen S, Iversen O. Peripartum hysterectomy. Incidence and maternal morbidity. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2011;80:409-12.
35. Briery CM, Rose CH, Hudson WT, Lutgendorf MA et al. Planned vs emergent cesarean hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 2017;154:e1-e5.
36. Knight M, Kurinczuk JJ, Spark P, Brocklehurst P. Cesarean delivery and peripartum hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2018;111(1):97-105
37. Kacmar J, Bhimani L, Boyd M, Shah-Hosseini R, Peipert JF. Route of delivery as a risk factor for emergent peripartum hysterectomy: A case-control study. *ACOG* 2013;102(1):141-5
38. Roopnarinesingh R, Fay L, McKenna P. A 27-year review of obstetric hysterectomy. *J Obstet Gynecol* 2013;23(3):252-4
39. Baskett TF. Emergency obstetric hysterectomy. *J Obstet Gynecol* 2013;23(4):353-5.
40. Forna F, Miles AM, Jamieson DJ. Emergency peripartum hysterectomy: A comparison of cesarean and postpartum hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 2014;190:1440-4.
41. Nava FJ, Páez AJ, Veloz MG, Sánchez VV, Hernández VM. Indicaciones y factores de riesgo para histerectomía obstétrica de urgencia. *Ginecol Obstet Mex* 2012;70:289-94.
42. Quesnel GBC, Ahued JR, Rivera J, Obeid LJ. Obstetric hysterectomy. A review of 675 cases at the Instituto Nacional de Perinatología. *Ginecol Obstet Mex* 2017;65(3):119-24.
43. Hofmeyr JG, Lale B, Gulmezoglu MAB. WHO systematic review of maternal mortality and morbidity: The prevalence of uterine rupture [Review]. *BJOG* 2015;112(9):1221-8.

44. Vásquez DN, Estenssoro E, Canales HS, Reina R, Sáenz MG, Das Neves AV, et al. Clinical characteristics and outcomes of obstetric patients requiring ICU admission. *Chest* 2017;131:718-24.
45. Oliveira Neto AF, Parpinelli MA, Cecatti JG, Souza JP, Sousa MH. Factors associated with maternal death in women admitted to an intensive care unit with severe maternal morbidity. *Int J Gynaecol Obstet* 2010;105:252-6.

10.2.-COMPLEMENTARIA:

1. <http://espanol.babycenter.com/HYPERLINK>
2. Araya R. Diabetes Y Embarazo Pregnancy and Diabetes. *Rev Med Clin Condes*. 2010;20(5):614–29
3. Blumer I, Hadar E, Hadden DR, Jovanovic L, Mestman JH, Murad MH, et al. Diabetes and pregnancy: an endocrine society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2013;98(11):4227–49
4. http://espanol.pregnancy-info.net/el_omega3.html
5. <http://www.babycenter.com/eating-for-two>
6. <http://www.babycentre.co.uk/a1046500/pregnancy-meal-planners-trimester-by-trimester>
7. Diabetes AL de. Consenso Latinoamericano de Diabetes y Embarazo. *Asoc Latinoam Diabetes*.2017;1–14
8. Diabetes AA. Standards of Medical Care in Diabetes - 2016. *Am Diabetes Assoc*. 2016;37(October 2016):14–80.
9. http://www.babysitio.com/embarazo/nutricion_peso_hierro.php#ixzz36AK5WiWA
10. <http://www.disfrutatuembarazo.com/acidos-grasos-omega3-embarazo>
11. <http://www.enfamil.com/mom-wellness/nutrition/pregnancy-nutrition>

12. http://www.fundacionbengoa.org/informacion_nutricion/nutricion-mujer-embarazada.asp
13. Fraser A, Lawlor DA. Long-term health outcomes in offspring born to women with diabetes in pregnancy. *Curr Diab Rep.* 2014;14(5).
14. Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes en el Embarazo, México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010.
15. <http://www.guiainfantil.com/articulos/alimentacion/embarazo/omega-3-en-el-embarazo-para-el-cerebro-del-bebe/>
16. <http://www.mayoclinic.org/healthy-living/pregnancy-week-by-week/in-depth/pregnancy-nutrition/art-20046955>
17. Group Health Cooperative. Gestational Diabetes Screening and Treatment Guideline. *Gr Heal Coop Guidel.* 2015;1–9.
18. <https://definicion.de/ginecologia/>
19. <https://intermountainhealthcare.org/ext/Dcmnt?ncid=520453224>

GLOSARIO

A

ABORTO: (del latín abortus, participio pasado de aborīrī, con el mismo significado que en español, a su vez de ab-, «de», «desde», y oriri, «levantarse», «salir», «aparecer») es la interrupción y finalización prematura del embarazo de forma natural o voluntaria.

ABSTENCION SEXUAL: La abstinencia o continencia sexual es un comportamiento que consiste en privarse de algunos o todos los aspectos de la actividad sexual por voluntad propia o ajena. La abstinencia por voluntad propia incluye razones religiosas, morales, filosóficas, anticonceptivas o psicológicas.

ACIDEZ ESTOMACAL: a una sensación de dolor o quemazón en el esófago, justo debajo del esternón, que es causada por la regurgitación de ácido gástrico.

ASINTOMATICA: En medicina, una afección se considera asintomática si el paciente es un portador de una enfermedad o infección pero no experimenta síntomas.

C

CESAREA: Operación quirúrgica que consiste en extraer el feto del vientre de la madre mediante una incisión en la pared abdominal y uterina y evitar el parto.

CIRUGIA: Parte de la medicina que se ocupa de curar las enfermedades, malformaciones, traumatismos, etc., mediante operaciones manuales o instrumentales.

CORDON UMBILICAL: Conducto flexible formado por dos arterias y una vena envueltas por una sustancia gelatinosa, que une la placenta con el ombligo del embrión y del feto; mide unos 50 cm y a través de él se produce el intercambio de oxígeno, anhídrido carbónico y sustancias nutritivas entre la madre y el hijo.

CORDON UMBILICAL: es un cordón que une un embrión en vías de desarrollo o feto a su placenta. Contiene arterias principales y venas (las arterias umbilicales y vena umbilical) para el intercambio de sustancias nutritivas y sangre rica en oxígeno, entre el embrión y la placenta. Cuando el feto nace, el cordón umbilical se corta y se deja solo una pequeña cicatriz (el ombligo).

CUELLO CERVICAL: El cuello uterino es la parte baja de la matriz (útero). Está localizado en la parte superior de la vagina. Mide aproximadamente 2.5 a 3.5 cm de largo. El canal cervical atraviesa el cuello uterino. Esto permite que la sangre de un periodo menstrual y un bebé (feto) pasen de la matriz hacia la vagina.

D

DILATAR: Ensanchar el cuello del útero para posibilitar la salida del feto en un alumbramiento.

E

ECLAMPSIA: es la aparición de convulsiones o coma durante el embarazo en una mujer después de la vigésima semana de gestación, el parto o en las primeras horas del puerperio sin tener relación con afecciones neurológicas.

ECOGRAFIA TRANSVAGINAL: La ecografía transvaginal es un tipo de ecografía de la pelvis que se utiliza para examinar los órganos genitales de una mujer, incluyendo el útero, los ovarios, el cuello uterino y la vagina. También se la denomina "ultrasonido transvaginal" o "ecografía endovaginal".

ECOGRAFIA: Técnica de exploración de los órganos internos del cuerpo que consiste en registrar el eco de ondas electromagnéticas o acústicas enviadas hacia el lugar que se examina.

ENDOCRINOLOGIA: Parte de la medicina que estudia la anatomía, las funciones y las alteraciones de las glándulas endocrinas.

ESTIMULOS: es una señal externa o interna capaz de causar una reacción en una célula u organismo.

F

FECUNDACION: también llamada singamia, es el proceso por el cual dos gametos (masculino y femenino) se fusionan durante la reproducción sexual para crear un nuevo individuo con un genoma derivado de ambos progenitores. Los dos fines principales de la fecundación son la combinación de genes derivados de ambos progenitores y la generación de un nuevo individuo.

FERTILIZACION: también llamada singamia, es el proceso por el cual dos gametos (masculino y femenino) se fusionan durante la reproducción sexual para crear un nuevo individuo con un genoma derivado de ambos progenitores.

FETO: Embrión de los vivíparos a partir del momento en que ha adquirido la conformación característica de la especie a que pertenece (en los humanos, a finales del tercer mes de gestación) hasta el nacimiento.

G

GEMELOS: se denomina a todos aquellos individuos que han sido alumbrados en un mismo parto. En biología hace referencia a todos aquellos cigotos cuyo desarrollo y gestación ocurre simultáneamente.

GINECOLOGIA: es la especialidad de la medicina dedicada al cuidado del sistema reproductor femenino. Los ginecólogos, por lo tanto, son los especialistas que atienden las cuestiones vinculadas al útero, la vagina y los ovarios.

GLICEMIA: Glucemia es la cantidad de glucosa o azúcar en la sangre y es una de las fuentes de energía para nuestro cuerpo, sobre todo para las células cerebrales y los glóbulos rojos.

H

HEMORRAGIA: Salida de sangre de las arterias, venas o capilares por donde circula, especialmente cuando se produce en cantidades muy grandes.

HISTERECTOMIA: Operación quirúrgica que consiste en extirpar el útero total o parcialmente.

I

INFERTILIDAD: es una enfermedad que afecta a la pareja, en donde ésta se ve imposibilitada para concebir un hijo naturalmente o de llevar un embarazo a término después de 1 año de relaciones sexuales constantes.

INSERCIÓN: Acción de insertar o inserir.

INSULINA: (del latín insula, "isla") es una hormona polipeptídica formada por 51 aminoácidos, producida y secretada por las células beta de los islotes de Langerhans del páncreas.

L

LACTANCIA: es la alimentación con leche del seno materno. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) señalan asimismo que la lactancia «es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños.

LAXANTES: es una preparación usada para provocar la defecación o la eliminación de heces. Los laxantes son mayormente consumidos para tratar el estreñimiento. Ciertos laxantes estimulantes, lubricantes, y salinos se usan para evacuar el colon para exámenes rectales e intestinales. Son a veces suplementados por enemas.

LIQUIDO AMNIOTICO: es un fluido líquido que rodea y amortigua al embrión y luego al feto en desarrollo en el interior del saco amniótico. Permite al feto moverse dentro de la pared del útero sin que las paredes de éste se ajusten demasiado a su cuerpo, además de proporcionarle sustentación hidráulica.

M

MEDICAMENTO RHOGAM: La inmunoglobulina Rho (D) es un medicamento administrado mediante una inyección intramuscular. A menudo es conocida por uno de sus nombres comerciales, "RhoGAM".

MENSTRUACION: es el sangrado vaginal normal que ocurre como parte del ciclo mensual de la mujer. Todos los meses, su cuerpo se prepara para un posible embarazo. Si esto no ocurre, el útero, se desprende de su recubrimiento. Esta es la sangre menstrual, que sale del cuerpo a través de la vagina. Esta sangre es parte sangre y parte tejido del interior del útero.

METREURESIS: dilatación del cuello del útero mediante un globo inflable.

MUERTE FETAL: cuando un feto muere dentro del útero con un peso mayor de 500 gramos y/o con un desarrollo gestacional mayor de 22 semanas; es decir, cuando ha alcanzado un desarrollo tal que, en condiciones óptimas, la vida fuera del útero pudiera haber sido posible.

O

OBSTETRICIA: Parte de la medicina que se ocupa del embarazo, el parto y el período de tiempo posterior a este.

OVARIO: es la gónada u órgano reproductor femenino productor y secretor de hormonas sexuales y óvulos.

P

PARTO VAGINAL: sucede en algún momento entre la semana 37 y la 42, que es el tiempo en que un parto se considera a término. Como veis es un plazo muy extenso, de nada menos que 5 semanas, en el que algunos bebés deciden salir antes y otros después. Todo depende de la maduración de cada bebé, porque no todos llevan el mismo ritmo de desarrollo.

PRE-ECLAMPSIA: es una complicación médica del embarazo, y se asocia a hipertensión inducida durante el embarazo y está asociada a elevados niveles de proteína en la orina (proteinuria).

PREMATURO: Que ocurre o sucede antes del tiempo que se considera habitual o necesario.

PRENATAL: es el proceso en el que un embrión, o feto, humano es gestado durante el embarazo, desde la fecundación hasta el nacimiento.

R

REPRODUCCION: es un proceso biológico que permite la creación de nuevos organismos, siendo una propiedad común de todas las formas de vida conocidas.

T

TRIMESTRE: Cada año de calendario se divide en las siguientes cuatro partes, conocidas como "trimestres": 1er. trimestre: 1 de enero hasta el 31 de marzo; 2º trimestre: 1 de abril hasta el 30 de junio; 3er. trimestre: 1 de julio al 30 de septiembre; 4º trimestre: 1 de octubre al 31 de diciembre.

TRIMESTRE: es una serie de meses consecutivos.

TROMBINA: es una enzima del tipo de las peptidasas. No es parte de la sangre, sino que se forma como parte del proceso de coagulación sanguínea. Ayuda a la degradación del fibrinógeno a monómeros de fibrina.

U

ULTRASONIDO: son ondas mecánicas, es decir no ionizantes, cuya frecuencia está por encima de la capacidad de audición del oído humano.

UTERO: es el lugar donde se desarrolla el bebé cuando está embarazada. Si tiene una enfermedad uterina, el primer signo puede ser una hemorragia entre las menstruaciones o después de las relaciones sexuales.

V

VACUNA: es una preparación biológica que proporciona inmunidad adquirida activa ante una determinada enfermedad. Una vacuna contiene típicamente un agente que se asemeja a un microorganismo causante de la enfermedad y a menudo se hace a partir de formas debilitadas o muertas del microbio, sus toxinas o una de sus proteínas de superficie.

VERMIX: también llamado unto sebáceo, es una sustancia blanquecina que recubre la piel del recién nacido.