

**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DEPARTAMENTO ACADÉMICO DE SALUD REPRODUCTIVA

ASIGNATURA: OBSTETRICIA I



DOCENTE: Mg. Obst. Lucia Villanueva Vasquez

**PERÚ - CHIMBOTE
2012**

INDICE

Página

CAPITULO 1

I UNIDAD: PRINCIPALES TECNOLOGIAS

PERINATALES

Historia Clínica	5
HISTORIA CLÍNICA OBSTÉTRICA	6
EXAMEN CLÍNICO	8
HISTORIA CLINICA PERINATAL BASE (HCPB)	9
CARACTERISITCAS DE LA H.C.P.B.	10
FORMULARIOS DE HISTORIA CLINICA	11
CARNÈ PERINATAL	16
FORMULARIO DEL CARNE PERINATAL	16
OTRAS TECNOLOGÍAS PERINATALES	18
FICHA PLAN PARTO	20
FORMATO	23
VIOLENCIA BASADA EN GENRO	25
FORMATO	26

CAPITULO 2

II UNIDAD

ATENCION PRENATAL RENFOCADA

DIAGNOSTICO DEL EMBARAZO 30

MODIFICACIONES UTERINAS 31

CAMBIOS DE FORMA 32

SIGNO BULBO VAGINALES 34

PRUEBAS ENDOCRINAS 35

ATENCION PRENATAL REENOCADA 37

CARACTERISITCAS 38

DETERMINACIONES DE LA F.P.P. – E.G. Y FORMULA OBSTETRICA 39

EDAD GESTACIONAL 41

FORMULA OBSTETRICA 41

HIGIENE DURANTE EL EMBARAZO 42

CUIDADOS DURANTE EL EMBARAZO 45

MEDICAMENTOS 46

MOLESTIAS MENORES DEL EMBARAZO 47

SINTOMAS 48

NUTRICION EN EL EMBARAZO 54

CUIDADO DE LA ALIMENTACION EN LA GESTANTE 55

PROTEINAS 56

VITAMINAS 57

PSICOPROFILAXIS EN LA GESTANTE 60

BENEFICIOS DE PSICOPROFILAXIS 61

ESTIMULACION PRENATA 62

OBJET EPN 63

ALTO RIESGO OBSTETRICO 64

FACTORES DE RIESGO DE MORTALIDAD MATERNA 65

FACTORES DE RIESGO PERINATALES 66

CAPITULO 3	
III UNIDAD	
EXAMEN CLINICO OBSTETRICO	73
CAUSAS	74
EXAMENEN DE MAMAS	75
EXAMEN DE ABDOMEN	76
CARACTERIC;SITICAS DE LOS POLOS FETALES	77
MANIOBRAS DE LEOPOLD	78
MENSURACION D EPINARD	78
ESTATICA FETAL	81
ACTITUD FETAL	81
SITUACION	82
POSICION	83
PRESENTACION	83
TIPOS DE PRESENTACION	84
TIPOS DE PRESENTACION PODALICA	85
PELVIMETRIA	86
CONJUGADOS	87
TIPOS DE PELVIS	87
DIAMETROS DE LA CABEZA FETAL	88
SUTURAS	89
FONTANELAS	89
ANALISIS DE RUTINA	90
HEMOGLOBINA	90
HEMATOCRITOS	90
LEUCOCITOS	91
GRUPO SANGUINEO	91
GLUCOSA	92
VIH	94
PAP	95
CAPITULO 4	
IV UNIDAD	
MODIFICACIONES DEL ORGANISMO MATERNO	
MODIFICACIONES GENERALES	100
MODIFICACIONES DEL APARATO RESPITARORIO	102
MODIFICACIONES DEL APARATO DIGESTIVO	102
MODIFICACIONES DEL APARATO CARDIOVASCULAR	103
MODIFICACIONES DEL APARATO URINARIO	104
HORMONAS QUE SEGREGAN DURANTE EL EMBARAZO	107
MODIFICACIONES LOCLES	108
GENITALES EXTERNOS	109
GENITALES INTERNOS	110



**CAPITULO
1**

I UNIDAD:

***PRINCIPALES
TECNOLOGIAS
PERINATALES***

HISTORIA CLÍNICA OBSTETRICA

- Es el conjunto de documentos surgidos de la relación obstetra y el paciente o también entre el usuario y el hospital o Atención primaria.
- Es un documento válido desde el punto de vista clínico y legal en el que vamos a consignar todos los datos de la gestante.
- Se elabora de acuerdo al tipo de atención o servicio que se va a brindar.
- Es un documento principal de un sistema de información hospitalario.
- Se origina con el primer episodio de control del embarazo, ya sea en el hospital o en atención primaria.

IMPORTANCIA: Recoger datos del estado de salud de la gestante con el objeto de facilitar su asistencia, se debe obtenerse sin prisa en una sesión razonablemente privada. Es un instrumento básico porque sin ella es imposible que el Obstetra pueda tener una visión completa y global de la evolución de la gestante.



CARACTERÍSTICAS:

- ⤴ Confidencialidad.
- ⤴ Seguridad.
- ⤴ Disponibilidad.
- ⤴ Única.
- ⤴ Legible.

REQUISITOS:

- ⤴ Veracidad.
- ⤴ Exacta.
- ⤴ Rigor técnico de los registros.
- ⤴ Coetaneidad de registros.
- ⤴ Identificación del profesional.

RECOMENDACIONES PARA LA ELABORACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

- Prestar cuidadosa atención a lo que la gestante narra. No interrumpirla innecesariamente.
- Usar un lenguaje adecuado para ella.
- Mirarla a los ojos.
- Mostrar interés por su nuevo estado, sus dudas y sus problemas.
- Debemos de ser cautelosos en la forma de plantear nuestras preguntas.
- Debe realizarse en un ambiente grato y privado.

HISTORIA CLÍNICA OBSTÉTRICA

La primera observación que se tiene de la gestante se llama ectoscopia. Con la experiencia se sabrá catalogar si un dato es relevante y orientador.

PARTES:

- ✓ Anamnesis
- ✓ Examen Clínico
- ✓ Exámenes Auxiliares
- ✓ Impresión Diagnóstica
- ✓ Tratamiento.

I. ANAMNESIS:

Es el interrogatorio que se hace a la gestante, del que se extraerán datos que servirán de manera preponderante en el examen clínico y consecuentemente en los diversos diagnósticos, pronósticos y tratamientos; por lo tanto la anamnesis debe realizarse de forma ordenada y sistematizada, de modo tal que se obtenga la mayor cantidad de datos, que posteriormente servirán para orientar el examen y llegar al diagnóstico correcto.

1. Filiación:

- 1.1.- Nombre
- 1.2.- Edad
- 1.3.- Domicilio
- 1.4.- Estado civil
- 1.5.- Grado de instrucción
- 1.6.- Fecha y lugar de nacimiento
- 1.7.- Lugar de procedencia



1.8.- Ocupación

1.9.- Religión

1.10.- Idioma

1.11.- Datos del cónyuge: nombre, edad, ocupación

1.12.- Teléfono de referencia

2. Antecedentes:

2.1. A. Personales:

2.1.1. Fisiológicos:

- ◆ Menarquia
- ◆ R/C
- ◆ IRS

2.1.2. Patológicos:

- Enfermedades infecto-contagiosas
- Intervenciones quirúrgicas.
- Transfusiones sanguíneas.
- Alergias medicamentosas.
- Accidentes automovilísticos



2.1.3 Gineco - Obstétricos:

- ◆ Uso de MAC (tipo, tiempo).
- ◆ Toma de PAP (fecha).
- ◆ Resumen de cada uno de los embarazos: duración, evolución, tipo de parto, lugar, persona que atendió, estado del RN, sexo, peso, alumbramiento, evolución del puerperio.

2.2. A. Familiares: Se refiere a los padres, abuelos, hermanos, hijos, cónyuge:

- ◆ Enfermedades hereditarias.
- ◆ Embarazos gemelares.
- ◆ Malformaciones congénitas.

3. Embarazo Actual:

Relato de la evolución del embarazo y la sintomatología actual: forma y tiempo de inicio.

- ◆ FUR.
- ◆ FPP.
- ◆ EG.
- ◆ Fórmula Obstétrica.
- ◆ CPN.

II. EXAMEN CLÍNICO:

2.1.- Aspecto General:

- Facies actitud, marcha, posición.

2.2 Funciones vitales - Funciones biológicas:

- Temperatura.
- Pulso.
- Presión arterial.
- Frecuencia respira
- Apetito.
- Sed.
- Sueño.
- Orina.
- Deposición.



2.3 Cabeza y Cuello:

- Movilidad, simetría, presencia de ganglios o tumoraciones.
- Palpación de la glándula tiroides.

2.4 Tórax:

- Pulmones - Aparato Cardiovascular.
- Mamas: Inspección: red venosa de Haller, pigmentación de la aréola, aumento del volumen, tubérculos de Montgomery.



Palpación: por cuadrantes, se hace con la región palmar de los dedos de ambas manos.

2.5 Abdomen:

- Inspección: Pigmentación de la línea alba, estrías gravídicas, presencia de cicatrices operatorias (si las hubiera).etc
- Palpación: Situación, posición y presentación del feto mediante las maniobras de Leopold; además la relación del tamaño del abdomen con la edad gestacional, grado de encajamiento de la presentación.
- Auscultación: Se busca el foco de máxima auscultación de la frecuencia cardíaca fetal, de acuerdo a la ubicación del dorso fetal.
- Mensuración: Altura uterina, se mide desde el borde superior de la sínfisis púbica al fondo uterino.



2.6 Miembros Inferiores:

- Presencia de edemas, várices.

2.7 Tacto Vaginal:

- Inspección vulvo-vaginal. Evaluación de la pelvis ósea y blanda, Diagnóstico del trabajo de parto, si lo hubiera.

III. EXÁMENES AUXILIARES:

- ◆ Hemoglobina – Hematocrito.
- ◆ VDRL o RPR
- ◆ Glicemia
- ◆ Grupo Sanguíneo - Factor Rh
- ◆ Orina simple
- ◆ Test de Elisa.



IV. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

De acuerdo a la paridad y a la edad gestacional; además identificar factores de riesgo obstétrico.

V. TRATAMIENTO:

- ◆ Indicaciones a la gestante: tipo de dieta, reposo, medicamentos.
- ◆ Además educación a la gestante sobre cuidados del embarazo, signos de alarma.

HISTORIA CLÍNICA PERINATAL BASE (HCPB)

La HCPB es un instrumento diseñado para ayudar en las decisiones relacionadas con el manejo clínico individual de la mujer embarazada durante la atención prenatal, el parto y el puerperio y del neonato y/o en el ingreso por aborto, incluyendo el período pos-aborto hasta el alta.

Cuando su contenido forma parte de una base de datos, la HCPBB se convierte en un instrumento útil para la vigilancia clínica y epidemiológica de éstos eventos desde una visión de Salud Pública. Cumple con la finalidad de reunir en una sola hoja una serie de datos fáciles de obtener que resuman la información mínima indispensable para lograr los objetivos por el personal de salud que realiza atención obstétrica.

Desde 1983 la HCPB ha sido modificada en varias ocasiones. Estas modificaciones obedecen a la necesidad de mantener actualizado su contenido con la mejor evidencia científica disponible, así como incluir las prioridades nacionales e internacionales definidas por los Ministerios de Salud de la Región. Su formato y diseño, sin embargo, han sufrido pocas modificaciones.

Los datos clínicos desde la gestación hasta el puerperio se presentan en una sola página, la mayor parte de datos clínicos sólo requieren registrar una marca en espacios previamente pre definidos y aquellos datos que requieren mayor información, estudio o seguimiento (alerta) son presentados en color amarillo y rojo.

En este documento el CLAP/SMR presenta la última versión de la HCP y formularios complementarios que han sido desarrollados como instrumentos que buscan atender las actuales prioridades de la región. Para facilitar la capacitación y utilización de estos documentos.

Toda gestante debe de tener una HCPB y un carne peri natal la cual debe de ser llenada en forma adecuada con todo lo solicitado. Se le debe de indicar a la gestante que debe llevar su carné peri natal cada vez que acuda al establecimiento de salud.

CARACTERISTICAS DE LA HCPB

Los datos básicos de todo el proceso peri natal se han condensado en una hoja formato carta (27.5 de altura por 21.5 de ancho).

La HCPB está constituida por una serie de sectores que contienen la documentación referida a acontecimientos obstétricos y del recién nacido en el periodo neonatal inmediato la diagramación de la HCPB facilita que los datos sean recaudados oportunamente el manual de instrucciones ayuda en todos los casos a uniformar el registro.

OBJETIVOS DE LA H.C.P.B.

- ⤴ Normalizar y unificar la recolección de datos.
- ⤴ Facilitar la auditoria.
- ⤴ Facilitar la comunicación intra y extra mural.
- ⤴ Formar un banco de datos peri natales.
- ⤴ Favorecer el cumplimiento de las normas.
- ⤴ Implantar un sistema epidemiológico.
- ⤴ Facilita la capacitación.
- ⤴ Sirve para realizar investigaciones.
- ⤴ Registrar datos de interés legal.
- ⤴ Identificar la población asistida.

CONTENIDO DE LA HISTORIA CLÍNICA PERINATAL BASE

Es esencial que los datos registrados en la HCP B sean completos, válidos, confiables y estandarizados. Para ayudar a los usuarios del SIP a alcanzar este ideal, el presente manual incluye la siguiente información:

- ✓ Explicación concisa acerca de la definición y conceptos relacionados con los términos incluidos en la HCPB.
- ✓ Cuando sea relevante, se sugiere el uso de formas validadas de obtener el dato (ya sea por pregunta, observación, o medición)
- ✓ Descripción concisa de la justificación para la inclusión de la variable en la HCPB.

SISTEMA DE ADVERTENCIA (ENFOQUE HACIA LA DETECCIÓN DEL RIESGO PERINATAL)

La HCPB contiene casilleros de color amarillo que indican algunos factores importantes que frecuentemente pueden aumentar el riesgo perinatal, cuando uno o más de estos factores están presentes se tilda el o los caserillos correspondientes, estos espacios no deben de dejarse en blanco al menos que no se cuente con dicha información. Con esta modalidad la HCPB pretende alertar al personal responsable del cuidado de la madre y del niño en el nivel primario para facilitar la toma de decisiones que las normas locales dispongan.

PARTES DE LA HCPB:

Esta información es presentada siguiendo las secciones (partes) de la HCP. Los términos de la HCP serán presentados tanto en su denominación completa como en su versión abreviada o iniciales.

Las secciones de la HCP cuentan con diferentes formas para la recolección de datos

En algunos sectores hay espacios libres que admiten la escritura de letras y números, como se ve en el ejemplo:

Domicilio: San Juan Mz: 22 – Lt: 5

Otros sectores son de forma rectangular y sólo admiten números : Años en el mayor nivel

Finalmente algunos datos serán registrados marcando dentro de un círculo: No Si

La forma correctas de marcar los números es llenando todos los casilleros: Previa = 3

Las formas correctas de marcar los círculos son las siguientes: X ►

Toda otra forma de llenado debe ser evitada, por ejemplo: O

La HCPB contiene casilleros de color amarillo que indican algunos factores importantes que frecuentemente pueden aumentar el riesgo perinatal, cuando uno o más de estos factores están presentes se tilda el o los caserillos correspondientes, estos espacios no deben de dejarse en blanco al menos que no se cuente con dicha información. Con esta modalidad la HCPB pretende alertar al personal responsable del cuidado de la madre y del niño en el nivel primario para facilitar la toma de decisiones que las normas locales dispongan.

SECCIONES DE LA HISTORIA CLÍNICA

Sección: Identificación

Nombre Apellido: Colocar el nombre, apellidos (paterno, materno) de la mujer.

Edad: Anotar la respuesta en los dos espacios disponibles. Si es menor de 15 años o mayor de 35, marcar también el casillero amarillo.

Domicilio Localidad: Se refiere a la residencia habitual de la mujer, anotar la calle, el número y la localidad (nombre de la ciudad, pueblo, paraje, etc.). Si no se pudiera identificar el domicilio con estos datos, anotar cualquier otra referencia que facilite su ubicación. (Ej. Km 5 de la ruta 3)

Teléfono: Anotar el teléfono del domicilio habitual. Si no tuviera, se anotará un número de teléfono alternativo que permita la comunicación del establecimiento con la familia.

Fecha de Nacimiento: Anotar día, mes y año del nacimiento de la mujer.

Etnia: Se ha incluido este dato en la HCPB debido a que los pueblos indígenas y las comunidades afro descendientes representan más del 40% de la población de la región. A manera de ilustración, la HCPB incluye la variable Etnia con 5 opciones de respuesta: blanca, indígena, mestiza, negra, otros.

Estudios: Se refiere a estudios cursados en el sistema formal de educación. Preguntar ¿Cuál fue el nivel de estudios más alto al que asistió. Registrar únicamente el máximo nivel alcanzado.

Estado civil: Registrar el estado civil según corresponda: Casada, unión estable, soltera, otro. También se registrará si vive sola o no.

Lugar del control prenatal: Cuando se trate de mujeres que se encontraban asistiendo a control prenatal se anotará el código asignado por las autoridades nacionales de salud al lugar donde se realizó el control prenatal.

Número de identidad: Corresponde al número de identificación de la historia clínica o número de documento de Identidad.

Sección: Antecedentes familiares, personales y obstétricos

Estos datos se obtienen al momento de la primera consulta. Si la mujer es hospitalizada (por trabajo de parto, por aborto o enfermedad) en un establecimiento diferente al lugar del control prenatal, los datos de esta sección podrán obtenerse del CARNÉ PERINATAL o por interrogatorio directo al momento del ingreso.

Antecedentes familiares:

Se refieren a los antecedentes de la pareja, padres o hermanos.

Preguntar: ¿En su familia alguien ha tenido... (Mencionar cada una de las patologías de la HCP)?

Si la respuesta es afirmativa, preguntar ¿Quién?

Antecedentes personales:

Se refieren a los antecedentes propios de la mujer (cirugía genito urinaria, infertilidad, cardiopatía, nefropatía y violencia). En cuanto al tema violencia, se recomienda indagar simultáneamente tanto el antecedente como la presencia o no de violencia en el embarazo actual. Marcar el círculo "SI" o "NO" según corresponda.

Antecedentes obstétricos gestas previas.

Se refiere al número de gestaciones previas, sin incluir el embarazo actual. Colocar (00) si es el primer embarazo.

Partos vaginales cesáreas: Se refiere al número de partos. Además se indagará sobre el peso del recién nacido en el último embarazo. Marcar si pesó menos de 2,500 gr o fue mayor o igual a 4,000 gr. fue normal o N/C (no corresponde), si no hubo nacimientos previos. Finalmente en relación a las gestaciones previas, registrar si hubo antecedente de embarazo múltiple (gemelar) (SI/NO) según corresponda.

Abortos: Se define como Aborto a la expulsión del producto de la gestación antes de las 22 semanas o con un peso menor a 500 gramos.

Nacidos vivos: Se clasificará un recién nacido como vivo si muestra cualquier signo de vida después de la expulsión o la extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo.

Embarazo ectópico (emb. ectópico) Se anotará el número correspondiente a los antecedentes de embarazo producidos fuera del útero.

Nacidos muertos: Se clasificará un recién nacido como muerto si no evidencia signos de vida luego de la expulsión o la extracción completa del cuerpo de su madre independientemente de la duración del embarazo.

Viven: Se refiere al número de hijos que están vivos al momento de la consulta.

Fallecidos en la 1ra semana: Se refiere a los recién nacidos que nacieron vivos pero que murieron dentro del período comprendido entre el nacimiento y hasta el séptimo día (6 días, 23 horas, 59 minutos).

Muertos después de 1ra semana: Se refiere a los recién nacidos que nacieron vivos pero que murieron después de la primera semana de vida (7 días o más).

Fin embarazo anterior: Anotar día, mes y año de finalización del embarazo inmediatamente anterior al actual, ya sea que se trate de un parto o un aborto.

Marcar el círculo amarillo en los siguientes casos:

Intervalo entre parto previo y gestación actual menor a 1 año;

Intervalo entre aborto previo y gestación actual menor de 1 año.

La definición del intervalo intergenésico es un tema que ha generado discusión y sobre el que han surgido nuevos aportes.

Sección: Gestación Actual Se registra datos del embarazo actual

Peso anterior: Se refiere al peso habitual de la mujer antes del embarazo actual. Preguntar: ¿Cuánto pesaba antes de este embarazo? Se registrará el peso expresado en kilogramos.

Talla (cm). Este dato requiere ser medido directamente al momento de la primera visita de control. La técnica de medida consiste en que la gestante se ubique de pie, sin calzado, con los talones juntos, bien erguida, con los hombros hacia atrás, la vista al frente y su espalda en contacto con el talló metro. El dato obtenido se registrará en centímetros.

Fecha de última regla (FUR): Este dato es esencial para calcular la edad gestacional y la fecha probable de parto.

Preguntar: ¿Cuál fue el primer día de su última menstruación?

Fecha probable de parto (FPP): Para estimar la FPP se recomienda utilizar el gestograma diseñado por el CLAP/SMR. En caso de no contar con un gestograma, el cálculo de la FPP (Regla de Nagelle).

■ = significa ALERTA ■ = requiere seguimiento continuo

Apellidos y Nombres: _____ **Establecimiento:** _____

Establ. Origen: No Aplica Referencia

DNI (L.E) N° _____ Código Afiliación SIS: _____

Dirección: _____ Ocupación: _____ Edad: < 15 > 35

Localidad: _____ Cod. Sector: _____ Estudios: Analfabeta Primaria Secundaria Superior Superior No Univ. **Años aprobados** _____

Departamento: _____ Provincia: _____ Estado Civil: Casada Conviviente Soltera Oso **Padre RN:** _____

Distrito: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Antecedentes Obstetricos

Gestas: 0 ó + 3 < 2500 g Múltiple < 37 sem.

Abortos: Partos: Cesáreas:

Vaginales: Nacidos vivos: Muerto - 1ra semana Después - 1ra semana

RN de mayor peso: _____ g

Gestación Anterior

Fecha: ____/____/____ **Intención: Atender** **Si** **No**

Terminación
 Parto Vaginal: Cesárea: Aborto: Estípico: Aborto molar: No Aplica:

Si fue aborto:
 Tipo de Aborto: Incompleto Completo Frustrado/Retenido Séptico No Aplica

Lactancia Materna
 < 1 mes/no hubo < 6 meses 6 meses o más No aplica

Lugar del parto
 EESS Domico

Captada: Si No **Referencia x Ag. Comuni:** Si No

Antecedentes Familiares

Ninguno Malaria
 Alergias Hipertensión Arterial
 Enf. Hipertens. Emb. Hipotiroidismo
 Epilepsia Neoplásia
 Diabetes TBC Pulmonar
 Enferm. Congénitas Otros
 Emb. Múltiple

Antecedentes Personales

Ninguno Aborto habitual/recurrente Alergia a medicamentos Asma Bronquial Cardiopatía Cingria Pélv.-uterina Diabetes

Eclampsia Enferm. Congénitas Enferm. Infecciosas Epilepsia Hemorra. Postparto Hipertensión Arterial Coca Infertilidad Neoplasias Otras Drogas Parto prolong. Preeclampsia Prematuridad Reten. placenta Tabaco TBC Pulmonar Transform. mentales VIH/SIDA Otros

Vac. Previas

Rubeola Hepatitis B Papiloma Virus

Peso y Talla

Peso Habitual: _____ kg
 Talla: _____ cm

Antitetánica

N° Dosis Previa: 1ra _____ 2da _____
 Sin dosis No Aplica

Tipo de Sangre

Grupo: A B AB O
 Rh: Rh (+) Rh (-) Ben Rh (+) No Ben Rh (-) Ben

Fuma

N° Cigarrillos _____
Drogas Si No

Fecha Última Menstruación

FUM: ____/____/____ Duda: Si No
 EG.(Ecografía) Sem. Fecha: ____/____/____
 No Aplica
 Fecha Probable de Parto: ____/____/____

Hospitalización

Hospitalización: Si No
 Fecha: ____/____/____
 Diagnóstico: _____
 CIE10: _____

Emergencia

Fecha: ____/____/____
 Diagnóstico: _____
 CIE10: _____

Violencia / género

Ficha Tamizaje Si No
 Violencia Si No
 Fecha: ____/____/____

Exámenes de Laboratorio

Examen	Hg(%)	No se Hizo	Fecha	Negativo	Positivo	No se Hizo	No Aplica	Fecha
Hemoglobina 1:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
Hemoglobina 2:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
Hemogl.al Alta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
Glicemia 1:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
Glicemia 2:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
Tolerancia Glucosa:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
VDRL/RPR 1:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
VDRL/RPR 2:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
TPHA VDRL/RPR reactivo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
Prueba Rapida 1:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
Prueba Rapida 2:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
ELISA 1:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
ELISA 2:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
Western Block:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
HTLV1:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
TORCH:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
Gota Gruesa:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
Fluorec. Malaria:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
Ex.Comp.Orina:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
Bacteriuria:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
Nitritos:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
Urocultivo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
BK en Espuito:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
Listeria:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
PAP:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
Colposcopia:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____

Examen Físico

Clinico: Sin Examen Normal Patológico
Mamas: Sin Examen Normal Patológico
Cuello Uterino: Sin Examen Normal Patológico
Pelvis: Sin Examen Normal Anormal
Odont: Sin Examen Normal Patológico

DATOS BASALES DEL EMBARAZO ACTUAL

ATENCIÓNES PRENATALES	ATENCIÓN 1	ATENCIÓN 2	ATENCIÓN 3	ATENCIÓN 4	ATENCIÓN 5	ATENCIÓN 6	ATENCIÓN 7	ATENCIÓN 8	ATENCIÓN 9
Fecha y hora atención (calend. 24/24h)	/ / : / /	/ / : / /	/ / : / /	/ / : / /	/ / : / /	/ / : / /	/ / : / /	/ / : / /	/ / : / /
Edad Gest. (semanas)									
Peso madre (kg)	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲
Temperatura (°C)									
Presión arter. (mm. Hg)	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲
Pulso materno (por min.)									
Altura Uterina (cm)	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲
Situación (L/T/NA)									
Presentación (C/P/NA)									
Posición (D/NA)									
F.C.F. (por min./NA)									
Mov.fetal (A/B/C/D/E/NA)	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲
Proteinuria Cualitativa (++++/NSH)									
Edema (A/B/C/D/SE)									
Reflejo Ostetendinoso (0, + / ++ / +++)									
Examen de Pezón (Formado/No Form./Sin Exam)									
Indic. Hierro /Ac Fólico (mayor e igual a 16 sem)									
Indic. Calcio									
Indic. Ac. Fólico									
Orient. Consej. (P/P/TS/NA) (Sim/VS/TS/BC/No se hizo/NA)									
EG de Eco.Control (Sim/No se hizo/NA)									
Perfil Biofísico (A, S, E, IO de 10 NSH/NA)									
Cita (a/m/d)									
Visita domicil. (S/NA)									
Plan Parto (control/visitado se hizo/NA)									
Estab. de la atención									
Responsable atención									
Nro Formato SIS									

L = Longitudinal T = Transversa C = Cefálica P = Pélvica D = Derecha I = Izquierda SW = Sin Movimiento SE = Sin Edema NA = No Aplica NSH = No se hizo

INCREMENTO DE PESO MATERNO

Y-axis: kg (0 to 16)

X-axis: SEMANAS DE AMENORREA (13 to 39)

Curvas: P₅₀ (superior), P₂₅ (inferior)

ALTURA UTERINA

Y-axis: cm (7 to 39)

X-axis: SEMANAS DE AMENORREA (13 to 41)

Curvas: P₅₀ (superior), P₁₀ (inferior)

Patologías Maternas (CIE 10) Diagnosticadas

Sin patologías Fecha: / /

1. _____ / /

2. _____ / /

3. _____ / /

Otras patologías (CIE 10):

1: [][][][][]

2: [][][][][]

Referencia - Consulta Externa Si No No Aplica Fecha: / / Establ. Trasl: _____

Referencia - Emergencia Si No No Aplica Fecha: / / Establ. Trasl: _____

Referencia - Apoyo al Diagnost. Si No No Aplica Fecha: / / Establ. Trasl: _____

PSICOPROFILAXIS

ESTIMULACIÓN PRENATAL

PLAN DE CUIDADO Si No No Aplica

ALOJADA EN CASA DE SEÑERA Si No No Aplica

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

significa ALERTA

requiere seguimiento continuo

Apellidos y Nombres: _____ Establecimiento: _____

Establ. Origen: _____ No Aplica

AUTOGENERADO:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DNI (L.E.) Nº

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dirección: _____

Ocupación: _____ Edad: < 15 > 35

Localidad: _____

Estudios: Analfabeta Primaria Secundaria Superior Superior No Univ. Años aprobados

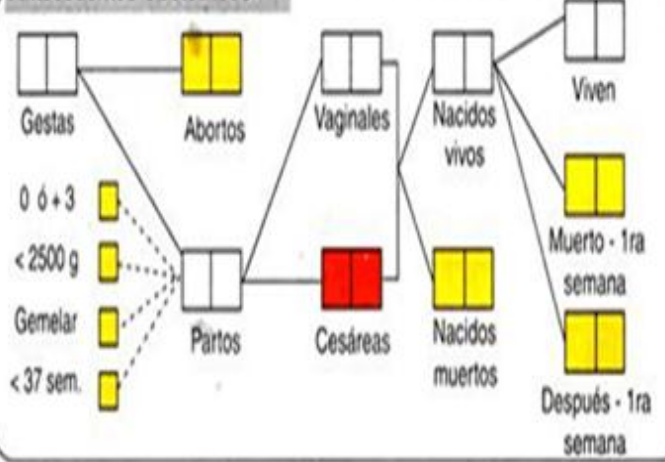
Departamento: _____ Provincia: _____

Estado Civil: Casada Conviviente Soltera Otro Padre RN: _____

Distrito: _____ Teléfono: _____

FILIACION Y ANTECEDENTES

Antecedentes Obstétricos



Fin Gestación Anterior

Terminación: Fecha: ___/___/___

Parto Aborto Ectópico Molar Otro No Aplica

Si fue aborto: Tipo de Aborto

Incompleto Completo Frustrado Séptico Otro No Aplica

RN de mayor peso:

--	--	--	--	--

 g

Captada: Si No Remitida x Ag. Comuni.: Si No

Antecedentes Familiares

Ninguna Hipertensión Arterial

Alergias Neoplasia

Anomalías Congénit. TBC Pulmonar

Epilepsia Otros _____

Diabetes

Enferm. Congénitas

Gemelares

Antecedentes Personales

Ninguno Diabetes Otras Drogas

Aborto habitual Enferm. Congénitas Parto prolong.

Aborto recurrente Enferm. Infecciosas Pre/Eclampsia

Alcoholismo Epilepsia Prematuridad

Alergia a medicamentos Hemorra. Postparto Reten. placenta

Asma Bronquial Hipertensión Arterial Tabaco

Bajo Peso al nacer Hoja de Coca TBC Pulmonar

Cardiopatía Infertilidad VIH/SIDA

Cirugía Pélv.-uterina Neoplasias Otros _____

OTRAS TECNOLOGÍAS PERINATALES

El Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR) Ha desarrollado y puesto a disposición una serie de tecnologías para facilitar las acciones destinadas al cuidado de la salud de la mujer, la gestante, el recién nacido y el niño. Estas tecnologías están dirigidas al personal de servicios de salud con énfasis en el primer y segundo nivel de atención, a la formación de recursos humanos en los servicios y la comunidad, fortaleciendo los conocimientos en el área de la salud de la mujer, materna y perinatal.

Estas tecnologías presentan ordenadamente los criterios de normalidad de acuerdo a la distribución de valores de población latinoamericana sana, en su mayoría producto de investigaciones realizadas con el mayor rigor metodológico por el equipo del CLAP/SMR-OPS/OMS. Las recomendaciones que se incluyen, se sustentan en actualizadas evidencias científicas. El Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), fue creado por un grupo de profesionales comprometidos con la salud de las madres y sus recién nacidos.

El CLAP/SMR se ha reorganizado siguiendo lineamientos políticos y técnicos de la OPS. La descentralización de las Unidades y Programas ha sido aprobada por los Cuerpos Directivos para acercarlos a los países de la Región y de esa manera, hacer más costo/eficiente la cooperación técnica.

CLAP dentro de las tecnologías perinatales se considera a la Historia Clínica Perinatal Base.

Tecnología de apoyo al control prenatal facilitara al personal de centros de salud y hospitales del primer y segundo nivel de referencia, la correcta vigilancia del embarazo, parto, puerperio y recién nacido.

CINTA MÉTRICA

Medir la altura uterina en control prenatal. Controlar el crecimiento fetal.

El Seguimiento de la restricción del crecimiento fetal Consta de dos lados: anverso y reverso.

Anverso: Cinta métrica de 50cm Contiene: Técnica de medida de la altura uterina, Los valores normales de altura uterina.

Los patrones de presión arterial sistólica y diastólica normal durante la gestación

Reverso: Contiene: Patrones de altura uterina. Ganancia de peso materno. Peso fetal estimado.

Contracciones uterinas por hora según edad gestacional

GESTOGRAMA DE BOLSILLO.

Consta de dos discos de 12 cm de diámetro, uno móvil (anverso) y otro fijo (reverso) sobre el que gira el disco móvil.

Al calendario obstétrico se agregaron medidas de algunos parámetros seleccionados por confiables y precisos que permiten calcular:

- ✓ Amenorrea.

- ✓ Vigilar el crecimiento y la vitalidad fetal.
- ✓ Estimar la edad del embarazo.
- ✓ La edad del recién nacido

Verificar la normalidad de incremento de:

- ✓ Peso materno.
- ✓ Presión arterial.
- ✓ La contractilidad uterina, entre otros parámetros

DISCO MÓVIL:

Este disco gira sobre un calendario. Haciendo coincidir la flecha roja con el primer día de la última menstruación, se ubica la fecha correspondiente a la consulta, obteniéndose la amenorrea en semanas cumplidas. Permite detectar:

- ✓ Casos con restricción del crecimiento fetal.
- ✓ Alteraciones de la duración del embarazo.
- ✓ Contractilidad mayor que la correspondiente a la edad gestacional.

Reverso: Si se desconoce la fecha de última menstruación, esta cara del disco permite estimar la amenorrea con un error conocido a partir de medidas ecográficas embriofetales.

GESTOGRAMA MURAL:

Consta de dos discos de 25 cm, uno móvil (izquierda) y otro fijo (derecha) aplicados sobre una superficie de cartón de 40 cm por 53 cm. Tiene la misma función que el gestograma de bolsillo.

FETOSCOPIO:

Al estetoscopio fetal se le agregaron ilustraciones sobre la técnica de auscultación y registros de patrones normales y de desaceleración de la frecuencia cardíaca fetal a partir de la semana 20 de gestación asociada a las contracciones uterinas en el embarazo y parto. El instructivo para su uso se encuentra impreso en el instrumento.

PARTOGRAMA:

Es un instrumento para el Control clínico de la contractilidad uterina y de la frecuencia cardíaca fetal durante el embarazo y el parto "Formulario diseñado para graficar la dilatación cervical en función del tiempo y evaluar el rápidamente el progreso del parto. Incluye los patrones referencia correspondientes al límite inferior de la evolución de la dilatación cervical en función del tiempo, considerando cuatro subgrupos de acuerdo a la paridad, la posición de la madre durante el período dilatante y al estado de las membranas a los 4 cm de dilatación cervical. Esta tecnología se complementa con el uso de la plantilla con curvas de alerta (lo que permite la rápida evaluación del progreso del parto, Prevenir el parto prolongado y facilitar la acción oportuna.

PLANTILLA DE CURVA DE ALERTA:

Plantilla de 16 cm por 20 cm con curvas de alerta de la dilatación cervical en función del tiempo. Tecnología dirigida al personal de salas de parto.

Su aplicación permite prevenir el parto prolongado y facilitar la acción oportuna.

DILATOMETRO

Plantilla de 20 X 25 cm con orificios de 2-10 cm de diámetro con incrementos de un cm.

Permite verificar el grado de dilatación cervical y estimada por el tacto realizado por vía vaginal, así como capacitar en la estimación de la dilatación cervical.

CINTA NEONATAL

Cinta métrica para medir la longitud, el perímetro craneano y la circunferencia media del brazo del recién nacido al momento del nacimiento.

Permite estimar la edad gestacional del recién nacido a través de la medida del perímetro craneano, el bajo peso al nacer a través de la medida de la circunferencia media del brazo y valorar el estado nutricional.

FICHA PLAN PARTO

El plan parto es una herramienta efectiva que busca organizar y movilizar los recursos familiares y comunitarios para la atención oportuna para la gestante, la puérpera y el recién nacido. El plan debe consignar la información precisa que permite organizar el proceso de atención de la gestante, relevando los aspectos del parto y la referencia de ser necesario. El plan facilita la información para que la gestante y sus familiares sepan a donde llegar, ante la presencia de señales de parto o signos de alarma. Se necesita por lo menos 03 entrevista con la gestante y su familia. En la primera entrevista del Plan de Parto, se elabora en la primera atención prenatal y se le entrega a la gestante para que con su familia decidan todas las opciones concernientes a la atención.

OBJETIVO

Planificar los eventos previos al parto con participación de la gestante, la familia, comunidad y por el sector salud, la participación activa de los trabajadores profesionales y técnicos, incrementando la cobertura del parto institucional y contribuyendo así a la disminución de la morbilidad Materno perinatal.

IMPORTANCIA

Se centra en las medidas preventivas, en la educación y en la decisión inmediata para el traslado y evacuación de la gestante en caso de emergencia.

Se incentiva para que el lugar de atención de parto sea institucional, priorizando en primer lugar la seguridad de la gestante y del producto, logrando que el parto sea lo más gratificante posible es decir sin complicaciones, en el caso de dicha situación se modifique el entorno familiar está en la capacidad de identificar los riesgos y tomar las medidas adecuadas en el traslado de la gestante para minimizar el pronóstico negativo tanto materno y/o fetal. El acompañante de la gestante estará a cargo del familiar que tiene a su cargo el cuidado de todo el proceso de la gestación.

VENTAJAS

Orienta a la gestante y su familia sobre dónde acudir y como llegar al servicio de salud ante la presencia de señales de parto o signos de alarma.

Movilizar y organizar los recursos familiares y comunitarios para el traslado oportuno de la gestante.

La gestante y el entorno familiar conocen y están sensibilizados sobre sus beneficios.

La gestante cuenta con su plan de parto y hace uso del él.

Gestante y familiares están más sensibilizados sobre la atención Prenatal.

La gestante y su entorno poseen la información y orientación sobre el cuidado de su salud y del recién nacido.

DESVENTAJAS

La información brindada por la gestante en la primera atención prenatal no es completa. Cambio constante de domicilio de la gestante dificulta cumplir con las visitas

METODOLOGÍA PARA SU APLICACIÓN.

La ficha consigna información obtenida por el trabajador de salud con la participación de la gestante, familiar u otra persona que influye en la decisión de recibir atención oportuna. En base a ella se motivará a planificar el parto institucional y las acciones a seguir ante una situación de emergencia. La ficha debe ser llenada, en el primer contacto, por el personal de salud que realiza el control prenatal, la visita domiciliaria y/o captación con participación activa de los miembros de la familia y de la comunidad. La gestante, familia y promotores de salud comunitaria.

Se puede llenar la ficha por iniciativa propia, en la que se debe destacar los siguientes datos:

- ✓ Cuál será el costo de mi atención y los insumos necesarios.
- ✓ Qué necesito preparar para mi hospitalización

- ✓ Dónde me atenderé el parto.
- ✓ Cómo llegaré al Establecimiento de salud desde mi hogar.
- ✓ Quiénes me ayudarán al traslado.
- ✓ Quién cuidará mi familia, mi casa, mis hijos, etc.
- ✓ Existe en mi localidad una casa de espera.

¿QUE DEBE CONTENER LA FICHA PLAN DE PARTO?

Previsión de recursos económicos para la atención del parto, compra de enseres necesarios para el parto, medio y costo del transporte

Previsión del lugar, persona responsable y condiciones de la atención de parto.

Previsión y/o reconocimiento del momento en que debe acudir al Establecimiento de salud.

Previsión del apoyo familiar y comunitario durante el parto.

Respecto a la ficha destacar que:

EL PLAN DE PARTO...VALE LA PENA HACERLO, PUEDE SALVAR UNA VIDA.

A CONTINUACION EL FORMATO DE LA F.P.P.

Nombre de la gestante.....Edad.....Teléfono de referencia.....
 Comunidad/sector.....Punto de referencia.....
 FPP.....RO.....
 Establecimiento.....Red.....Micro red.....Telf. EE. SS.....

	FECHA		1ª entrevista I Trimestre	2ª entrevista II Trimestre	3ª entrevista III Trimestre
1	EDAD GESTACIONAL				
2	¿Dónde se atenderá su parto?	Hospital			
		C.S.			
		P.S.			
		Domicilio			
		otro			
3	¿Quién desea que atienda tu parto?				
4	¿En qué posición prefiere dar a luz?	Echada			
		Cuclillas			
		Sentada			
		otro			
5	¿En caso de parto o emergencia cómo acudirías al establecimiento de salud?	Carro			
		Acémila			
		Camilla			
		otro			
6	¿Qué tiempo tardará en llegar al EE. SS?				
7	¿Quién avisará al personal de salud en el momento del parto o emergencia?				
8	¿Quién cuidará de sus hijos, su casa y animales durante su ausencia?				
9	¿Aceptaría ir a la casa de espera u otra cerca al EE. SS?				
10	¿Sabe cuándo debe ir a la casa de espera?	Si (fecha)			
		no			
11	¿Conoce la Sala de Partos?				
12	¿Cuáles son los signos de	Dolor de			

	alarma?	cabeza			
		Vómitos			
		Fiebre			
		Dolor abdominal			
		No se mueve el bebe			
		Pérdida de líquido			
		Sangrado			
		Edema			
13	¿Qué objetos y enseres necesitas para el momento del parto y para el RN?				
14	Firma de la gestante				
15	Firma del trabajador que realiza la visita				
16	Firma /Nombre de las personas presentes en la visita				

¿Qué personas le acompañarían a su traslado al EE. SS en su parto o en emergencias?

NOMBRES	EDAD	PARENTESCO	DIRECCION	FIRMA DE COMPROMISO

¿En caso de necesitar sangre quienes serían los posibles donantes?

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	DIRECCION	FIRMA DE COMPROMISO

Conclusiones de la Primera visita (fecha)

.....
.....
.....
.....

Conclusiones de la Segunda visita (fecha)

.....
.....
.....

Conclusiones de la Tercera Visita (fecha)

.....
.....
.....
.....

VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO

Es un concepto que engloba diversas manifestaciones de abuso cometidas contra las mujeres, las niñas y las adolescentes, y es una de las principales causas de muerte en todo el mundo para la población de 15 a 44 años de edad. Según la OMS: Es el uso intencional de la fuerza o el poder físico, o amenaza, contra uno mismo, u otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, y trastornos.

REPERCUSIONES EN LA SALUD REPRODUCTIVA

- ⤴ La violencia mediante relaciones sexuales forzadas puede desencadenar directamente un embarazo no deseado, infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por el VIH; también, indirectamente puede dificultar la capacidad de la mujer de usar anticonceptivos, en especial condones.
- ⤴ Incrementa el riesgo de aborto espontáneo.
- ⤴ Inicio tardío de la atención prenatal.
- ⤴ Partos prematuros
- ⤴ Bajo peso al nacer.

FICHA DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO

Es un instrumento, de fácil aplicación en donde se recolectan datos importantes que nos ayudarán a identificar si la gestante recibe algún tipo de maltrato en su hogar, y debe ser aplicado por el personal de salud en su primera atención prenatal.



Ficha de Tamizaje - Violencia Familiar y Maltrato Infantil

FECHA:
 ESTABLECIMIENTO:
 SERVICIO: Emergencia Pediatría Gineco - Obstetricia CRED Otros
 NOMBRE Y APELLIDO DEL USUARIO
 EDAD: SEXO: Masculino Femenino
 DIRECCION:

Lea al Paciente:

Debido a que la Violencia Familiar es dañina para la salud de las personas, en todos los programas de salud estamos preguntando a los pacientes si actualmente están en esta situación para participar con ellas en la solución de su problema, por favor, conteste a estas preguntas.

Pregunte: ¿Quién?

Si es adulto (a):

¿Alguna vez un miembro de su familia le insulta, le golpea, le chantajea o le obliga a tener relaciones sexuales?

Si

No

Si es padre o madre de familia:

¿Su hijo es muy desobediente?

Si

No

¿Alguna vez pierde el control y lo golpea?

Marque con aspa (x), todos los indicadores del maltrato que observe...

Físico

- Hematomas, contusiones inexplicables.
- Cicatrices, quemaduras.
- Fracturas inexplicables.
- Marca de mordeduras.
- Lesiones de vulva, perineo, recto, etc.
- Laceraciones en boca, mejillas, ojos, etc.
- Quejas crónicas sin causa física: cefalea problemas de sueño (mucho sueño, interrupción del sueño).
- Problemas con apetito. Enuresis. (niños)
- Psicológico
- Extrema falta de confianza a si mismo.
- Tristeza, depresión o angustia.

- Retraimiento.
- Llanto frecuente.
- Exagerada necesidad de ganar, sobresalir.
- Demandas excesivas de atención.
- Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños.
- Tartamudeo.
- Temor a los padres o de llegar al hogar
- Robo, mentira, fuga, desobediencia, agresividad.
- Ausentismo escolar.
- Llegar temprano a la escuela o retirarse tarde.
- Bajo rendimiento académico.
- Aislamiento de personas.

- Intento de suicidio.
- Uso alcohol, drogas, tranquilizantes o analgésicos.
- Conocimiento y conducta sexual inapropiadas (niños).
- Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital.
- Embarazo precoz.
- Amenaza de aborto / aborto.
- Infecciones de Trans. Sexual.
- Negligencia.
- Falta de peso o pobre patrón de crecimiento.
- No vacunas o atención de salud
- Acciden. o enf. muy frecuentes.
- Descuido en higiene y aliño.
- Falta de estimulación del desarrollo.
- Fatiga, sueño, hambre.

FECHA: DERIVADO POR: FIRMA:

NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE ATENDIO EL CASO

Referencia Bibliográfica

1. Cunningham G, et al. Historia clínica. En: Obstetricia de Williams. 22a Ed. México: Editorial Mc Graw-Hill Interamericana, 2006.
2. Pérez A. Determinismo del parto. En: Obstetricia. 4 ed. Santiago de Chile: Mediterráneo, 2011: 322-331.
3. Pérez A. Historia clínica obstétrica. En: Obstetricia. 4ta ed. Santiago de Chile: Mediterráneo, 2011.
4. Schwartz R et al. El Control Prenatal. En: Obstetricia. 6ta Ed. Buenos Aires: Editorial El Ateneo, 2005. 175, 176, 177.
5. **Cunningham M.D. y otros. Obstetricia Williams. 22a edición. Edit. México McGraw-Hill. 2006.**

□ **Cinta Neonatal:** <http://paltex.paho.org/bookdetail.asp?bookId=T CE03&CatId=MEH>

□ **Tecnologías Perinatales:** http://ernestinariveracampoverde.blogspot.com/2010_11_01_archive.html

Guía nacional de atención integral

CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN

Después de haber revisado los contenidos de la I Unidad de Aprendizaje, responde las siguientes preguntas:

1. ¿Cuál es la importancia de la Historia Clínica Obstétrica?
2. ¿Cuáles son las partes que conforman la Historia Clínica Obstétrica?
3. ¿Cuáles son los objetivos de la Historia Clínica Perinatal Base?
4. ¿A que contribuye la importancia del Carne Perinatal?
5. ¿Cree usted que las tecnologías Perinatales contribuyen al personal de Salud a disminuir Riesgos Materno Peri Neonatales?



**CAPITULO
2**

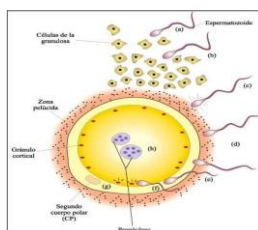
II UNIDAD:

***ATENCION PRENATAL
RENFOCADA***

DIAGNOSTICO DEL EMBARAZO

SOSPECHA:

- ✓ Edad Fértil
- ✓ Ciclos menstruales regulares.
- ✓ No uso de métodos anticonceptivos.
- ✓ Pareja sexual.



DEFINICION:

- ✓ Es la capacidad femenina.
- ✓ Es la unión del óvulo y espermatozoide.
- ✓ El organismo materno desarrolla una serie de modificaciones.



IMPORTANCIA:

- ✓ Para la Obstetra: Detectar factores de riesgo.
- ✓ Para la paciente: Iniciar precozmente CPN.
- ✓ Para la familia: Influencia positiva.
- ✓ Para la comunidad: Individuos sanos.



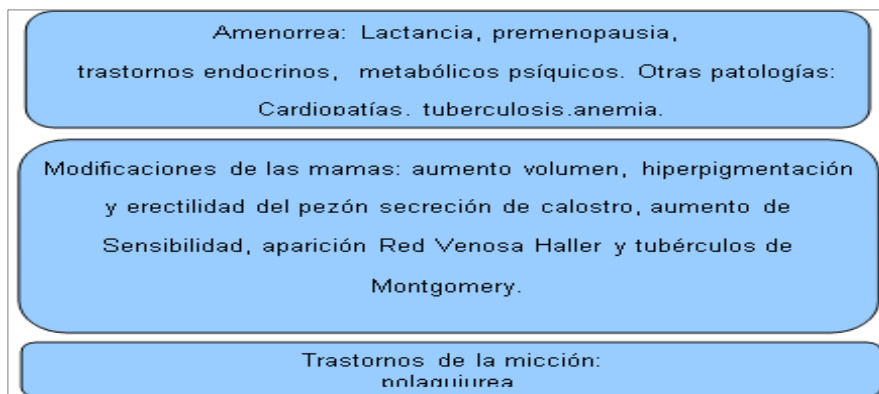
DIAGNÓSTICO EN LA PRIMERA MITAD:

La menstruación y la ovulación están suprimidas, el ciclo menstrual es reemplazado por el ciclo gravídico. La presencia del huevo provoca modificaciones generales y locales el organismo materno.

SIGNOS DEL EMBARAZO

PRESUNCIÓN.- Los proporcionan los sistemas y aparatos maternos. Estos signos son subjetivos, inconstante, variables, pueden faltar o estar muy atenuados, aparecen a partir 4ta semana, desaparecen entre 18 semanas.





SIGNOS DE PROBABILIDAD

Los proporciona el aparato genital, en particular el útero, pero tampoco son exclusivos del embarazo.

Amenorrea: Se debe pensar en embarazo en toda mujer fértil, con ciclos menstruales regulares, que presentan un atraso en la presentación de su menstruación. Se obtienen a través del interrogatorio. Existen otras entidades de amenorrea: fisiológicas, patológicas y psíquicas

MODIFICACIONES UTERINAS:

A partir de la 12 semanas el útero se percibe a través de la pared abdominal como una masa que aumenta progresivamente su tamaño. Se obtiene por examen ginecológico.

Signos Uterinos: Se perciben mejor por exploración bimanual (tacto vaginal + palpación abdominal)

Cuerpo: Aumento de tamaño: Por examen bimanual puede percibirse precozmente a partir de la 6ta – 8va semana de gestación. Por palpación abdominal sólo es posible determinar el crecimiento uterino a partir de las 12 semanas, pues hasta entonces el útero continúa siendo intrapélvico.

SEMANA DE TAMAÑO UTERINO

AUMENTO DE TAMAÑO UTERINO

AMENORREA

08	El doble del no gestante.
10	El triple del no gestante.
12	El cuádruple del no gestante, alcanza la sínfisis
18	El fondo a mitad de distancia entre la sínfisis y el Ombligo.
22	El fondo alcanza el ombligo
36-37	En primíparas el fondo alcanza el apéndice xifoides.
40	En multíparas el fondo alcanza el apéndice xifoides.

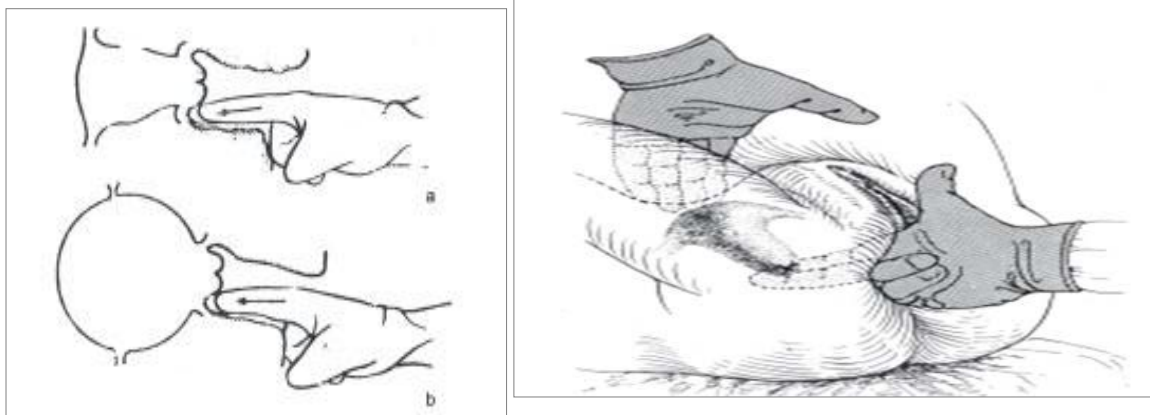
Cambios de la forma:

Fuera del embarazo el útero es triangular, aplanado, con una cara anterior y otra posterior. El

embarazo hace aumentar sus dimensiones anteroposteriores y las caras se tornan convexas. El útero se vuelve piriforme a la 8 va semana, esférico o globuloso a las 13 va semana, Ovoide después de la 18 va semana.

Signo de Noble-Budín: La forma se hace más globulosa y los fondos de sacos vaginales se hacen convexos (sobre todo si ya pasó la semana 12)

Signo de Piscacek: Si la implantación ovular fue cerca de una inserción tubarica, el útero se hace asimétrico.

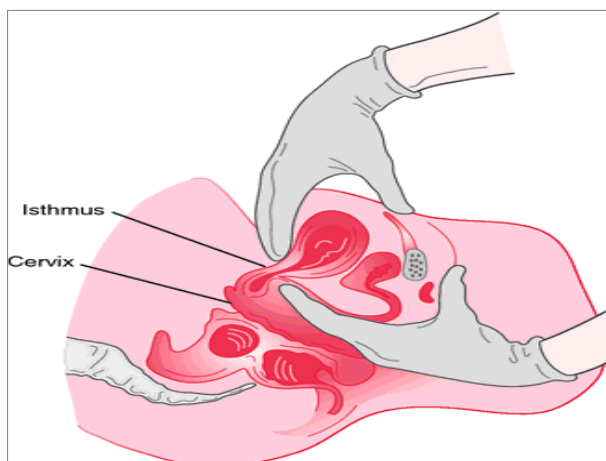


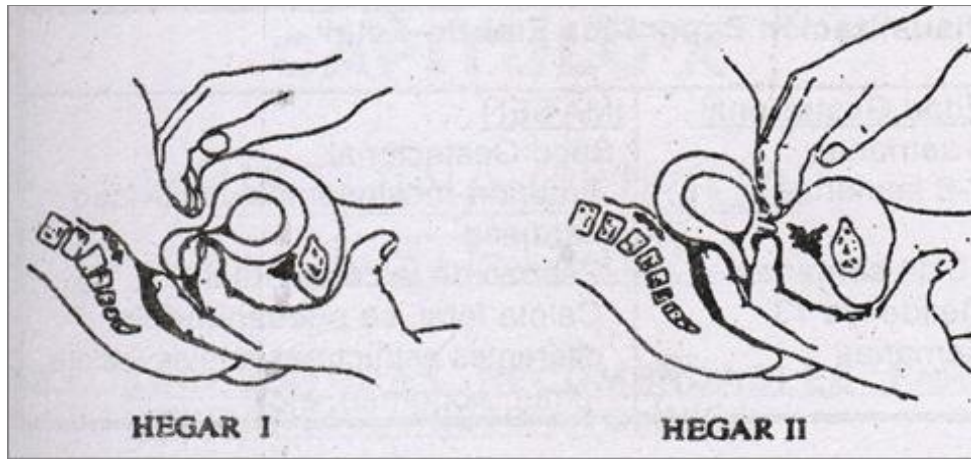
CUELLO Y SEGMENTO INFERIOR:

El reblandecimiento se puede detectar por los signos:

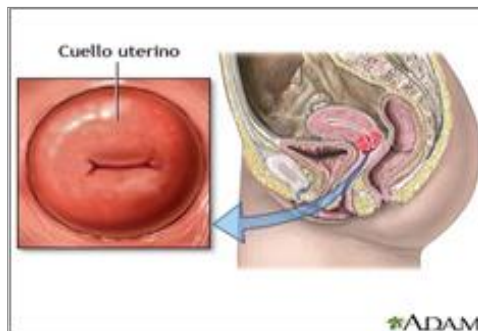
Hegar I: Se debe a la laminosidad (delgadez), del Istmo uterino. Al Examen bimanual los dedos que palpan el abdomen tienen la sensación de tocar los dedos que se encuentran en la vagina.

Hegar II: Se debe al reblandecimiento del cuerpo del útero. Por palpación combinada se logra "plegar" (formar un pliegue) la pared anterior del cuerpo uterino.





Signo de Goodell: Es el cambio en la consistencia del cuello, que comienza en el orificio externo para extenderse gradualmente hacia arriba, hasta presentar al final del embarazo una blandura semejante a los labios de la boca (contrasta con la consistencia cartilaginosa del cuello fuera del embarazo).



Signo de Gauss: El reblandecimiento intenso del segmento inferior del útero hace que el cuello se mueva con facilidad en relación con el cuerpo; el cuello gana en posibilidades de movimiento. Si se introducen 2 dedos en la vagina de modo que abarquen el cuello uterino, éste puede llevarse en todas direcciones en la exploración bimanual sin que los movimientos se transmitan al cuerpo.



SIGNOS VULVO VAGINALES:

Signo de Chadwick: La vulva y la vagina adquieren un color violáceo, sobre todo la mucosa del vestíbulo vulva, en la proximidad del meato este signo no es patognomónico porque también se presenta en cualquier proceso que provoque una congestión intensa de los órganos pélvicos y en el período pre menstrual.



CORAZÓN FETAL Y LATIDOS FETALES:

Percepción de tonos cardiacos fetales, que pueden ser detectados:

Ecografía: a las 7-8 semanas

Doppler: desde las 10-12 semanas.

Estetoscopio de Pinard: entre las 18 y 20 semanas



AUSCULTACIÓN DE LOS LATIDOS FETALES:

Localización: generalmente en los flancos.

Frecuencia: 120-160 por minuto.

Ruidos agregados: hay dos tipos:

Soplo que corresponde al cordón: es sincrónico a los latidos fetales.

Soplo que corresponde a la placenta: es sincrónico al pulso materno.

MOVIMIENTOS FETALES:

Percepción mediante el oído, la vista, el tacto.

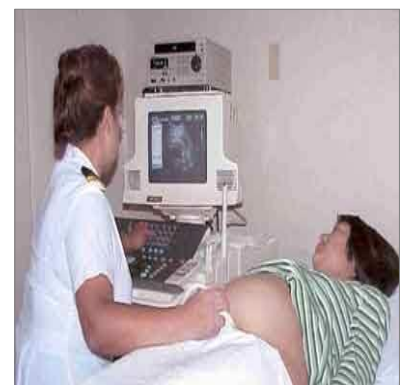
La percepción materna se produce entre las 16 y 20 semanas

Exploración radiológica. Detecta focos de calcificación (12s-16s)

Contraindicado durante la gestación.

Palpación de partes fetales.

Examen ecográfico.



PRUEBAS ENDOCRINAS

Detección de la Sub unidad Beta de HCG: La Sub unidad beta de HCG es detectable aún antes de la nidación y, por ser su estructura hormonal producida exclusivamente en el sincitiotrofoblasto, no tiene reacciones cruzadas con ninguna otra hormona.

Constituye el método diagnóstico de embarazo más precoz. Se determina en sangre (Suero) y orina.

Pruebas endocrinas: determinación de hormona gonadotrofina coriónica en el plasma y orina materno. En las embarazadas, alrededor de los 45 a 60 días posteriores a la concepción, o sea a desde las 8 a 11 semanas pos menstruales, el nivel de HGC alcanza su punto máximo para luego descender hasta nivelarse en su punto más bajo alrededor del cuarto mes, manteniéndose así hasta el fin del embarazo.

Valores normales: Hombres y mujeres no embarazadas: Menos de 5 mUI/ml



IMPORTANCIA CLÍNICA

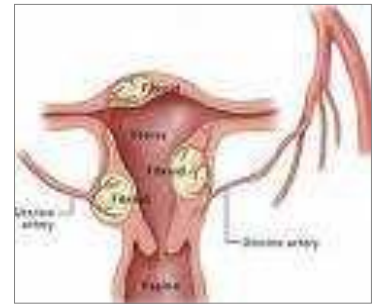
La determinación cuantitativa de la HCG es de mucha utilidad en los seguimientos de embarazos, en diagnóstico de embarazos ectópicos, molas hidatidiformes, y tumores testiculares. Junto con la determinación del estriol y la AFP colaboran en la detección de problemas fetales como el síndrome de Down y la espina bífida.

La HCG es un marcador para el seguimiento de enfermedad trofoblástica gestacional o mola hidatidiforme. Después de la resección adecuada de la mola los niveles deben bajar en 3 a 12 semanas. Si los valores persisten elevados o disminuyen muy lentamente requieren terapia sistémica contra mola invasiva o carcinoma.



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL EMBARAZO

- ◆ Tumores quísticos pélvicos: Miomas uterinos.
- ◆ Útero escleroso de menopausia (grande y duro)
- ◆ Útero pre menstrual (grande y blando)
- ◆ Hematómetra. (Acumulación de la menstruación en el útero.)
- ◆ Mioma Blando, cáncer, metritis, pólipos mucosos o fibrosos.
- ◆ Embarazo molar (primer trimestre)
- ◆ Endometriosis (presencia de glándulas endometriales formando nudos)



PARA ESTABLECER EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL EMBARAZO SE REQUIERE:

Anamnesis.

Examen Físico General y Gineco- Obstétrico.

Procedimientos de Diagnóstico Complementario: Ecografía.

El tamaño uterino no concuerda con la edad del embarazo.



ÚTERO GRANDE

Precisar bien la FUR

Mujer mal reglada

Mala medición de la AU

Feto grande

Poli hidramnios

Embarazo múltiple

Mola hidatiforme

Mioma y Embarazo

Malformaciones fetales



ÚTERO PEQUEÑO

Error de FUR

RCIU

Desnutrición

Mala medición de la AU

Muerte intrauterina

Fecundación puede haber ocurrido muy cerca de la primera falta menstrual



ATENCIÓN PRENATAL RE-ENFOCADA

DEFINICIÓN: Es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos, periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal. Podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo.

ATENCIÓN PRENATAL RE ENFOCADA: Aquella que tiene sentido humanístico, respetando los derechos ciudadanos y priorizando la información, educación y comunicación de la gestantes y su familia.



FINALIDAD:

- ◆ Detectar factores de riesgo materno. El control prenatal organizado reduce la mortalidad fetal en un 40%.
- ◆ Prevenir el diagnóstico y tratamiento temprano en las complicaciones maternas.
- ◆ Vigilancia del crecimiento y vitalidad fetal.
- ◆ Disminuir las molestias menores del embarazo.
- ◆ El CPN debe tener “calidad y calidez” que se otorga a la embarazada.
- ◆ Educación constante en la embarazada y su familia.

OBJETIVO GENERAL:

Disminuir la morbilidad Materno Perinatal

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

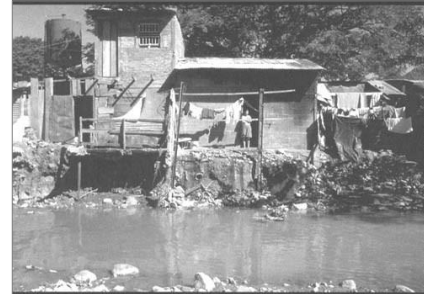
1. Realizar Historia Clínica Perinatal Base.
2. Análisis de rutina.
3. Aplicación de vacunas antitetánicas.
4. Detectar cáncer de mamas y de cérvix (a través del Papanicolaou)
5. Preparación Psicoprofilaxis.
6. Preparación para lactancia materna. Cuidado del recién nacido.





DIFICULTADES PARA EL CPN EFECTIVO:

1. Falta de información.
2. Ignoran la necesidad de cuidar el embarazo.
3. Creen estar sanas y no asisten a su CPN, también por el temor.
4. Su costo cuando no es gratuito para el usuario “gasto en el transporte”. Pérdidas de hora laborales.
5. Factor económico-trabajo.
6. Problemas en la organización, con que se brinda el CPN.
7. Inaccessibilidad geográfica.
8. Falta de autoestima.
9. Algunos casos como prohibiciones religiosas o culturales.



METODOLOGÍA O CARACTERÍSTICAS:

El control prenatal regular debe ser completo, oportuno, precoz, eficaz, eficiente.

A.- Precoz o Temprano: Debe iniciarse lo más temprano posible (primer trimestre). Esto permite las acciones de fomento, protección, recuperación de la salud que constituye la razón fundamental del CPN, permite identificar precozmente el Alto Riesgo Obstétrico.

B.- Periódico o Continuo: Los controles varían según el riesgo del embarazo. Los de ARO necesitan una mayor cantidad de consultas. Lo ideal es 10 a 14 CPN a toda embarazada y como mínimo 6 CPN.

1° mes: se hacen dos CPN; en el primero debe hacerse la historia clínica obstétrica. El segundo control es a la semana para la interpretación de análisis, prescripciones y recomendaciones.

2° mes hasta el 7° mes: un CPN mensual.

7° al 8° mes: un control cada 15 días.

9° mes: un control semanal.

C.- Completo o Integral: el CPN deberá garantizar el cumplimiento de acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

D.- Extenso de Alta Cobertura: Solo en la medida en que el porcentaje de población controlada sea alta, se podrá disminuir las tasas de morbimortalidad perinatal.

ACCIONES EN LA PRIMERA CONSULTA:

- Historia clínica obstétrica tiene que ser llenada en forma prolija, privada, con calidad y calidez.
- Exámenes auxiliares.
- Toma de muestra de Papanicolaou: se obtiene en la 1o consulta si no se hizo en los últimos 12 meses.
- Examen de cultivo de secreción vaginal, si hay síntomas.
- Vacunación antitetánica.
- Se solicita ecografía en el 1o trimestre y 3o trimestre.
- Consejería.

LAS VISITAS SUB-SIGUIENTES:

Cada vez que la paciente acuda a su CPN monitorizar los siguientes pasos:

- Revisar la Historia Clínica Obstétrica.
- Consigna signos y síntomas.
- Controlar (CFV) peso, presión arterial para D/C hipertensión arterial.
- Realizar Maniobras de Leopold: Situación, presentación y posición.(26 a 28sem.)
- Latidos cardíacos fetales y movimientos fetales (problemas FCF, ecografía).
- La medición de la altura uterina, para descartar patología.
- Inspeccionar la presencia de edemas en miembros inferiores.
- Estado nutricional: gestantes de bajo peso y delgadas tiene la posibilidad de tener RN de bajo peso; gestantes obesas no deben ganar más de 6 a 9 kgr en total.
- Análisis se repite cada tres meses, se solicitará si es necesario.
- El tacto vaginal se realizará si existen síntomas para dar diagnóstico y tratamiento.

DETERMINACIÓN DE LA F.P.P- EG- FÓRMULA OBSTÉTRICA

Fecha Probable de Parto (FPP) El embarazo en la mujer tiene una duración de 40 semanas (280 días), (9 meses) contadas a partir del primer día de la última menstruación.

Para el cálculo clínico de la FPP se emplea:

La Regla de Naegele:

Consiste en sumar 7 días a la fecha del primer día de la última menstruación y restar 3 meses. Para hacer este cálculo, debemos conocer cuántos meses tiene el año y cuántos días tiene cada mes del año.

MESES DEL AÑO	DIAS DEL MES	MES PROBABLE DEL PARTO
Enero	31 días	Octubre
Febrero	28 -29 días	Noviembre
Marzo	31 días	Diciembre
Abril	30 días	Enero
Mayo	31 días	Febrero
Junio	30 días	Marzo
Julio	31 días	Abril
Agosto	31 días	Mayo
Setiembre	30 días	Junio
Octubre	31 días	Julio
Noviembre	30 días	Agosto
Diciembre	31 días	Setiembre

Ejemplo:

- Si el primer día de la última menstruación fue el 5 de enero, a esta fecha se le suma 7 días (12 de enero) y a ésta se le resta 3 meses o se le suma 9 meses, lo que es igual, obteniéndose como FPP el 12 de octubre.

$$05.01.12 + 07 \text{ días y } - 3 \text{ meses} = 12 \text{ de Octubre del 2012}$$

FUR: 05.01.12

FPP: 12.10.12

- Si el primer día de la última menstruación fue el 20 de Abril, a esta fecha se le suma 7 días (27 de Abril) y se le resta 3 meses, por lo tanto se obtiene la FPP para el 27 de enero.

$$20.04.08 + 07 \text{ días y } - 3 \text{ meses} = 27.01.09$$

FUR: 20.04.12

FPP: 27.01. 13

- Si el primer día de la última menstruación es el 26 de Mayo, a esta fecha se le suma 7 días (02.de Mayo) y se le resta 3 meses, por tanto se obtendrá que la FPP es el 02 de Febrero.

$$26 + 07 \text{ días } - 3 \text{ meses} = 02.02.09$$

FUR: 26 05.12

FPP: 02.02.13

EDAD GESTACIONAL (E.G)

Es la edad que se considera desde el primer día de la última menstruación hasta el momento en que se evalúa a la gestante. Se expresa en semanas o contando los meses transcurridos, multiplicando por una constante que es (4) y sumándole 1 semana cada 2 meses de gestación respectivamente.

Por tanto: 1 semana = 7 días; 1 mes = 4 semanas.

Ejemplos:

- Si una gestante tiene tres meses de gestación:

3 meses se multiplicarán por (4) = 12 semanas + 1 semana por cada dos meses se obtendrá: 13 semanas de gestación.

$$3 \times 4 = 12 \text{ semanas} + 1 \text{ semana} = 13 \text{ semanas}$$

- Si una gestante tiene cuatro meses de gestación:

4 meses se multiplicarán por (4) = 16 semanas + 2 semana por cada 2 meses se obtendrá: 18 semanas de gestación.

$$4 \times 4 = 16 \text{ semanas} + 2 \text{ semanas} = 18 \text{ semanas}$$

- Si una gestante tiene 7 meses de gestación:

7 meses se multiplicarán por (4) = 28 semanas + 3 semana por cada 2 meses se obtendrá: 31 semanas de gestación.

$$7 \times 4 = 28 \text{ semanas} + 3 \text{ semanas} = 31 \text{ semanas}$$

FÓRMULA OBSTÉTRICA (FO): Nos demuestra el número de gestaciones y partos que tiene la mujer. Se expresa a través de DIGITOS: cada dígito nos proporciona datos referenciales sobre las gestaciones, partos y número de hijos que tiene la gestante.

G = Total de gestaciones

P = Número de partos que tiene una mujer y se subdivide:

a= Total de partos a término

b= Total de partos prematuros

c = Total de abortos

d = Total de hijos vivos

Ejemplos:

- Gestante con antecedentes de un hijo vivo que nació a los 9 meses de gestación y un aborto que terminó a los dos meses sin complicaciones.

Fórmula Obstétrica: G 3 P 1011

- Gestante con 22 semanas de gestación refiere en la consulta que tiene 2 hijos vivos prematuros.

Fórmula Obstétrica: G 3 P 0202

- Gestante con antecedentes de 2 abortos y un hijo que nació vivo a los 9 meses pero que falleció a los dos años de edad.

Fórmula Obstétrica: G 4 P 1020

HIGIENE DURANTE EL EMBARAZO

1. EL BAÑO Y LA DUCHA: Del cuerpo con agua y jabón. Están recomendados para ser practicados diariamente, pues el agua, aparte de estimular la circulación de la sangre, sirve de relajante general. Los baños deben tomarse a una temperatura templada, alrededor de los 37 grados. No es conveniente que sean muy prolongados y si se usa la ducha deben evitarse los chorros violentos.



Es particularmente recomendable la higiene de los órganos genitales, que debe ser minuciosa, ya que los flujos y secreciones vaginales aumentan.

Por este motivo, es conveniente que se practique por la mañana y por la noche. Las irrigaciones vaginales han sido completamente rechazadas por el peligro que entrañan de introducción de gérmenes.

2. HIGIENE DE LOS PEZONES: Comienzan a segregar un líquido denominado calostro que puede producir irritaciones si no se lavan bien con agua y jabón, aplicándoles, además, una pomada adecuada a base de lanolina para mantenerlos suaves. De esta manera, se evitará la formación de grietas que, en algunas ocasiones, suelen aparecer más tarde cuando comienza la lactancia.



En el caso de que la futura madre tenga los pezones invertidos, un cuidadoso masaje diario los devolverá a su posición normal. También a partir del quinto mes suelen aparecer estrías en la piel del abdomen en algunas mujeres. Para evitarlas, son igualmente aconsejables los masajes con una crema grasa o aceite natural que penetre en la piel y la conserve flexible.

3.- HIGIENE DENTAL: Rigurosa después de cada comida, ya que en algunas mujeres embarazadas suelen aparecer algunas pequeñas hemorragias en las encías y caries dentales a causa de la gran necesidad de calcio que la futura madre tiene en esta época, debido

primordialmente a que comienzan a formarse los huesos del futuro niño, el cual, como es natural, extrae de la madre el calcio que necesita. Esta extracción de calcio que sufre la futura madre debe compensarse con vitaminas y un régimen alimenticio rico en calcio y sales minerales. El control de la dentadura por parte de un odontólogo es, pues, muy recomendable.

4. HIGIENE DEL CABELLO: También suele aparecer la caída del cabello, que parece mucho más frágil durante el embarazo, por lo que se debe lavar adecuadamente con un champú suave, evitando los tintes y las permanentes enérgicas.



5. HIGIENE MENTAL: Entendemos por higiene mental de la mujer gestante la preparación psicológica positiva, esperanzada y optimista ante su embarazo, aceptando las limitaciones de su estado y colaborando conscientemente en todos los aspectos del mismo hasta llegar al parto.

Ciertamente, la embarazada sufre algunos trastornos propios de la gestación que constituyen inconvenientes muy superables, en especial con la ayuda del tocólogo y su consejo.

Algunas mujeres sufren problemas psicológicos derivados a su deformación física o de la ansiedad ante el acontecimiento que se aproxima. Unos y otros deben desecharse racionalmente. Conviene, por lo tanto, rechazar durante el embarazo las situaciones conflictivas, los disgustos, depresiones de ánimo, exceso de trabajo, preocupaciones, etc., situaciones que, en algún caso, podrían llegar a provocar un aborto o malformaciones del feto.

El más positivo estímulo que puede recibir la embarazada es la comprensión, delicadeza y esperanza confiada del esposo, responsable como ella del acontecimiento que se aproxima.

El marido o compañero es, sin duda, la persona que más y mejor puede ayudar a la embarazada, no sólo animándola, sino ayudándole en muchas de las tareas cotidianas del hogar que en los últimos meses quizás resulten más pesadas para ella.

También es muy interesante que el padre se interese por todas las circunstancias del embarazo y se esfuerce en comprender los estados de ánimo de la futura madre, interesándose por sus preocupaciones, tratando de distraerla y animarla y colaborando con ella en los preparativos del próximo nacimiento.



6. HIGIENE EN LA ALIMENTACIÓN: Durante el embarazo la alimentación debe ser completa y variada para conservar la salud y la del niño. A lo largo del embarazo el peso aumentará entre 9 y 13 K. Es recomendable:



- 1) 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.
- 2) Que se aumente en forma moderada las frutas, verduras, pan con preferencia integral, arroz, pasta y legumbres.
- 3) Beber entre medio y un litro de leche al día, o su equivalente en yogur o queso fresco.
- 4) Que se reduzca los alimentos con excesiva cantidad de grasa de origen animal, como tocino, mantequilla, embutidos, etc.
- 5) Que se reduzca los alimentos con mucha azúcar, como pasteles, dulces, especialmente aquellos prefabricados, caramelos, chocolates, etc.
- 6) Evitar consumir mucha sal que podría hacerla retener líquido e hincharse.
- 7) Evite alcohol, tabaco y drogas.
- 8) Aumentar las cantidades de calcio consumiendo productos lácteos o suplementos de calcio diariamente, preferiblemente en la noche. Un adecuado suministro de calcio al organismo la hará menos susceptible a calambres.
- 9) Moderar las cantidades. No "comer por dos". Una ganancia elevada de peso puede hacer la labor de parto mucho más difícil. Se recomienda no ganar más de 13 kg. Durante todo el embarazo.
- 10) Minimizar la ingesta de alimentos procesados o enlatados e intentar comer alimentos preparados frescos. Mientras se está embarazada, se es más susceptible a las intoxicaciones. Algunos aditivos e ingredientes artificiales pueden ser dañinos para el bebé e inclusive causar daños congénitos.



11) Mantener una dieta balanceada que le permita a la mujer adquirir todos los nutrientes necesarios para su bienestar y el de su bebé.

Debe asegurarse que la dieta incluya suficientes vitaminas y nutrientes

7. VESTIDO Y CALZADO: Durante el embarazo es aconsejable que se cumplan las siguientes recomendaciones:

- 1) Utilizar vestidos cómodos y holgados.
- 2) El zapato debe ser confortable, evitando el tacón alto así como el excesivo plano.

3) La faja puede atrofiar la musculatura abdominal, por lo que no es necesario su empleo, salvo en los casos en los que el médico lo aconseje

4) Las medias y calcetines que produzcan compresión local de la pierna pueda favorecer el desarrollo de várices, por lo que no son aconsejables.

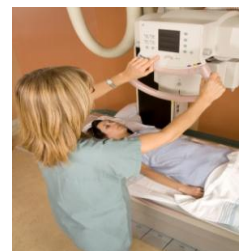
8. RELACIONES SEXUALES: Si el embarazo cursa con normalidad no es necesario modificar o interrumpir los hábitos sexuales, siempre y cuando no resulten molestas para la madre. Cuando el vientre comienza a crecer, el coito en la postura clásica puede resultarle molesto; si es así, puede adoptar posiciones que sean más cómodas. Deben evitarse las relaciones sexuales cuando existe hemorragia o pérdida de sangre por los genitales, amenaza de parto prematuro o rotura de las bolsas de las aguas. Se recomienda evitar las relaciones sexuales en las 2 o 3 últimas semanas del embarazo.



CUIDADOS DURANTE EL EMBARAZO:

1. EVITAR LOS RAYOS X :

Después de la semana 14 aparecen los huesos fetales osificados. Una radiación de 10 R se considera como mínimo peligro teratogénico.



2. RESTRICCIÓN A LOS MEDICAMENTOS:

3. EVITAR A LOS VIAJES



4. EVITAR EJERCICIOS EXAGERADOS



5. EVITAR TRABAJOS FORZADOS



Agentes Físico-Químicos: Esta sección es interesante porque muchas de estas exposiciones las hacemos de manera voluntaria y por qué no, de manera egoísta.

Agentes Químicos:

Cigarrillo: Fumar durante el embarazo altera la oxigenación tisular del feto, llena el organismo de sustancias tóxicas y modifica la irrigación sanguínea del útero gestante.

El uso del cigarrillo (aún en la fumadora pasiva), se ha asociado con bebés de bajo peso y prematuridad. Se debe evitar fumar durante el embarazo y utilizar éste como la perfecta excusa para dejar de hacerlo.

“Siempre piensa que tu bebé no puede opinar si está de acuerdo con que tú fumes por él; luego, es insensato que lo regañes por fumar cuando tenga 11 años, total, fumaba antes de nacer”.



Alcohol: Las bebidas alcohólicas pueden afectar severamente al bebé. Existe el llamado Síndrome Fetal.

Alcohólico, que se caracteriza por múltiples malformaciones, problemas neurológicos y retardo mental.

“No le hagas eso a tu bebé. Como no existe una dosis segura” de alcohol en el embarazo es mejor no tomarlo. Recuerda: el egoísmo por un placer momentáneo puede acarrear lesiones permanentes y un futuro de profunda tristeza para ti y sufrimiento en tu hijo por nacer”.



MEDICAMENTOS:

Nunca utilices fármacos sin consultar a tu médico, existe una gran variedad de ellos que podrían afectar a tu bebé.

Toxinas laborales:

“Investiga tu entorno laboral para determinar si estás expuesta a sustancias tóxicas como lo son Mercurio, Plomo, Hidrocarburos, etc. Si existe algún peligro, pide cambio de área de trabajo”.

Algunas pacientes con trabajos riesgosos deben hacerse estudios sanguíneos para conocer su grado de contaminación antes de salir embarazada. (Evaluación Preconcepcional)



Agentes Físicos:

Radiaciones: Las fuentes de Rayos X u otras radiaciones ionizantes pueden afectar la salud de la madre y la de su bebé.

“Utiliza todas las medidas de Higiene y Seguridad Industrial o pide cambio de sección si trabajas en un medio expuesto. Si tienes que visitar un Servicio de Radiología notifica al personal sobre tu estado para que tomen las previsiones pertinentes”.

En caso de ser absolutamente necesarios los estudios radiológicos (una fractura, por ejemplo) se pueden llevar a cabo sin peligro fetal ya que los equipos modernos emiten bajas dosis y los radiólogos están muy bien entrenados para estos casos.



MOLESTIAS MENORES DEL EMBARAZO



El embarazo es un estado pleno de salud pero como implica grandes cambios a veces la gestante puede sentir algunas molestias. En estos nueve meses su cuerpo irá adaptándose a las diferentes situaciones que se irán presentando tanto física como emocionalmente casi todas las embarazadas sienten en alguna de las etapas del embarazo cambios físicos menores, y en ocasiones algún malestar. Estos pueden atenuarse tomando ciertas medidas de auto ayuda, pero si persistieran, podrían ser signo de algún problema más grave. En ese caso pasar consulta.

1) PTIALISMO: (Sialorrea) Salivación excesiva, está asociada con las náuseas y vómitos, provoca pérdida de líquidos, electrolitos y enzimas llegando a producirse más o menos 1500 ml/día.

Tratamiento: Apoyo emocional. Derivados atropínicos en discreta cantidad.

2) NAÚSEAS Y VÓMITOS: Se presentan en el 50% de las primigrávidas. Son más marcadas en las primeras semanas y en el horario de las mañanas (matutinas), se pueden producir por alteraciones del gusto, recuerdos visuales, tensiones o problemas psíquicos.

Tratamiento:

- ◆ Masticar bien las comidas, en lo posible, no mezclar con líquidos.

- ◆ Tomar mucho líquido (sobre todo si vomita con frecuencia).
- ◆ Evitar los alimentos que le provoquen náuseas (verlos, olerlos).

3) PICAS: Son manifestaciones infrecuentes con tendencia a ingerir lo que no es alimento (tierra, almidón, goma, metal, tiza, ceniza) se observa en mujeres de la selva.

En gestantes con anemia ferropenia suele ser frecuente la geofagia (comer tierra) o la pagofagia (comer hielo).

4) POLAQUIUREA: Es una de las molestias comunes en el embarazo. Ocurre al principio, debido a que el útero crece sobre la vejiga urinaria, cuando pasado cierto tiempo el útero sale de la cavidad pélvica, hacia la cavidad abdominal, cerca de la duodécima semana (20 semanas), parece ser frecuente la disminución.

En el último trimestre, al comenzar de nuevo a ejercer presión el útero sobre la vejiga, aumenta el síntoma. Suele haber escapes al sobre esfuerzo, (tos, estornudos, risas, etc.)

- ◆ En tanto no aparezcan otros síntomas que señalen infección de vías urinarias, se considera normal en el 1o y 3o trimestre.
- ◆ Ayuda mucho a conservar el buen tono muscular perineal, el reforzamiento del músculo pubiococcígeo, más bien conocido, como ejercicios de Kagel.

5) PIROSIS: Es la regurgitación del contenido gástrico ácido, hacia el esófago. La sensación es quemante e irritante en el esófago. Puede ocurrir en cualquier momento del embarazo, pero es frecuente a partir del 2o trimestre.

Causas:

- ◆ Desplazamiento del estómago por el aumento del útero.
- ◆ Aumento de progesterona.
- ◆ Disminución de la motilidad gástrica intestinal.
- ◆ Relajación del cardias.

Recomendaciones:

- ◆ Comer menos cantidad y más veces.
- ◆ Ingerir alimentos bajos en grasa.
- ◆ No acostarse inmediatamente después de comer.

6) EPULIS: Es la hipertrofia de las papilas gingivales, ocurre después del 1er trimestre. Cambios orales en la mujer gestante:

- ✓ Aftas recurrentes.
- ✓ Épulis del embarazo.
- ✓ Gingivitis.



- ✓ Aumento de la prevalencia de caries.
- ✓ Actividades que se realizan en la revisión bucodental dirigida a la mujer gestante:.
- ✓ Higiene bucal.
- ✓ Exploración de la cavidad oral.
- ✓ Diagnóstico de la patología existente.
- ✓ Tratamiento preventivo si fuera necesario.
- ✓ Asesoramiento respecto al tratamiento.
- ✓ Instrucciones de higiene oral.

7) CALOSTRO: Secreción pre-láctea producida por la hormona lactógena y progesterona.

Líquido seroso amarillento que aparece en la semana 14 de gestación. Es segregado por las glándulas mamarias durante el embarazo, está compuesto de sustancias inmunológicas, leucocitos, agua, proteínas, grasas y carbohidratos.

8) FATIGA Y SOMNOLENCIA: Es una queja frecuente, principalmente de los primeros meses, que se debe a los múltiples cambios mecánicos y hormonales de la gestación sobre todo por el aumento de la progesterona. Se caracteriza por somnolencia y falta de fuerza y ánimo para realizar las actividades a las que está acostumbrada.

Tratamiento:

- Dormir sus horas completas.
- Reposo durante el día.

9) SINCOPE Y DESMAYOS: Son comunes al principio del embarazo.

Causas:

- Cambios súbitos de posición, que producen acumulación de sangre en las venas bajas.
- Estar de pies en periodos prolongados en una región caliente.
- La hipoglucemia prepandial
- Anemia.

Recomendaciones:

- Levantarse lentamente de la posición de reposo.
- Evitar estar de pie por tiempo prolongado, en ambientes cálidos o congestionados.
- Verificar los valores de hematocrito y hemoglobina.

10) DORSALGIA: Se producen por aumento de la curvatura de las vértebras lumbosacras, como medida de compensación del aumento del útero y su peso en la mitad delantera. Las hormonas esteroides producen ablandamiento y relajación de los ligamentos de las articulaciones pélvicas.



De esta manera el útero en crecimiento estira los músculos abdominales y el aumento de peso produce una inclinación gradual de la parte anterior de la pelvis.

Recomendaciones:

- Cualquier ejercicio de inclinación pélvica.
- Agacharse doblando rodillas.
- Tacón bajo (no más de 2-3 cm.)

11) ESTREÑIMIENTO O CONSTIPACIÓN: Es uno de los trastornos más comunes.

Causas:

- Aumento de las concentraciones de progesterona.
- Presión del útero sobre el intestino, que va aumentando de tamaño.
- Complementos de hierro.
- Falta de ejercicio, disminución de líquidos y dieta pobre en fibra.

Recomendaciones:

- Aumentar la ingesta de líquidos.
- Aumentar la ingesta de fibra (frutas y verduras).

12) HEMORROIDES: Son viscosidades de las venas de alrededor del recto y del ano.

Causas:

- Estreñimiento de la mujer.
- Presión que produce el útero, contra las venas y por tanto impide la circulación venosa.

Síntomas:

- Prurito, tumefacción y dolor.

Recomendaciones:

- Compresas heladas.
- Pomadas vasoconstrictoras.
- Analgésicos locales.
- Baños calientes.

13) CALAMBRES: El calambre es una sensación causada por una contracción involuntaria, generalmente de los músculos. Puede ser a causa de una insuficiente oxigenación de los músculos o por la pérdida de líquidos y sales minerales, como consecuencia de un esfuerzo prolongado, movimientos bruscos o frío.

Causas:

- Desequilibrio de la proporción entre fósforo y calcio.
- Aumento de la presión del útero sobre los nervios.
- Circulación pobre hacia las extremidades.

- Fatiga.

Recomendaciones:

- Efectuar dorsiflexión de los pies, con objeto de estirar músculos afectados.

14) VÁRICES: Durante el embarazo los cambios hormonales provocan, entre otras cosas, la relajación de las paredes venosas. Además en la segunda mitad del embarazo la presión del útero sobre las venas obstaculiza el reflujo de la sangre entre las piernas. Sumando a esto que el flujo sanguíneo aumenta, es muy factible la aparición de várices.

En un principio las venas se vuelven visibles a flor de piel, se hinchan provocando molestias y sensación de pesadez al estar mucho tiempo de pie. Después si se agravan, pueden inflamarse.

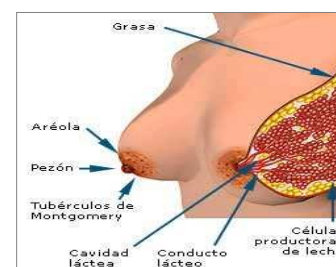


Si bien no es común que aparezcan hasta el tercer trimestre, es mejor comenzar a prevenirlas desde el comienzo del embarazo tomando las debidas precauciones.

Recomendaciones:

- Evitar ganar mucho peso, el sobrepeso favorece su aparición
- Procurar no estar mucho tiempo parada o sentada, y al acostarte, intenta que los pies queden por encima del nivel de las caderas.
- No levantar objetos pesados.
- Evitar llevar ropa ajustada. Son muy útiles las medias especiales para embarazadas ya que favorecen la circulación.
- No fumar, está demostrado que el tabaquismo favorece la aparición de várices.
- Caminar entre 20 y 30 minutos diarios. Si se divierte y tiene tiempo, nadar, ya que es un excelente remedio.
- No darse baños muy calientes. Es muy bueno pasar la ducha con agua fría por las piernas de abajo hacia arriba.

15) TENSIÓN EN LOS PECHOS: Los pechos aumentan mucho de tamaño durante estos meses provocando cierta tirantez e inclusive dolor. La areola se torna más oscura y los pequeños bultos que se encuentran en ella, alrededor del pezón se hinchan, preparándose para la lactancia.



Recomendaciones:

Para evitar que los tejidos se debiliten y favorezcan la caída del pecho después del parto y la lactancia, se recomienda cuidarlos desde el primer momento, aplicando cremas hidratantes y utilizando buenos brasier.

16) TOBILLOS Y PIES HINCHADO: Es prácticamente normal y muy frecuente que en los últimos meses del embarazo se hinchen los tobillos en la noche, sobre todo en los días calurosos.

En la mayoría de los casos, este trastorno no es más que el síntoma de una de las muchas modificaciones que experimenta el organismo en el curso de la gestación.

Casi el 75 % de las embarazadas lo padecen en algún momento. Se sabe que es un ligero edema producido por una acumulación de líquidos en los tejidos

Recomendable:

- No estar mucho tiempo de pie.
- Sentarse con las piernas en alto.
- Llevar zapatos cómodos (nunca con un tacón de más de 4 cm).
- Utilizar medias especiales para embarazadas.
- Beber mucho líquido.
- Poner poca sal a las comidas

17) CONTRACCIONES UTERINAS: Las contracciones uterinas suelen producirse en, prácticamente, todas las fases del embarazo. A medida que se acerca el momento del parto, las contracciones son más frecuentes, inclusive en serie, pero sin dolor.

18) DISNEA: Disminución de la capacidad vital para respirar, por presión del útero, que aumenta de tamaño sobre el diafragma.

Recomendaciones:

- Adoptar la posición más adecuada al sentarse y al estar de pie.
- Dormir semireclinada, sobre almohadas para obtener alivio si hay problemas.

19) INSOMNIO: Hay muchos motivos que pueden dificultar conciliar el sueño; la llegada de un bebé da cierta ansiedad e incertidumbre. Además a partir del quinto mes es bastante frecuente que se presente un poco de insomnio. El bebé aprovecha el momento de descanso de mamá para estirarse, patear, etc.

También existe la posibilidad (no ha sido probada aún) de que el sueño se vuelva más ligero, preparándose para la etapa posterior al nacimiento, siguiendo los ritmos impuestos por la lactancia y el cuidado del bebé.

20) MANIFESTACIONES DERMATOLÓGICAS: Los cambios físicos y hormonales que produce el embarazo, parto y puerperio están asociados con numerosos cambios cutáneos, muchos, los cuales son normales y desaparecen después del embarazo. Sin embargo, existen otros que son temidos por la embarazada porque que tienden a ser permanentes. Entre los cambios más frecuentes están los siguientes: cloasma gravídico, prurito, hiperpigmentación de las cicatrices y lunares y estrías.

21) MANIFESTACIONES MAMARIAS: La mastodinia que aparece precozmente en el embarazo es producida por el efecto de los estrógenos sobre los ductos mamarios y de la progesterona sobre el sistema alveolar, con la consecuente congestión y aumento del tamaño de las glándulas mamarias.



El síntoma mejora con el progreso de la gestación y es más frecuente en primigrávidas y en mujeres con mamas voluminosas. No existe un tratamiento específico para este síntoma, aunque mejora con el uso de un sostén que brinde un buen soporte. La secreción de calostro, ocasionada por el aumento de la prolactina, es un síntoma frecuente del final de la gestación, aunque se puede presentar desde etapas precoces y no tiene tratamiento.

22) ANTOJOS: Es un síntoma muy popular, que ocurre sobre todo al comienzo del embarazo, generalmente por ciertos alimentos y más raramente por objetos poco comunes. Constituye motivo de gracia que la pareja disfruta pero, en ciertos casos, puede ser patológico y tener consecuencias psicológicas importantes si el deseo no es complacido; así mismo, el objeto o alimento deseado puede ser perjudicial como lo es la ingestión de pinturas, jabones, frutas no maduras, etc. El tratamiento de los casos severos es psiquiátrico.

CONCLUSIONES: El embarazo es un estado fisiológico de la mujer donde existen cambios hormonales y mecánicos que provocan síntomas que no son comunes en el estado no grávido. La intensidad de los síntomas está en relación directa con la importancia que la embarazada le dé a éstos, si el embarazo es o no deseado, de la condición emocional durante la gestación, los problemas de estrés, del modo de vida de la embarazada que estos cambios son normales y que desaparecen en los meses que siguen al parto.

Es importante explicarle el mecanismo de porqué está presentando estos signos y síntomas. Si el médico le dice que es normal, sin darle una explicación del por qué, usualmente molesta a la paciente y la hace creer que el médico no le está prestando la debida atención o que puede estar dejando pasar por alto un síntoma que puede ser importante para su bienestar. Algunos de estos cambios pueden ser importantes y requieren de una terapia específica por el mismo obstetra.

NUTRICIÓN EN EL EMBARAZO

El estado nutricional es un factor que condiciona, en muchos casos decisivamente, el curso de la gestación. Es sabido que estados de malnutrición y/o carenciales pueden provocar alteraciones en el curso del embarazo; partos prematuros, malformaciones fetales, abortos, incluso algunas situaciones de malnutrición severa pueden llevar a la mujer a situaciones de infertilidad, impidiendo así la fecundación.

Todo esto ha llevado a asegurar que es imprescindible un adecuado estado nutricional para asegurar la normalidad en el curso de un embarazo.

Actualmente se aconseja, no sólo, que la mujer se encuentre normo nutrida en el momento de la concepción sino que durante el embarazo y la lactancia mantenga un nivel nutricional que permita satisfacer las demandas propias y las del feto.

1. EVALUACION DE ESTADO NUTRICIONAL ADECUADO:

La historia de la gestante se realiza en la primera visita para lo cual se debe tener en cuenta los siguientes factores:

- ✓ Antecedentes familiares
- ✓ Edad
- ✓ Situación socio-económica
- ✓ Factores que influyan en hábitos dietéticos
- ✓ Religión, costumbres, raza
- ✓ Antecedentes de enfermedad, (drogadicción, tabaquismo)
- ✓ Otros factores: consumo de fármacos con asiduidad, regímenes dietéticos etc.
- ✓ Número total de embarazos, intervalos entre ellos
- ✓ Resultado de anteriores embarazos
- ✓ Enfermedades congénitas y/o malformaciones
- ✓ Administración previa al embarazo de suplementos vitamínicos u otro tipo de alimentos
- ✓ Posibles perversiones del apetito (geofagia y otros)

2. RIESGO DE LA ALIMENTACION DEFICIENTE DE LA GESTANTE:

- ✓ Deformación de los niños.
- ✓ Abortos.
- ✓ Óbito fetal.
- ✓ Parto prematuro.
- ✓ El exceso de peso o la carencia trae consecuencias graves.
- ✓ La alimentación materna es importante durante el embarazo y mucho más importante antes del estado pre gravídico

3. CUIDADOS DE LA ALIMENTACION EN LA GESTANTE:

- ✓ Debe realizar una dieta equilibrada.
- ✓ No debe llevar a cabo dietas limitantes que no aseguren los requerimientos nutricionales básicos.
- ✓ Se deben evitar las situaciones de ayuno, tanto el ayuno temporal como las dietas exentas de hidratos de carbono ya que pueden provocar situaciones de cetosis (aumento de cuerpos cetónicos en sangre) que son perjudiciales para el feto.
- ✓ Se debe tener cuidado con la ingesta de medicamentos y suplementos vitamínicos. En ambos casos sólo se deben tomar las dosis recomendadas por el obstetra/obstétrica y bajo su control.
- ✓ Se debe tener cuidado con la ingesta de sustancias no nutritivas ya que pueden interferir en la absorción de sustancias nutritivas.
- ✓ Se debe tener cuidado con la ingesta de alcohol, tabaco y otras drogas. Es sabido de los efectos perniciosos de cualquiera de ellos sobre el feto: partos prematuros, bajo peso al nacer, fármaco de pependencias del neonato e incluso malformaciones.

4. REQUERIMIENTO NUTRICIONAL:

- ✓ En el 1er Trimestre: dieta balanceada, dieta fraccionada, dieta líquida.
- ✓ En el 2do y 3er trimestre VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO: Los requerimientos nutricionales son mayores para mantener la placenta rica en nutrientes y se inicia la calcificación de huesos y forma sus reservas.

5. DISTRIBUCION CUALITATIVA DE LOS ALIMENTOS:

El gasto energético durante todo el periodo de la gestación está calculado entre 75.000 y 80.000 kcal, lo que aumenta las necesidades en unas 150 kcal diarias en el primer trimestre del embarazo y en 350 kcal en los trimestres restantes. Parte de esta energía es almacenada en forma de depósitos de grasa que constituyen un mecanismo de protección del feto frente a un posible estado de déficit al final de la gestación o durante la lactancia.

Calorías Normal: 2,600-2,700 k/ cal.

1er Trimestre requiere de 150 k /cal.

2do y 3er Trimestre requiere 350 k /cal.

La distribución de las calorías diaria en una embarazada es de 6,400 k/cal.

5.1 Hidratos de Carbono: Son conocidas las situaciones de hipoglucemia durante el embarazo, sobre todo después de periodos de ayuno. Se atribuyen a que la glucosa es un compuesto que atraviesa la placenta con mucha eficacia y, aunque el proceso de gluconeogénesis (producción de glucosa a partir de las reservas de grasa) aumenta durante la gestación, no es suficiente para compensar la transferencia de glucosa al feto. También se ha observado una resistencia insulínica para evitar una reducción aún mayor de la glucemia que sería mal tolerada por el feto.



Esta situación de déficit de glucosa se puede solucionar con una buena distribución de alimentos ricos en carbohidratos en las diferentes comidas. Se suministra más del 50 % de calorías que abundan en los cereales: arroz, maíz y menestras.

5.2 Proteínas: Son necesarias para el desarrollo del feto, placenta, aumento del volumen sanguíneo y crecimiento de estructuras como el útero.



Se estima suficiente un aporte adicional de 4,7 g/día durante las últimas 28 semanas para cubrir las demandas durante esta etapa.

Este aporte se puede cubrir fácilmente con un ligero aumento sobre una dieta equilibrada normal, añadiendo aproximadamente una ración más de carne o equivalente en la dieta diaria. Las proteínas de origen vegetal tienen concentración menor de aminoácidos.

5.3 Grasas: Durante el embarazo aumentan los ácidos grasos libres, triglicéridos, colesterol total y fosfolípidos, debido a cambios en el metabolismo del hígado y del tejido adiposo. Esto coincide con elevadas necesidades de estos nutrientes para la formación de las membranas celulares en el feto.

En la primera mitad del embarazo hay una tendencia a mayor consumo de alimentos ricos en carbohidratos y lípidos, que permiten la síntesis y depósito de grasa. En la segunda mitad, se reduce la ingesta de alimentos, existe una resistencia periférica a la insulina y los cambios hormonales favorecen la utilización de las grasas acumuladas. Se restringe durante el embarazo de 40 a 60 gr.



5.4 Vitaminas:

a) Vitamina A: Retinol

Es necesaria en mayor cantidad para el desarrollo fetal, la formación del calostro, la síntesis de hormonas ligadas a la gestación y la constitución de depósitos hepáticos para la lactancia. Aunque los niveles de retinol en el plasma de las gestantes disminuyen, no se considera patológico debido a que se relaciona con una mayor acumulación en el hígado.



Fuentes: vísceras de animales, perejil, espinacas, zanahorias, mantequilla, aceite de soja, atún y bonito, huevos y quesos.

Favorece el crecimiento del niño, mantiene la normalidad del tejido epitelial. Lo recomendable es 750 microgramos de retinol por día.

b) Vitamina D (calciferol):

Es esencial en el metabolismo del calcio. Durante el embarazo se produce una transferencia de calcio de la madre al feto de unos 30g. La placenta produce vitamina D que favorece el transporte transplacentario del calcio.

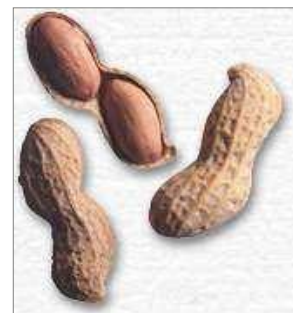
Algunos organismos internacionales aconsejan administrar suplementos de 400 UI/día para cubrir las necesidades del feto. Pero no hay que olvidar que la fuente principal de esta vitamina es la luz solar por lo que, con una exposición regular al sol, se pueden aportar cantidades suficientes.

c) Vitamina E (tocoferol):

No está establecido que sea necesario un aumento de la ingesta de esta vitamina durante esta etapa, aunque se ha intentado relacionar la carencia de esta vitamina con abortos, malformaciones etc. Fuentes: Aceite de girasol, aceite de maíz, germen de trigo, avellanas, almendras, coco, germen de maíz, aceite de soja, soja germinada, aceite de oliva, margarina, cacahuetes y nueces.

d) Vitamina K:

Está relacionada con los problemas hemorrágicos del feto y ligada directamente con la coagulación de la sangre. De ahí su importancia, pero no hay estudios ni resultados concluyentes, que lleven a la recomendación de una ingesta u otra. Fuentes: se encuentra en las hojas de los vegetales verdes y en el hígado de bacalao, pero normalmente se sintetiza en las bacterias de la flora intestinal.



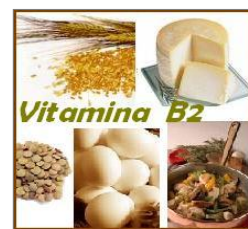
e) Vitamina B 1 (tiamina):

Parece que aumentan las necesidades de tiamina durante el embarazo. Algunas recomendaciones establecen que el aporte debe ser de 0,5 mg/1.000 kcal. Pero en ningún caso se puede asegurar que una mujer sana, que mantiene una dieta equilibrada no tenga aporte suficiente incluso en la etapa de gestación, en la que al aumentar la energía consumida, también lo hará la de tiamina.

Fuentes: levadura de cerveza, huevos enteros, cacahuets, otros frutos secos, carne de cerdo o de vaca, garbanzos, lentejas, avellanas y nueces, vísceras.

f) Vitamina B 2 (riboflavina):

Esta vitamina cobra especial interés en el tercer trimestre de gestación, periodo en el que disminuyen los niveles en sangre y la excreción urinaria. Este hecho se atribuye a que hay una mayor transferencia de la madre al feto para cubrir las necesidades de éste (se encuentran niveles elevados de esta vitamina en el cordón umbilical). Se aconseja el aporte de 0,2 mg/día.



Fuentes: Vísceras y despojos, levadura de cerveza, germen de trigo, almendras, coco, quesos grasos, champiñones, mijo, quesos curados y semicurados, salvado, huevos y lentejas.

g) Vitamina B 6 (piridoxina):

Los niveles de esta vitamina descienden durante la gestación y se ha comprobado que suplementando la dieta en cantidades importantes, no se consiguen elevar los niveles. Sí se observa una rápida recuperación espontánea de los niveles preconceptionales después del parto, por lo que se puede pensar que no se trata de un verdadero déficit sino de una adaptación. Se recomienda un aporte de 0,02 mg/g de proteína.

Fuentes: sardinas y boquerones frescos, nueces, lentejas, vísceras, garbanzos, carne de pollo, atún y bonito frescos o congelados, avellanas, carne de ternera o cerdo y plátanos.

h) Ácido fólico:

Esta vitamina tiene un alto índice de carencia detectado en gestantes. Se observa una progresiva pérdida de la cantidad contenida en los glóbulos rojos que puede deberse al proceso de hemodilución (disolución en plasma de la sangre) que tiene lugar durante el embarazo. La ingesta recomendada varía según la fuente consultada, pero se puede aproximar al doble de la cantidad necesaria en una mujer adulta no gestante, aproximadamente 400 microgramos/día. Previene defectos del tubo neural y previene el desprendimiento prematuro de la placenta, anemia megaloblástica.



Fuentes: levadura de cerveza, verdura de hoja oscura y de tubérculo, cereales integrales y germinados, ostras, salmón, leche entera y dátiles.

i) Vitamina C (ácido ascórbico):

Esta vitamina actúa como antioxidante. Las recomendaciones varían para los diferentes países e incluso son diferentes según la fecha de edición de las mismas.

Fuentes: cítricos, pimientos, kiwis, fresas, caquis, frambuesas, sandía, brócoli, coles de bruselas, papas y calabazas.

5.5 Sales Minerales:

a) Sodio:

Una buena alimentación hipo sódica. No más de 5.7 gr. por 24 horas.

b) Potasio:

Debe proveerse en abundancia en vegetales, legumbres y nuez

c) Calcio:

Necesita mayor demanda materno – fetal y en el organismo se da el 99% forma los tejidos duros, huesos, dientes.

La ingesta diaria es de 1.00-1.200 mg/día durante el embarazo.

d) Hierro:

Constituye la hemoglobina, transporta oxígeno a los pulmones y tejidos y compensa las pérdidas fisiológicas y aumenta la masa de los glóbulos rojos del feto y la placenta. Según la OMS la ingesta es de 30-60 mg/día.

Este mejor ajuste hace que no sean necesarios grande suplementos, sobre todo en mujeres con unos depósitos de hierro buenos al inicio del embarazo, y que sigan una dieta completa y equilibrada. Sin embargo, ocurre que las mujeres en edad fértil, sobre todo de sociedades desarrolladas, suelen tener reservas muy pequeñas de hierro. Por este motivo, necesitan con frecuencia aportes externos, al no ser posible cubrir las necesidades totales de hierro con la cantidad procedente de la dieta.

Combinar los alimentos ricos en hierro con vitamina C aumenta la absorción del hierro. Evita beber té o café durante las comidas, o inmediatamente después de ellas, puesto que inhiben la absorción del hierro.

Fuentes: Carne de ternera, sardinas, huevos, fruta seca (especialmente los higos, las ciruelas y los albaricoques), almendras, levadura de cerveza, cacao, pan integral, germinados, remolacha, brécol, verduras de hoja verde y algas.

PSICOPROFILAXIS DE LA GESTANTE

DEFINICIÓN:

Son actividades para dar preparación integral a la gestante para un embarazo, parto y puerperio favorables. Involucrando a la pareja y la familia.



OBJETIVOS:

- ◆ Capacitar a la gestante para que logre erradicar el desconocimiento y conocimiento inapropiado acerca de la gestación, parto y puerperio.
- ◆ Captar el mayor número de gestantes que acuden al C.P.N.
- ◆ Desarrollar actividades específicas considerando factores como la edad, paridad, síntomas especiales.
- ◆ Fomentar y comprometer la participación de la pareja.
- ◆ Desarrollar sesiones de gimnasia obstétrica acorde con los



FACTORES DE RIESGO:

- ◆ Capacitar a la gestante para el cuidado al R.N.
- ◆ Promover la elección de un método de planificación familiar.
- ◆ Elaborar un plan de contingencia para el momento de parto en caso de emergencia.
- ◆ Comprometer la participación activa de la pareja o algún familiar cercano.

BENEFICIOS DE LA PSICOPROFILAXIS:

a) Para la madre

- ✓ Contracciones uterinas más regulares.
- ✓ Menor duración del trabajo de parto.
- ✓ Menor sensación dolorosa durante el parto.
- ✓ Dilatación cervical uterina más fácil.
- ✓ Menor uso de analgésicos y de anestésicos.
- ✓ Menos partos por cesárea o instrumentados.
- ✓ Menos pérdidas sanguíneas.
- ✓ La adecuada respiración y relajación oxigena mejor sus tejidos y por ende el bebé recibe mejores aportes de oxígeno.
- ✓ Mayor capacidad para la lactancia.
- ✓ Detección oportuna de patologías propias del embarazo por la propia madre.
- ✓ Mejor estado nutricional.
- ✓ Embarazo saludable.



b) Para el bebé

- ✓ Disminuye la morbi-mortalidad del recién nacido.
- ✓ La calificación del estado de nacimiento es mejor (Test de Apgar, PH sanguíneo).
- ✓ Menos asfixia neonatal.
- ✓ Disminuyen las lesiones obstétricas.
- ✓ Son niños más tranquilos con coordinación nerviosa más perfecta.
- ✓ Mejor desarrollo psicomotor.
- ✓ Mejor integración socio-familiar.



c) Para la familia

- ✓ Ayuda a superar la crisis familiar por el nacimiento de un hijo planificado o no.
- ✓ Mejor relación con la pareja.
- ✓ Ayuda a enfrentar la depresión post parto si lo hubiera.
- ✓ Mejor inserción a la actividad laboral.
- ✓ La participación activa del padre conseguirá mayor armonía familiar.
- ✓ Menores tasas de abandono y violencia familiar.

ELEMENTOS DE PRÁCTICA DEL METODO DE LA PSICOPROFILAXIS:

1.-Relajación

- Economiza energía de la madre
- Ahorra oxígeno, lo cual es necesario para el trabajo de parto
- Produce vaso dilatación y aumenta el calor dentro de la parte relajada

2.-Respiración

- Mejora la circulación materno fetal.
- Aumenta la capacidad respiratoria y mejora la ventilación pulmonar.
- Favorece el metabolismo uterino y trabajo muscular

3.- Gimnasia

- Favorece la elasticidad a los músculos y articulaciones, específicamente los relacionados a la pelvis.
- Fortalece los músculos del abdomen
- Da movilidad a los tejidos y articulaciones de la pelvis.
- Mejora la circulación y la respiración.
- Permite un parto con facilidad.



MOBILIARIO

- Dependerá del número de gestantes que conformen el grupo
- Material educativo audiovisual.
- Complementarios.
- Tarjetas de cita, grabadora, T.V.

METODOLOGIA

- Toda gestante evaluada será referida para prepararse psicoprofilacticamente.
- La actividad se realiza a través de sesiones teórico -práctico.
- Se desarrolla por la Obstetra capacitada.
- La selección de grupo se desarrollara teniendo en cuenta el riesgo reproductivo.
- Las sesiones de preparación serán de 6 a 8 de acuerdo al medio de características.
- Otorgar a la gestante una tarjeta de identificación, asistencia y controles especiales.
- Contar con un formato de seguimiento pos natal.
- La captación de la gestante se realiza a través de los consultorios perinatales.

ESTIMULACION PRENATAL

DEFINICION

La estimulación prenatal es el proceso que promueve el aprendizaje en los bebés aun en el útero, optimizando su desarrollo mental y sensorial.

La estimulación prenatal es una técnica que usa varios estímulos como sonidos, especialmente la voz de la madre y la música, movimientos, presión, vibración y luz para comunicarse con el bebé antes de nacer. El bebé aprende a reconocer y responder a diferentes estímulos, lo que favorece su desarrollo sensorial, físico y mental.

Sin embargo, el bebé puede aprender a relacionar estos estímulos a sus significados sólo si son presentados en una manera organizada; de otra forma probablemente los olvide o los ignore.

Tiene que enseñarle al bebé que estos estímulos tienen un significado relacionado al presentarlos en un contexto coherente y repetitivo. Los bebés estimulados antes de nacer, tienden a exhibir un mayor desarrollo visual, auditivo y motor. Tienen también mayor capacidad de aprendizaje y superiores coeficientes de inteligencia.



OBJETIVOS:

- ◆ Brindar información acerca de la Estimulación Prenatal.
- ◆ Conocer y aprender a utilizar las diferentes técnicas de Estimulación Prenatal.
- ◆ Explicar y valorar la importancia de la Estimulación Prenatal o fetal intrauterina.
- ◆ Conocer y comprender los beneficios de ésta.

BENEFICIOS DE LA ESTIMULACIÓN PRENATAL:

- ✓ Mejora la interacción de la madre, del padre y del bebé en formación.
- ✓ Optimiza el desarrollo de los sentidos, que son la base para el aprendizaje.
- ✓ Promueve la salud física y mental del niño por nacer.
- ✓ Desarrolla el vínculo afectivo niño – padres – familia.
- ✓ Desarrolla la comunicación, el lenguaje, el vocabulario, la coordinación vaso motora, la memoria, el razonamiento y la inteligencia social.
- ✓ Al estimular prenatal mente al bebé, se estará logrando que posteriormente el menor:

-Sea explorador del mundo que lo rodea.

-Sea curioso y tienda a la investigación, aprenda que el mundo existe, a un que no lo vea, tenga un pensamiento flexible permitiendo nuevos modos de interrelación con el mundo aparte de la experiencia directa.

-Aprenda a comparar y relacionar situaciones entre sí.

-Tenga mejor concentración.

-Tenga agudeza perceptiva.

-Aprenda a identificar lo que es o no relevante.



TÉCNICAS DE ESTIMULACIÓN PRENATAL:

- ✓ Técnica auditiva: a través de la música, la voz, los sonidos.
- ✓ Técnica motora: a través de los movimientos, la danza, la gimnasia
- ✓ Técnica táctil: a través de las caricias, los masajes con la mano u otros instrumentos
- ✓ Técnica visual: se puede emplear luz natural o luz artificial.

Recuerda:

Las investigaciones en estimulación prenatal muestran que los bebés estimulados tienen un acelerado desarrollo visual, lingüístico y motor. Aunque la mayor atención se ha enfocado en los resultados que demuestran una mayor inteligencia y creatividad en los bebés estimulados, es importante enfatizar en los beneficios que la estimulación prenatal promueve, al construir saludables y amorosas relaciones entre padres e hijos.

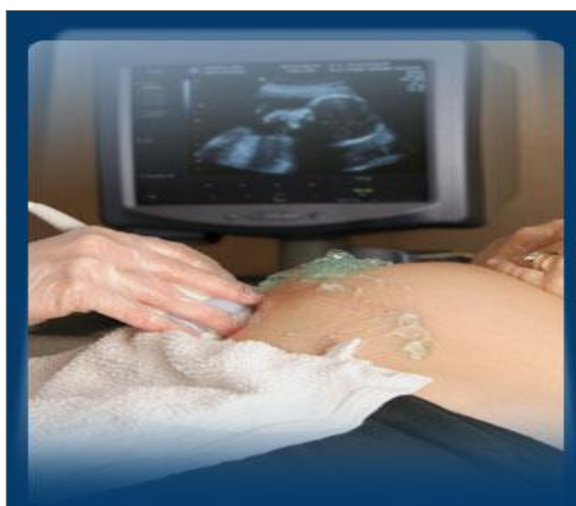
ALTO RIESGO OBSTETRICO

Los antecedentes maternos, cuidados durante el embarazo, estado socio económico son algunos de los factores de interés que debe considerarse cuando se valora a la gestante.

La prevención y manejo de dicho riesgo mejora la salud materna y ayudara a disminuir la mortalidad perinatal.

RIESGO.- Es la probabilidad que tiene un individuo ò grupo de personas de sufrir un daño.

DAÑO.- Es el resultado no deseado en función a como se mide un riesgo.



FACTOR DE RIESGO

Es toda característica asociada a una probabilidad mayor de sufrir un daño.

Embarazada con hábito de fumar, probabilidad de riesgo, R.N. con bajo peso (daño o resultado no deseado)



EMBARAZO DE ALTO RIESGO

Es aquel en que la madre, el feto y/o neonato tiene mayor probabilidad de enfermar, morir o adecuar secuelas antes o después del parto.

FACTORES:



ENDOGENOS O BIOLÓGICOS:

- ◆ Edad
- ◆ Paridad
- ◆ Peso
- ◆ Talla



EXOGENOS O MEDIO AMBIENTE:

- ◆ Sistema Salud
- ◆ Educación
- ◆ Económico
- ◆ Social



FACTORES DE RIESGO MORTALIDAD MATERNO PERINATAL

Etapa Pre Concepcional

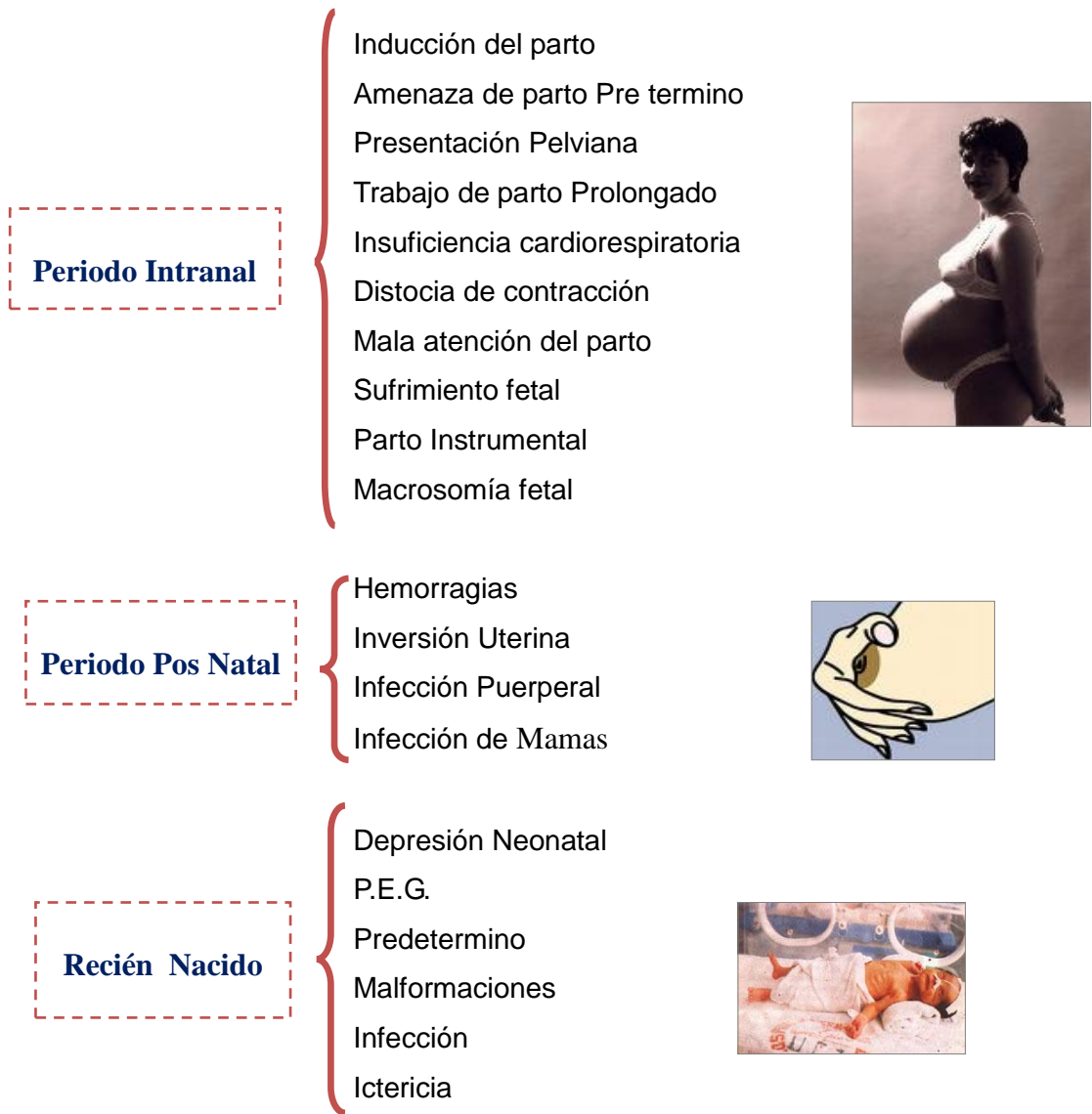
- Bajo nivel socio económico
- Analfabetismo
- Desnutrición materna
- Estatura baja
- Obesidad
- Madre adolescente
- Edad materna avanzada
- Gran multiparidad
- PIG (corto o largo)
- Malos antecedentes obstétricos



Concepcional Periodo Pre Natal

- Anemia
- Mal C.P.N.
- Excesiva ganancia de peso
- Habito de fumar
- Alcoholismo
- Drogadicción
- H.T.A. / Embarazo
- Embarazo Múltiple
- Hemorragia
- R.C.I.
- R.P.M.
- Incompatibilidad sanguínea





FACTORES DE RIESGO PERINATALES

1.-FALTA DE CONTROL PRE NATAL: Los beneficios de un buen control pre natal proporciona un tratamiento eficaz. Ahorra problemas por medio de medidas Profilácticas. C.P.N. Reduce al mínimo el riesgo materno y fetal. Falta del C.P.N. aumenta la morbimortalidad perinatal



2.-EDAD MATERNA: En edades de 15 a 49 años son de riesgo. En menores de 15 años el 1er embarazo sorprende a la mujer un aparato genital inmaduro e infantil. Lo cual trae como consecuencia:

Partos Prematuros.- por mala adaptación del útero a su contenido Distocia de parto por falta de desarrollo pelviano. R.N. de bajo peso



En mujeres de 40 años el primer embarazo trae como consecuencia:

- 1.- Útero.- pierde la función de elasticidad y contractilidad, la extensibilidad del músculo uterino puede ser causa de la interrupción de la gestación.
- 2.- En el periodo del alumbramiento el útero disminuye su contractibilidad uterina.
- 3.-La articulación del cóccix se anquilosa.
- 4.- Las partes blandas (cuello, vagina, vulva y periné) ofrece excesiva resistencia ya que perdido elasticidad y blandura.
- 5.- Trabajo de parto prolongado.
- 6.-Sufrimiento fetal.- Intervención quirúrgica.



3.-PARIDAD

Múltipara: Las fibras uterinas pierden su capacidad de contraerse y estirarse por lo cual interfiere en la evolución normal del parto.

Nulíparas: El riesgo es mayor en la consistencia de las partes blandas.

Estadísticamente existe riesgo perinatal en mujeres que tienen de 4 a 7 partos a diferencia que tienen de 1 a 3 hijos que son de bajo riesgo.



4.- PERIODO INTERGENÉSICO

El intervalo entre partos es un factor de riesgo perinatal.

Si el intervalo excede más de 7 años existe riesgo como si fueran primerizas.

El intervalo corto menor de 2 afecta la capacidad intelectual de los niños en edad escolar, la gestación frecuente produce un estado de desnutrición en la madre.

5.-EDAD FETAL

Niños Prematuros, Pre Término:

R.N. Que pesan de 500 a 2499 kgr.

Aumenta la mortalidad fetal .



Causas:

Gestación múltiple, anomalías uterinas, placenta previa, desprendimiento prematuro de la placenta, diabetes materna, etc.

Las madres expuestas al parto pre término deben tener un C.P.N.

Niños Post Maduro – Pos Término RN después de 2 semanas, o 42 semanas de gestación

Causas:

Disfunción placentaria, por lo que disminuye los nutrientes y oxígeno que necesita el feto.

La senectud de la placenta ocasiona que la homeostasis del feto empiece a declinar produciendo lesión cerebral anóxica, muerte fetal.

6.- DESNUTRICIÓN MATERNA

Es importante para el desarrollo y crecimiento del feto. El gasto calórico es mínimo durante el 1o trimestre, y el 2o trimestre aumentan debido a las necesidades maternas, 3er trimestre el gasto cardiaco se debe al crecimiento del feto y de placenta. La oportunidad para mejorar la calidad de vida es ofrecida por el personal de salud y aconseja la alimentación apropiada para controlar la salud de la madre y del feto (crecimiento y desarrollo).



7.-FUMADORAS DE CIGARRO:

El desarrollo del feto se retrasan en mujeres que fuman y sus hijos están expuestos a morir después del parto. El riesgo de mortalidad aumenta en proporción de 1:3 entre los hijos de mujeres que fuman, la causa es que el tabaco interfiere en el desarrollo del feto, ya sea por vaso constricción en la circulación uterina ò por una acción tóxico directa sobre el feto y el retraso del crecimiento fetal es por el aumento de la concentración del monóxido de carbono en el aire inhalado. La gran afinidad de este compuesto va ir sobre la hemoglobina materna y en particular la fetal por tanto reduce la capacidad para transportar el oxígeno.



8.- BAJO NIVEL SOCIO ECONÓMICO:

El bajo nivel socio económico de estas madres suelen tener un hábito dietético deficiente debido a su ignorancia y bajo nivel de escolaridad por lo tanto tendrá mayor riesgo obstétrico.

Las mujeres de bajo nivel de clase social muchas veces se conducen a maniobras abortivas por lo tanto aumenta su riesgo de morbimortalidad perinatal.

Las mujeres de bajo recurso socio económicos, desnutridas, con escolaridad nula y sin apoyo marital tienen mayor probabilidad de perder a su hijo ò RN de bajo peso o con anomalías congénitas.

Como medida preventiva es importante promover el CPN y la utilización de recursos existentes para realizarlo en comunidades de bajo recurso económico.

Referencias bibliográficas:

1. Cunningham F et al. Control Prenatal. En: Williams Obstetricia. 22 ed. México: Mc Graw Hill Interamericana, 2006:
2. Pérez A, Donoso E. Control Prenatal. En: Obstetricia. 4 ed. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2011.
3. Schwartz R et al. Nutrición de la Embarazada. En: Obstetricia. 6ta Ed. Buenos Aires: Editorial El Ateneo, 2005. 184, 185,186.

CUETIONARIO DE AUTOEVALUACION

Después de haber revisado los contenidos de la II Unidad de Aprendizaje, responde las siguientes preguntas:

1. ¿Cuál es la relevancia y características de la Atención Prenatal Reenfocada?
2. ¿Cuáles son los signos y síntomas contundentes para el diagnóstico del embarazo?
3. ¿Cuáles son los cuidados de riesgo durante el embarazo?
4. ¿Cuáles son las principales molestias menores del embarazo? ¿Por qué?
5. ¿Qué alimentos son necesarios durante cada trimestre del embarazo?
6. ¿Mencione los beneficios de la preparación Psicoprofilatica durante le embarazo?

CAPÍTULO
3

III UNIDAD:

***EXAMEN CLÍNICO
OBSTÉTRICO***

EXAMEN CLINICO OBSTETRICO

1.- Funciones Vitales:

La Temperatura.- La T° normal del cuerpo de una persona varía depende, su actividad reciente, el consumo de alimentos y líquidos, la hora del día y, en la mujeres, de la fase del ciclo menstrual en la que se encuentren. La temperatura corporal normal, de acuerdo con la Asociación Médica Americana (American Medical Association), puede oscilar entre los valores de la T° es de 36.5 a 37.5.



Pulso.- Se constata por medio de la palpación digital de la arteria sobre la muñeca durante un minuto. Los valores normales son de 60 a 80 latidos por minuto.



Presión Arterial: Es la fuerza de la sangre contra las paredes de las arterias. Se miden dos niveles de presión arterial: La más alta, o sistólica, que ocurre cada vez que el corazón bombea sangre en los vasos sanguíneos, y la más baja, o diastólica, que ocurre cuando el corazón descansa.



Los Síndrome Hipertensivos: En el CPN pueden corresponder a HTA crónica y/o inducida por el embarazo (Pre Eclampsia-Eclampsia). Son potencialmente peligrosos para la madre y el feto, frecuentemente pasan de inadvertidos para ellos, su gravedad se asocia con síntomas de irritabilidad del SNC, compromiso Renal Hepático.

En presencia de Hipertensión debe interrogarse:

Presenta cefalea (dolor de cabeza)

Dolor abdominal (epigastrio que se irradia a hipocondrio)

Mareos o vértigos.

Pérdida de conciencia o convulsiones.

La presencia de cualquiera de estos signos y síntomas indica gravedad.

Trastornos auditivos (tinitus).

Trastornos visuales (escotomas)



Evaluación cuidadosa de la Presión arterial:

Los valores de la PA varía según la posición de la gestante.

Tomar la PA a la gestante en la misma posición (sentada, DLI).

La PA se toma a la gestante en reposo descansar unos 10 minutos.

Si la PA está aumentada se debe evaluar después de 1 hora (DLI).

Es importante recordar que para detectar HTA previa a la gestación es antes de las semanas gestación.

Valores de la PA: PS = 90 a 140 mmHg

PD = 55 a 90 mmHg

Los valores alterados de la PA diastólica tienen mayor valor pronóstico que los de la sistólica.

Hipertensión Arterial: Sistólica aumenta de 30 mmHg, diastólica aumenta de 15 mmHg o también, diastólica de 90 mmHg o mayor; sistólica de 140 mmHg o mayor.

CAUSAS:

- **maternas:** DPP, Ictericia, Hemólisis, Hemorragia Cerebral, Insuficiencia Hepática, Insuficiencia Renal.
- **fetales:** Aborto, RCIU, SFA Intraparto, Oligoamnios.
- **neonatales:** PEG, SDR, Depresión Neonatal.

Hipotensión: La sistólica: menor de 95 mmHg a diastólica: menor de 55 mmHg.

Los síntomas son: lipotímias, desmayos, náuseas, vómitos, cefalea. Las consecuencias son. RCIU, PEG.

Peso y Talla:

Peso: La medición del peso y talla permite evaluar el estado nutricional de la madre. El incremento de peso durante la gestación, el peso insuficiente, la talla baja y la ganancia escasa o exagerado de peso están asociados con malos resultados perinatales. El peso de la madre es un indicador de nutrición materna y esta relacionada con el peso del RN.

- ✦ Pesar a la gestante en la misma balanza (calibrada.)
- ✦ Peso en cada CPN.
- ✦ Peso habitual (pre gravídico)

Talla: Se realiza en el primer CPN. Posición de pie, descalza, talones juntos, tallímetro, erguida con los hombros hacia atrás y mirando al frente. Si la talla es menor de 1.45cm.

Puede ser un factor de A.R.O.



EXAMEN DE MAMAS:

Son modificaciones constantes, precoces y numerosas. La más evidente lo constituye la “Hipertrofia e Hiperplasia Glandular”. Hay aumento de tejido adiposo, turgencia, las mamas se ponen péndulas en las multigestas.

Inspección:

Aparición de grietas: tensión de la piel a nivel del pezón, mayor, sensibilidad, capacidad eréctil. Pigmentación: es intensa en la areola primaria tenue en la areola secundaria Red venosa de Haller: Es prominencia de venas superficiales. Tubérculos de Montgomery: se encuentra en la areola primaria constituida por nudosidades variables (15 a 20) interpretados como glándulas sudoríparas.

Secreción de Calostro: Líquido incoloro se presenta en la primera semana de gestación hasta los 3 a 5 días de puerperio, tienen más densidad. Vitamina ACD.

El pezón puede ser: normal, umbilicado (hacia dentro) o protruido (sobresaliente).



Palpación:

En la misma posición debes palpar la zona axilar correspondiente a la mama que estás explorando, para descartar la aparición de tumoraciones para ello desplaza la mano a lo largo de toda la zona axila.

Realizando el examen a nivel de la mama y con la yema de los dedos de la mano se realizara una suave presión en los cuatro cuadrantes en forma circular en toda la mama tratando de buscar nódulo, tumoraciones en cada mama y al final se presiona el pezón con la finalidad de descartar la presencia de secreciones patológicas.



EXAMEN DE ABDOMEN:

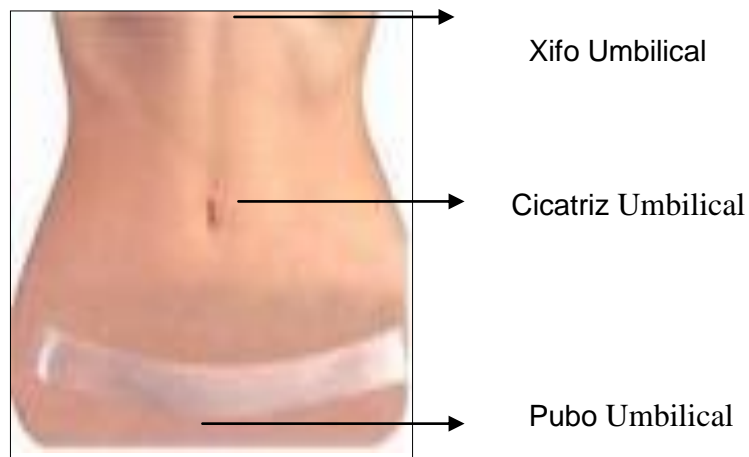
Aumenta el espesor debido a la sobrecarga del tejido adiposo è hipertrofia muscular. Flaccidez en la pared abdominal de la multigesta (vientre pëndulo) presión del útero contenido. Hundimiento del ombligo, distensión de los orificios que facilita la producción de hernias La mayoría de modificaciones no son específicos de la gravidez, también se asocian a tumores intraabdominal de gran volumen.

Formas del abdomen: El útero fuera del embarazo es triangular y aplanado, peso de 60gr.longitud 6cm.-8cm.

A las 8 semanas es periforme., 13 a 20 semanas es esférico. Más de 20 semanas hasta el final es ovoide.

Con cierto predominio longitudinal y guardando estrecha relación con la situación, posición y presentación del feto.

Tamaño del Abdomen: tenemos 3 puntos de reparo: Supra púbico. Cicatriz Umbilical. Apéndice Xifoides. Tenemos 2 líneas imaginarias Pubo Umbilical y Xifo Umbilical.



Inspección:

Pigmentación: Es el fenómeno más notable para el Dx del embarazo la línea media de la piel del abdomen esta notoriamente pigmentada, toma un color negro que da origen a la línea Nigra. Se cree que esta pigmentación se debe al aumento de la hormona melanóforos que se da en el 2º mes de gestación hasta el final del embarazo, se atribuye a los estrógenos y progesterona en efecto estimulante; tiende a desaparecer al final embarazo y parto.

Estrías: En el embarazo es común la formación de estrías, debido a la rotura de las fibras elásticas de la piel, cuando esta se estira. Primero son de color rojizas, luego se tornan blanco-nacaradas. Las localizaciones más frecuentes de las estrías en el embarazo son en el abdomen, los muslos, nalgas, pecho y brazos.



Diástasis de los Rectos: El músculos de la pared abdominal no soportan la tensión que están sometidas, separándose los músculos rectos de la línea media. Si esta presión aumenta la pared uterina anterior estará cubierto solo por una capa de piel "Fascina Delgada del Peritoneo", estas diástasis de los rectos es más pronunciado en multíparas lo que facilita la proyección del útero gravídico convirtiéndolo "Ventre Péndulo".

Palpación:

Se realiza en la segunda mitad del embarazo. Debe reconocerse:

- ✦ **útero:** tamaño, forma percibiendo las contracciones uterinas. Precisar las características que adopta el feto en cuanto a la situación, posición y presentación. La percepción de las partes fetales comienza a ser nítida a partir de las 26 semanas.

Cuando el feto está suficientemente desarrollado, puede distinguirse las siguientes áreas:

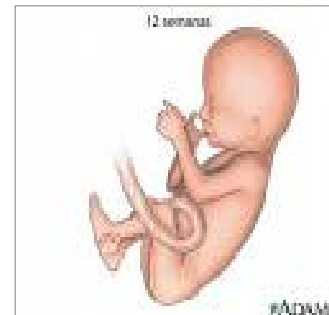
La exploración abdominal requiere:

- ✦ El examen del fondo uterino.
- ✦ Los flancos maternos.
- ✦ La región Hipogástrica.



En el feto se puede identificar:

- ✦ Polos Fetales.
- ✦ Superficie Dorsal.
- ✦ Superficie Ventral.



Características de los polos fetales:

Polo Cefálico: Duro, liso, regular, redondeado, irreductible, más grande, no permite peloteo que provoca ligero dolor.

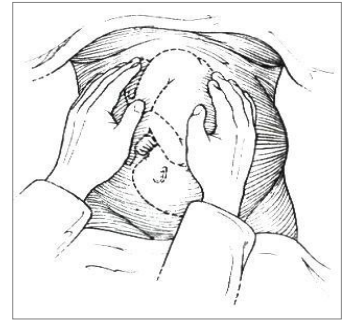
Polo Podálico: blando, grande, irregular, irreductible, más grande, no permite peloteo, se continua con resto del tronco fetal

Dorso: superficie plana, lisa, continua y ligeramente convexa.

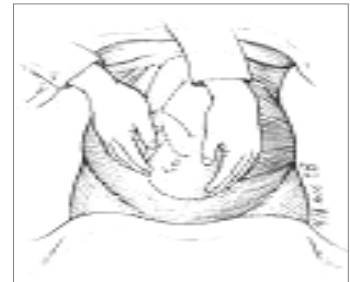
Cara ventral: superficie irregular con pequeñas partes que corresponde a extremidades fetales y que aparecen y desaparecen.

MANIOBRAS DE LEOPOLD: El examen metódico y regulado del abdomen materno se realiza mediante 5 maniobras exploratorias de las cuales las 4 primeras corresponden a las maniobras de Leopold y la 5ta a la palpación mensuradora de Pinard.

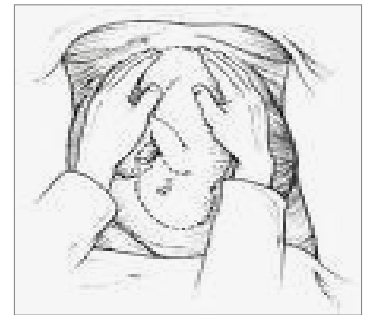
Primera Maniobra: Dando frente a la cara de la paciente, el examinador coloca los bordes cubitales de ambas manos sobre el fondo uterino. Se trata de establecer distancia entre la apéndice xifoides, rebordes costales y fondo uterinos para tener idea del tiempo de gestación además se explora el contenido de esta zona para identificar aquella parte del ovoide fetal que se encuentra. Nos da la idea del tamaño uterino y la situación fetal.



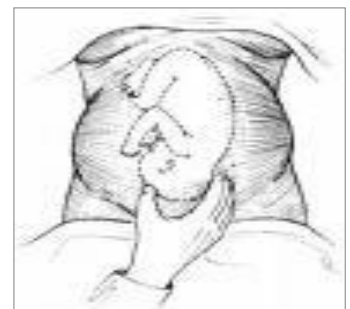
Segunda Maniobra: Se coloca las palmas de las manos en cada uno de los flancos, explorando su contenido con la punta de los dedos. Mientras se palpa con una mano, la otra se mantiene inmóvil, para que no se desplace el útero. Nos da la idea de la posición fetal.



Tercera Maniobra: Es unimanual, se efectúa con los dedos pulgar y los restantes abiertos en arco, colocados sobre el hipogástrico se trata de ubicar el polo inferior, tratando de hacerlo pelotear. Nos da la idea de la presentación.



Cuarta Maniobra: El examinador se coloca mirando los pies de la paciente con las manos sobre el hipogastrio deslizándolas hacia el estrecho superior de la pelvis. Se trata de abarcar el polo de la presentación y ver las características del mismo para confirmar la presentación.



MENSURADORA DE PINARD:

Se utiliza solo en la presentación cefálica y tiene por objetivo comprobar compatibilidad cabeza fetal con el estrecho superior de la pelvis materna. Se colocan los dedos índice y medio de una mano sobre el borde de la sínfisis púbica, mientras que con la otra se ejerce presión desde el abdomen tratando introducir la cabeza en la pelvis. Ver si presenta dificultad.

Auscultación:

La auscultación obstétrica tiene como finalidad el estudio de los ruidos fetales.

Puede ser Directa o Inmediata – Indirecta o Mediata.

- **Directa:** Aplicando oído sobre el vientre materno (procedimiento abandonado)



Indirecta: Con uso de aparatos:

- Estetoscopio de Pinard
- Estetoscopio de Lee
- Sistema Doppler
- Ultrasonografía (ecografía)



Importancia:

- ✓ certificar el diagnóstico de embarazo.
- ✓ verificar vitalidad o muerte del feto.
- ✓ corroborar Dx. de posición y presentación. (palpación). establecer si la gestación es simple o múltiple.
- ✓ detectar sufrimiento fetal sobre todo trabajo de parto.



Auscultar el Abdomen: En la gestante se puede percibir 6 tonos diferentes:

Feto: FCF es de 120 a 160 latidos por minuto.

Se percibe el soplo del cordón umbilical: 120 a 160 pulsos por minuto.

Movimientos fetales.

Madre: pulso aórtico materno es de 70 latidos por minuto.

- ◆ soplo placentario es de 70 por minuto.
- ◆ ruidos intestinales o peristálticos.



Foco Auscultación: Es la zona que por condiciones acústicas se percibe nítidamente los latidos pero que previamente es necesario localizarlo por palpación.

Localización del Foco Máximo de Auscultación:

Tiene ubicación variable según la edad del embarazo y colocación fetal. El foco máximo de auscultación hasta las 26 semanas está por debajo de la cicatriz umbilical. En los últimos meses la región está más próxima al polo cefálico que al podálico, por eso el FMA está por



debajo del ombligo en presentación cefálica y por encima del ombligo la presentación podálica. En el embarazo gemelar existe doble FMA, pero la frecuencia no es la misma en uno de otro, ambos focos están separados por la zona de silencio.

Características de los Latidos Fetales: La frecuencia oscila entre 120 a 160 latidos por minuto con una media de 140 por minuto. Hacer el conteo de los latidos fetales en un minuto o $\frac{1}{4}$ de minuto y se multiplica por 4.

Intensidad:

- ◆ Depende de la edad gestacional.
- ◆ Depende del desarrollo fetal y de los factores que favorecen o dificultan la transmisión. Los latidos se perciben desde las 18 a 20 semanas de gestación en nulíparas.
- ◆ La intensidad de los latidos fetales aumentan en el curso del embarazo y se hace mas fuerte a medida que el feto se desarrolla.
- ◆ La intensidad de los latidos fetales disminuyen en polihidramnios, obesidad y variedades posteriores.
- ◆ La intensidad de los latidos fetales aumenta en paredes abdominales delgadas, presentaciones de flexionadas en variedad anterior.
- ◆ Durante las contracciones uterinas la intensidad de los latidos fetales es débil.

Ritmo: Son rítmicos y ruido doble.

Alteraciones de la Frecuencia Cardiaca Fetal: durante la contracción uterina disminuye temporalmente recobrándose a los pocos segundos.

- ◆ hipertermia materna produce taquicardia fetal.
- ◆ Bradicardia persistente durante el embarazo, indicio de cardiopatía fetal.

Mensuración:

Se realiza antes de la palpación, debido a que esta última puede estimular al feto o al útero, produciendo movimientos o contracciones uterinas que puedan alterar el resultado de la medición. Se dice que se asigna 4 cm a la proporción del crecimiento uterino promedio por mes. Se descuenta los 4 cm. del primer mes que el útero todavía está en la cavidad pélvica.

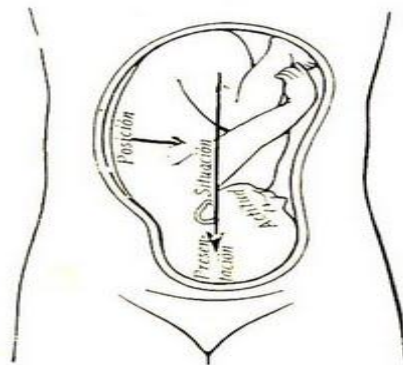


La medición de la altura uterina no es método exacto, sino relativo. Su resultado puede variar de un examinador a otro. Se mide con la cinta métrica, colocando en el borde superior de la sínfisis púbica, verificar que empieza con el número en 1cm y deslizar la cinta métrica por la pared, fijando firmemente en la pared abdominal de acuerdo a la edad gestacional de la paciente.

ACTITUD, SITUACION, PRESENTACION Y POSICION FETAL



ACTITUD FETAL: La actitud fetal es las relaciones entre sí de las diferentes partes del cuerpo. La actitud fetal normal es flexión marcada. La columna vertebral está flecatada sobre sí misma, determinando una marcada convexidad del dorso del feto. La cabeza fetal está flexionada de tal manera que el mentón se encuentra pegado sobre el esternón y los brazos entrecruzados y pegados sobre el tórax, los muslos están flectados sobre el abdomen, las piernas sobre los muslos y los pies descansan sobre la cara anterior de las piernas



SITUACIÓN FETAL: Es la relación existente entre el eje longitudinal del ovoide fetal y el eje longitudinal del útero. Existen 3 tipos de situación fetal:

a) Situación Longitudinal.- Es cuando el eje longitudinal del ovoide fetal se encuentra en forma paralela con el eje longitudinal del útero .casi 98.5% se encuentran en esta situación que es la más frecuente y la más Eutócica.



b) Situación Transversa.- Es cuando el eje longitudinal del ovoide fetal forma un ángulo de 90° con el eje longitudinal del útero. Es menos frecuente.

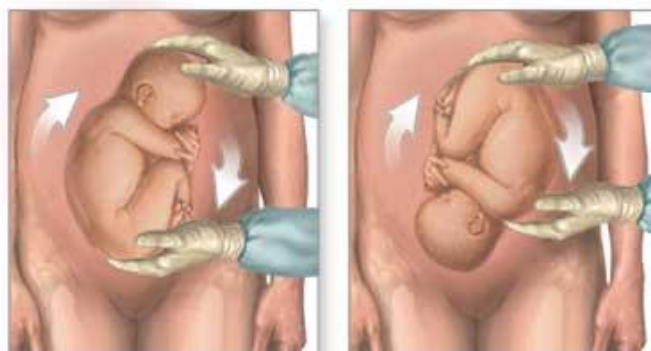
Feto en postura transversa



ADAM.

c) Situación Oblicua.- Es cuando el eje longitudinal del ovoide fetal forma un ángulo de 45° con el eje longitudinal del útero. Es menos frecuente.

Vista externa



ADAM.

POSICION FETAL: Es la relación que existe entre el dorso fetal, con uno de los flancos maternos. Puede presentarse dos tipos derecha, izquierda. La más frecuente es la posición izquierda.



PRESENTACIÓN FETAL.- Es el polo fetal que se ofrece al estrecho superior de la pelvis materna y que es capaz de desencadenar el trabajo de parto tenemos dos tipos de presentación Cefálica. y Podálica. La presentación cefálica es la más frecuente y ocurre en un 97% de los partos.

Presentaciones del Bebe Durante el Parto

Parto Normal



Con la Cabeza Primero y la Cara Mirando Hacia Atrás

Partos Anormales



De Nalgas



De Cara



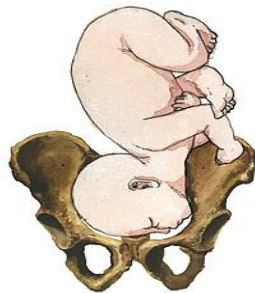
De Hombro

TIPOS DE PRESENTACIÓN CEFÁLICA:

Presentación de Vértice: Es la presentación normal por excelencia, el feto se presenta en una actitud de flexión completa y ofrece al estrecho superior de la pelvis materna su occipucio, vale decir la región occipital de su cabeza, la que forma el vértice del polo cefálico cuando el polo cefálico está flectado. DIAMETRO: suboccipito-bregmático = 9.5 cm. Punto de reparo es la fontanela posterior ò vértice.



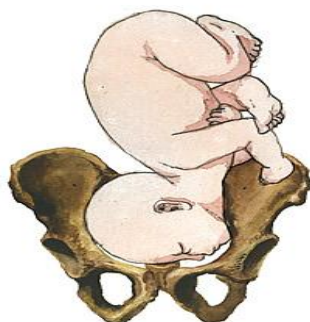
Presentación Bregma: En esta presentación la flexión del polo cefálico no es completa, de tal manera que la zona de la cabeza presentada al estrecho superior de la pelvis es la fontanela anterior o bregma, se le llama también la presentación en “Actitud Militar”. Diámetro: Occipito Frontal=12cm. Punto de reparo es la fontanela anterior ò bregmatice.



Presentación Frente: Es la más distócica de las presentaciones cefálicas. La región frontal es la presentada, diámetro: Occipitomentoniano = 13.5cm.punto de reparo es la nariz ò el maxilar superior.



Presentación Cara: Se caracteriza por la total extensión de la cabeza fetal, de tal manera que el occipucio alcanza la columna cervico dorsal y el cuerpo fetal toma una forma muy particular en "S", Diámetro: Submento-Bregmático=9.5cm,.Punto de reparo es el mentón.



Presentación podálica ò de nalgas: La presentación ò parto de nalgas se considera anormal y ocurre en cerca del 3.5% de los partos. En este tipo de presentación el feto ofrece al estrecho superior el polo podálico.

TIPOS DE PRESENTACIÓN PODÁLICA:

Presentación Podálica Completa: En esta presentación el feto se encuentra en la misma actitud de flexión que en la presentación de vértice, pero con los polos invertidos. Presenta al estrecho superior de la pelvis materna su polo podálico constituido por las nalgas y parte de las extremidades superiores flexionadas. Diámetro Bitrocanterio = 9.5cm.Punto de reparo es el Sacro.

Presentación Podálica Incompleta: El feto presenta al estrecho superior de la pelvis materna su polo podálico, sus miembros inferiores se encuentran descansado sobre el cuerpo fetal, de tal manera que el polo podálico presentado está constituido por las nalgas el diámetro bitrocanterio =9.5cm Punto de reparo Sacro.



Presentación hombros: El hombro, brazo o tronco pueden salir primero si el feto está en situación transversal y es un tipo de parto que ocurre en menos del 1% de las veces. Ofrece al estrecho superior de la pelvis materna un hombro. Punto de reparo es el Acromion.

PELVIMETRIA: La pelvis está dividida por el estrecho superior en pelvis falsa y pelvis verdadera. El contorno del estrecho superior está dado por: promontorio sacro por dorsal, línea innominada lateralmente, rama superior del pubis y borde superior de la sínfisis púbica hacia ventral. Esta ancha línea de demarcación constituye la entrada a la pelvis verdadera.

Diámetros del estrecho superior de la pelvis

Diámetro antero posterior: Promontorio y el borde superior de la sínfisis púbica. También se denomina diámetro conjugado anatómico. Longitud =11cm.

Diámetro oblicuo: Son dos el derecho y el izquierdo, entre la articulación sacro ilíaca y la eminencia iliopectínea del lado opuesto. Derecho longitud =12cm. Izquierdo=12.5cm

Diámetro transverso: Las líneas innominadas. Longitud =13cm.

Diámetros del estrecho medio de la pelvis

Diámetro Antero Posterior: Parte media del retro pubis_hasta sacra S2y S3 mide 12cm.

Diámetro transverso: Va de Espina Ciática a otra Espina Ciática Mide: 10.5 cm

Diámetros del estrecho inferior de la pelvis

Diámetro Antero Posterior: Entre el cóccix y el borde inferior de la sínfisis púbica mide 9cm pero con la retropulsión Mide: 11cm.

Diámetro Transverso ò Bisquiático: Entre ambas tuberosidades bisquiática, mide 8cm.con partes blandas, y en partes óseas mide 11cm.

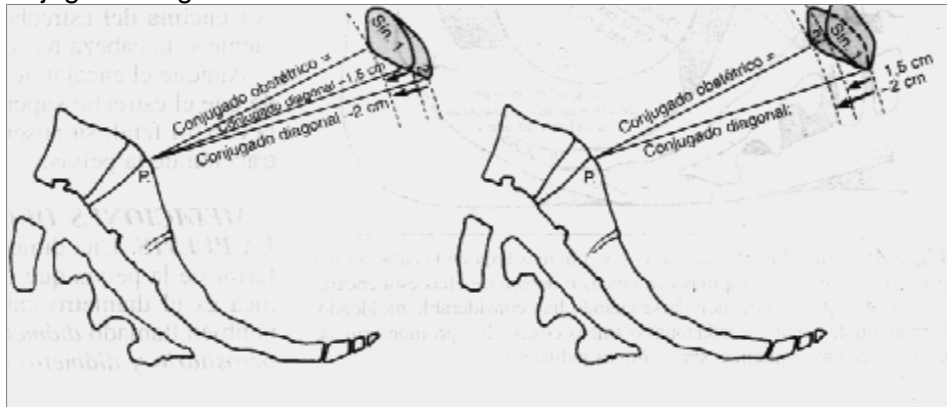


CONJUGADOS

Conjugado Anatómico: El promontorio y el borde superior de la sínfisis púbica mide 11cm.

Conjugado Diagonal: El borde inferior de la sínfisis púbica. al promontorio mide 12cm.

Conjugado Obstétrico: Entre el promontorio y la parte media del retro pubis mide 10.5cm. Es el diámetro más pequeño que debe sortear la cabeza fetal durante el parto. Este diámetro se resta 1.5cms. al conjugado diagonal.



TIPOS DE PELVIS

Ginecoide: Es la pelvis ideal y se caracteriza por:

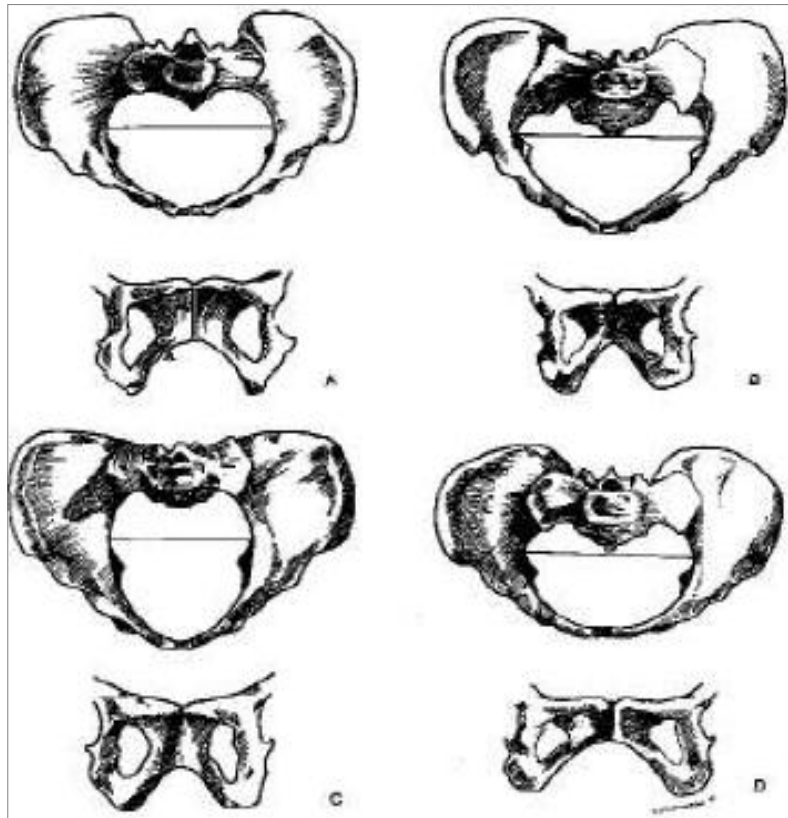
Diámetro antero-posterior similar al transversal, sacro en posición normal, paredes laterales rectas, espinas no prominentes, ángulo sub púbico abierto y sagital posterior algo más pequeño que el anterior. Constituye, aproximadamente, el 50% de los tipos de pelvis y el pronóstico para el parto es muy bueno.

Androide: Se caracteriza por el diámetro antero-posterior algo menor que el transversal, sacro inclinado hacia adelante, paredes laterales convergentes, espinas ciáticas muy prominentes, ángulo subpúbico cerrado y sagital posterior mucho más pequeño que el anterior. Constituye, aproximadamente, el 15% de las pelvis y el pronóstico para el parto es malo.

Antropoide: Se caracteriza por el diámetro anterior mayor que el transversal, sacro largo y recto dirigido hacia atrás, paredes laterales algo convergentes, espinas ciáticas poco prominentes, ángulo subpúbico algo estrecho y sagital posterior más pequeño que la anterior. Constituye, aproximadamente, el 30% de las pelvis y el pronóstico para el parto es bueno, aunque no es la pelvis ideal.

Platipeloides: Se caracteriza por el diámetro antero posterior menor que el transversal, sacro curvo y corto dirigido hacia atrás, paredes laterales rectas, espinas prominentes, ángulo subpúbico abierto y sagital posterior más pequeño que el anterior. Es la variedad más rara, constituye menos del 5% de los casos y el pronóstico para el parto es malo.

GINECOIDE



ANDROIDE

ANTROPOIDE

PLATIPÉLOID

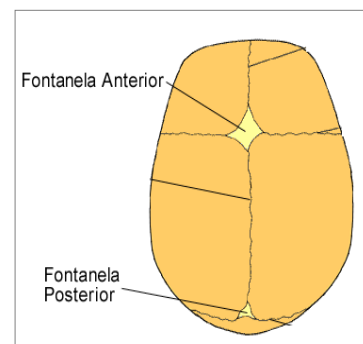
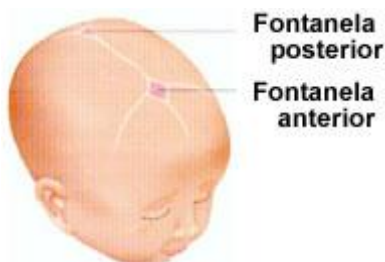
DIAMETROS DE LA CABEZA FETAL

SUTURAS Y FONTANELAS Al palpar la cabeza de Recién nacido a través del tacto vaginal tenemos que identificar si se trata de la fontanela anterior ò de la fontanela posterior, para así poder determinar la variedad de feto

FONTANELAS: Son espacios membranosos, es punto donde se encuentra ò se unen las suturas.

F. Anterior ò Mayor Bregmatica: forma romboidal.

F. Posterior ò Menor Lambdoidea: Forma triangular.



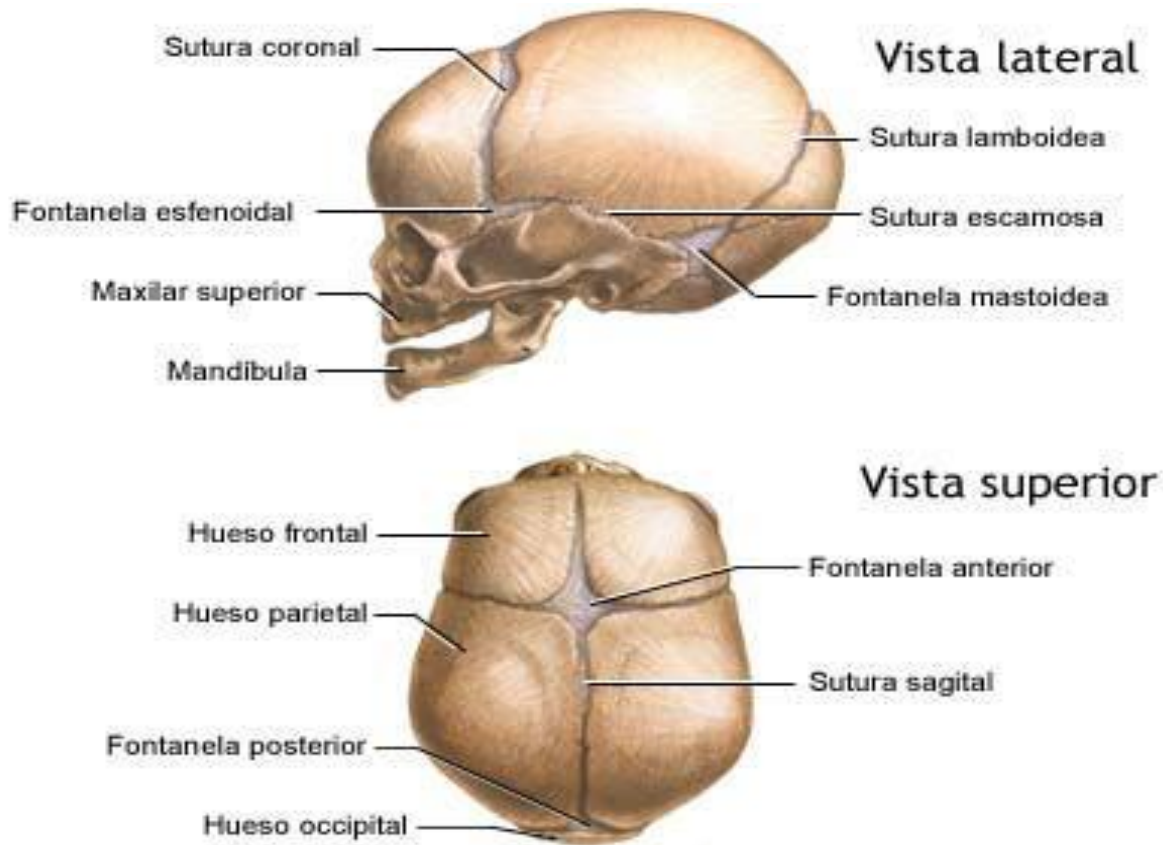
SUTURAS: Son hendiduras lineales ocupados por espacios membranosos, las importantes

-**S. Metópica:** entre los huesos frontales.

-**S. Sagital:** entre los huesos parietales.

-**S. Coronal:** son dos, entre los huesos frontal y parietal a cada lado.

-**S. Lambdoideas:** entre los bordes posteriores de los huesos. parietales y el borde superior del hueso. Occipital.



D. Biparietal: Va de un parietal hacia el otro parietal mide= 9.5 cm.

D. Bitemporal: Va temporal hacia el otro mide = 8cm.

D. Suboccipito bregmatico. Parte de la parte inferior del occipital hacia el bregma Mide=9.5cm Su punto de reparo es el Vértice.

D. Occipito frontal: Occipital hacia la parte sobresaliente de la frente Mide=12cm. Su punto de reparo el Bregma.

D Supra occipitomentoniano: Parte superior del occipital hacia el mentón Mide=13.5cm. Su punto de reparo la Base de la Nariz o la Glabela.

D Sub mentobrègmatico: Parte del bregma hacia el la parte baja del mentón. Su punto de reparo el Mentón.

ANALISIS DE RUTINA

Conjunto de pruebas y procedimientos para descartar y diagnosticar algunas enfermedades, se solicita lo siguiente pruebas de laboratorio:

Hemoglobina, Hematocrito, Grupo y factor sanguíneo Glucosa VDRL o RPR Examen de orina VIH.

Opcional:

Ecografía Obstétrica

Prueba de Papanicolaou

Solicitar Uro cultivo



HEMOGLOBINA (Hb)

Una prueba de hemoglobina es un examen que mide la cantidad total de hemoglobina en la sangre. Sirve para D/C anemia.

Valores normales

Mujer : 13 gr/dl – 15 gr/dl

Hombre : 15 gr/dl – 17 gr/dl

Gestante: 11 gr/dl – 13 gr/dl

Anemia

Leve : 11 gr/dl

Moderado: 10 gr/dl

Severo : 9 gr/dl

HEMATOCRITO (Hto)

Es el porcentaje del volumen total de sangre compuesto de glóbulos rojos. Es una medición compuesta por el tamaño y número de GR y casi siempre es parte de un conteo sanguíneo completo (CSC). Dicho conteo mide el número de glóbulos rojos (GR), glóbulos blancos (GB), la cantidad total de hemoglobina en la sangre y la fracción de la sangre compuesta de glóbulos rojos (hematocrito).

Valores Normales:

Mujer : 39% - 45%

Hombre : 45% - 51%

Gestante: - 39%

El Hto dividido en 3 nos da el resultado de la hemoglobina.

LEUCOCITOS

Los leucocitos (también llamados glóbulos blancos) son un conjunto heterogéneo de células sanguíneas que son los efectores celulares de la respuesta inmune, así intervienen en la defensa del organismo contra sustancias extrañas o agentes infecciosos (antígenos). Se originan en la médula ósea. Son los glóbulos blancos, es la defensa del organismo

Valores Normales.:

5,000 – 10,000 mm

Mayor cantidad de leucocitos

Menor cantidad de leucopenia

Durante el embarazo tiende a aumentar, debido al aumento del plasma sanguíneo.

GRUPO SANGUINEO

Un grupo sanguíneo es una forma de agrupar ciertas características de la sangre que dependen de los antígenos presentes en la superficie de los glóbulos rojos y en el suero de la sangre.

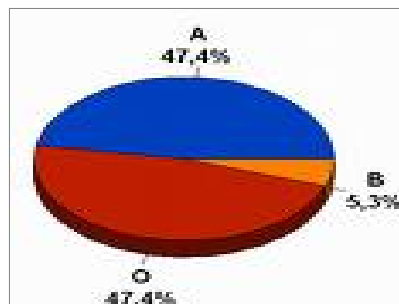
Las dos clasificaciones más importantes para describir grupos sanguíneos en humanos son los antígenos y el factor RH. Las transfusiones de sangre entre grupos incompatibles pueden provocar una reacción inmunológica.

Tipos: A, B, AB, O; el frecuente es el "O"

Factor RH:

RH(+) Es el más frecuente

RH(-) Es el mejor donante



	Grupo A	Grupo B	Grupo AB	Grupo O
Sangre roja célula				
Anticuerpos			Ningunos	
Antígenos	A antígeno	B antígeno	A y B antígeno	No antígenos

PRUEBAS SEROLOGICAS

La prueba serológica para sífilis es un examen de sangre que sirve para conocer si la sífilis está presente. La sífilis es una infección que se transmite por contacto sexual. La prueba serológica para sífilis se refiere al grupo de los distintos métodos que existen para estudiar si hay presencia de sífilis.

¿Por qué necesito la prueba para sífilis? La prueba serológica para la sífilis es generalmente ordenada como parte de un examen de rutina antes de una cirugía o de internar a una persona en el hospital. La prueba es ordenada también, si hay conocimiento de contacto sexual con alguien que está infectado

Son importantes para determinar sífilis la cual puede afectar al feto. VDRL O RPR: Se solicita en la primera consulta antes de las 16 semanas. Permite detectar la sífilis congénita

GLUCOSA

La glucosa es la principal fuente de energía para el metabolismo celular. Se obtiene fundamentalmente a través de la alimentación, y se almacena principalmente en el hígado, el cual tiene un papel primordial en el mantenimiento de los niveles de glucosa en sangre (glucemia). Para que esos niveles se mantengan y el almacenamiento en el hígado sea adecuado, se precisa la ayuda de la insulina, sustancia producida por el páncreas. Cuando la insulina es insuficiente, la glucosa se acumula en sangre, y si esta situación se mantiene, da lugar a una serie de complicaciones en distintos órganos. Esta es la razón principal por la que se produce aumento de glucosa en sangre, pero hay otras enfermedades y alteraciones que también la provocan.

Por tanto, la determinación de glucosa en sangre (glucemia) es útil para el diagnóstico de numerosas enfermedades metabólicas, fundamentalmente de la diabetes mellitus. También es necesaria esta prueba, una vez diagnosticada la diabetes, para controlar la dosis de insulina que se debe administrar para tratarla.

La determinación de glucosa en orina (glucosuria), suele formar parte del análisis de orina rutinario. En condiciones normales, no debería haber glucosa en la orina, pero cuando la cantidad en sangre supera un determinado límite, empieza a ser eliminada a través del riñón con la orina.

Cuanta más cantidad de glucosa haya en la sangre, más se eliminará por la orina. La determinación en orina es menos exacta y menos útil que la determinación en sangre.

Valores normales:

70 mg. - 110 mg. Foling - Wu

80 mg. - 120 mg. Somoyi – Nelson

ORINA: Funcionamiento del riñón.

Volumen : 1200 cc – 1500 cc

Clasificación:

Poliuria: Mayor de 200 ml / 24 hrs

Oliguria: Menor de 300 ml / 24 hrs

Anuria: 10 – 20 cc / 24 hrs

Olor : Suigenesis

Color : Amarillo cítrico ambar

Hepatitis café

I.T.U Té

Hematuria Rojiza



Sabor: Salino Dulce – Diabetes

Aspecto Químico:

Reacción.- pH: 5.5 – 7.5 (es ácida)

Densidad.- posibilidad del riñón para eliminar productos de desecho y concentrarse en la orina

Glucosa se presenta en algunos casos D/C Diabetes. En gestantes presenta glucosuria.

Leucocitos.- valor normal es 0 – 5 por campo.

Bacterias.- Es negativo

Bilis .-Aumenta en insuficiencia hepática

Acetona.- Puede estar presente en caso de emesis Gravídica.

Albumina.-Es una proteína.

Parásitos.- Presencia de Oxiuros.

Trichonomas.-Asociado a inflamación urogenital

Sedimento:

Hematíes.- Normalmente no se debe encontrar, si se encuentra en mujeres en período menstrual.

Cilindro.- Aumento disfunción renal.

Células Epiteliales Cristales

Aspectos Bioquímicos:

Uratos.- Forman la orina ácida.

Fosfato.- Forman la orina alcalina.

CULTIVO ORINA

El uro cultivó permite la identificación del número y los tipos de bacterias presentes en la orina.

Una vez identificado el tipo de microorganismo, puede recetar el medicamento adecuado para combatirlo.

¿Cuándo se recomienda?

- Cuando los síntomas indican una posible infección urinaria como: dolor y sensación de calor al orinar, así como urgencia frecuente de orinar.
- Cuando un paciente esta canalizado por largo tiempo, aunque no muestre síntomas de infección.
- En mujeres embarazadas para monitorear cualquier bacteria en la orina que pueda causar algún problema al bebé.

Para que estés bien y puedan realizarte tus estudios

- ✧ Se necesita la recolección de orina. Debes lavar con agua y con jabón los genitales para evitar una contaminación de la muestra.
- ✧ Por lo general este estudio no requiere que estés en ayunas o limitar o alterar tus actividades antes del estudio, sin embargo, te sugerimos pedirle a tu médico que te dé sus indicaciones.

- ⤴ Comentarle a tu médico de todo tipo de medicamentos que estés tomando en ese momento, para ver si es necesario que los interrumpas antes del estudio.

Valores normales

- Menos 10,000 U..C/ml se considera contaminación
- Entre 10,000 y 100,000 U..C/ml se considera sospecha de infección
- Mayor a 100,000 U..C/ml se considera infección
- Los resultados varían de laboratorio a laboratorio, por lo que, te sugerimos siempre realizar tus análisis en el mismo laboratorio, a menos que tu médico diga lo contrario.

VIH: INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA

Se transmite por las relaciones sexuales, transfusiones sanguíneas, Jeringas no esterilizadas, madre a hijo durante el embarazo por vía trans placentaria Ataca al sistema inmunológico causando el SIDA.

- Durante el primer control pre natal se solicita la prueba de ELISA. Se solicita la prueba de WESTER BLOCK en caso que el resultado salga dudoso
- El diagnóstico de la infección por VIH se hace usualmente con pruebas que miden anticuerpos producidos por el organismo de una persona infectada contra el VIH. Estas moléculas son específicas, por lo que estas pruebas tienen un margen de error muy bajo. Las técnicas más comúnmente utilizadas son:

a.- Prueba de ELISA.- Es el examen que se emplea como triaje inicial en la gran mayoría de lugares. La técnica ha evolucionado desde que fue descubierta en 1983 y ahora se utilizan reactivos de tercera generación, con un margen de error muy bajo, menor al 1%.

b.- Prueba de Western blot.- En este caso se mide también anticuerpos, pero los reactivos permiten diferenciar anticuerpos específicos contra ciertas estructuras del virus. Es una prueba más exacta que el ELISA y se utiliza para la confirmación del diagnóstico. Se utiliza una técnica llamada inmunofluorescencia indirecta (IFI) y también para confirmación.



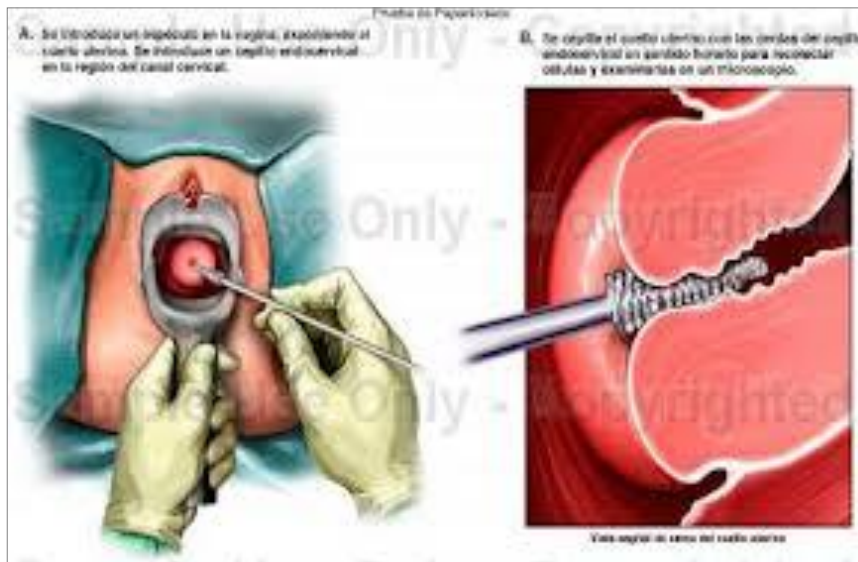
PRUEBA DE PAPANICOLAOU.- La prueba de Papanicolaou (también conocida como la prueba Pap o examen de citología) es una manera de examinar células recolectadas del cuello uterino y la vagina. Esta prueba puede mostrar la presencia de infección, inflamación, células anormales, o cáncer.

En un examen pélvico, el médico palpa el útero (matriz), la vagina, los ovarios, las trompas de Falopio, la vejiga y el recto, con el propósito de encontrar cualquier anomalía en su forma o tamaño. Durante el examen pélvico, se utiliza un instrumento conocido como espéculo para ensanchar la vagina de tal manera que la parte superior de la vagina y el cuello uterino puedan ser vistos.

La prueba de Papanicolaou y el examen pélvico forman parte importante del cuidado de la salud rutinario de una mujer, ya que con ellos se pueden detectar anomalías que pueden conducir a cáncer invasor. Estas anomalías pueden ser tratadas antes de que el cáncer se desarrolle. La mayoría de los cánceres invasores del cuello del útero se pueden prevenir si la mujer se hace pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos con regularidad. Además, al igual que otros tipos de cáncer, el cáncer del cuello del útero puede ser tratado con mayor éxito cuando se detecta temprano.

Los profesionales de la salud, pueden realizar pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos. Estos individuos, por lo general, son conocidos como clínicos

La prueba de Papanicolaou es simple, rápida y no causa dolor; puede realizar prueba, se saca una muestra de células de adentro y de alrededor del cuello del útero con un raspador de madera o un cepillo cervical pequeño. El espécimen (muestra) se pone en una lámina de vidrio o se lava en líquido fijador y se envía a un laboratorio para que sea examinado.



Quién debe hacerse la prueba de Papanicolaou?

Las mujeres que son o han sido sexualmente activas, o mayores de 18 años, deben hacerse pruebas de Papanicolaou y exámenes físicos con regularidad. Sería bueno que las mujeres consulten a su médico acerca de la frecuencia con que deben hacerse estos exámenes.

No se sabe de una edad en la que la prueba de Papanicolaou deja de ser eficaz. Las mujeres mayores deben seguir haciéndose exámenes físicos con regularidad, entre ellos el examen pélvico y la prueba de Papanicolaou. Las mujeres que han tenido resultados consistente mente normales en la prueba de Papanicolaou podrían preguntarle al médico con qué frecuencia deben hacerse la prueba de Papanicolaou.

Las mujeres que han tenido una histerectomía (cirugía en la que se extrae el útero, incluyendo el cuello del útero) deben consultar con su médico acerca de si tienen que seguir haciéndose pruebas de Papanicolaou con regularidad. Si la histerectomía se llevó a cabo debido a una condición precancerosa o cancerosa, tendrán que seguir sacándose muestras del final del canal vaginal para determinar cambios anormales. Si el útero (incluyendo el cuello del útero) ha sido extraído debido a una condición no cancerosa como fibromas, las pruebas de Papanicolaou rutinarias pueden no ser necesarias. Sin embargo, sigue siendo importante que la mujer continúe teniendo exámenes ginecológicos con regularidad como parte del cuidado de su salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Cunningham G, et al. Exploracion Abdominal. En: Obstetricia de Williams. 22a Ed. México: Editorial Mc Graw-Hill Interamericana, 2006. 566,
2. 4. Schwartz R et al. Examen clínico general. En: Obstetricia. 6ta Ed. Buenos Aires: Editorial El Ateneo, 2005.

CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACION

Después de haber revisado los contenidos de la I Unidad de Aprendizaje, responde las siguientes preguntas:

1. Describir las Maniobras Exploratorias del examen abdominal en la mujer gestante.
2. Mencione las Maniobras de Leopold.
3. ¿Por qué crees que la auscultación fetal tiene importancia durante el Examen Clínico Obstétrico?
4. Definir los tipos de Actitud Fetal.
5. Defina los diámetros de la pelvis materna.
6. ¿Qué análisis se solicita en una mujer gestante y cuáles son sus valores normales?
7. Por qué es importante solicitar en Papanicolaou en una mujer gestante?



**CAPITULO
4**

IV UNIDAD:

***MODIFICACIONES DEL
ORGANISMO MATERNO***

MODIFICACIONES GENERALES

MODIFICACION EN PIEL Y ANEXOS:

La Pigmentación de Piel: Es característico de toda mujer embarazada se presenta en la cara (frente, pómulos, alas de la nariz, labio superior) denominado “Máscara Gravídica o Cloasma”. También en los senos, en el abdomen (línea media), órganos genitales externos, en región perineal y muslos. Es por la superproducción de hormonas: Melanotropa o Melanófora.

2. **Estrías:** Se presentan en el abdomen y región lateral de la cadera, son originadas por la distensión de la piel, por la ruptura del tejido conjuntivo elástico, se dice que las de color violáceo se presentan en las nulíparas y de color nacarado en las multíparas.

3. **Las Glándulas Sudoríparas y Sebáceas:** Aumentan su actividad durante el embarazo, por lo que aumenta la sudoración de mamas, piel y pliegues cutáneos.

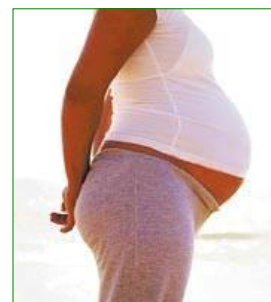
4. **Tejido Celular Subcutáneo:** Se engrosa en el área de la cara de la embarazada, por la desaparición de la finura del rostro se vuelve más tosca y más llena.

5. **Crecimiento rápido de Uñas y Pelo:** Produce adelgazamiento y reblandecimiento de uñas, eritema (enrojecimiento de palmas de las manos, plantas de los pies, debido al incremento de la circulación sanguínea)



MODIFICACIONES DEL SISTEMA ESQUELÉTICO:

El aumento de peso de la embarazada determina la sobrecarga para el sistema esquelético, muscular y articular. Resiste al final del embarazo hasta el 20% de sobrepeso. El aumento del peso uterino produce “lordosis lumbar” como mecanismo para compensar al centro de la gravedad de la gestante. La posición y la marcada proyección de la cabeza y el tronco hacia atrás produciéndose una “marcha lenta y pesada” y como consecuencia son comunes las lumbalgias, dorsalgias.



El Crecimiento de los Huesos: En mujeres jóvenes los estrógenos aumentan la actividad osteoblástica, provocando el crecimiento de huesos. Hay mayor movilidad por el reblandecimiento de las articulaciones por acción de la hormona relaxina.

MOLESTIAS: Vicios posturales, dorsalgia por tensión muscular, espasmos.

ACCIONES: Corrección postural, ejercicios moderados, usar zapatos de tacos bajos y finos, colchón duro, calor local, masajes, usar fajas de maternidad.

Músculos: Hay hipertrofia, hiperplasia por aumento de estrógenos, mayor fragilidad debido al

reducido índice de calcio sérico, con relación al aumento del fósforo en suero, provocando “calambres”.

ACENTUADA EXCITABILIDAD: Falta de oxígeno en los músculos por irrigación deficiente. Se aconseja a la gestante que flexione lentamente los pies para alargar los músculos de los pies. Reducir temporalmente la ingesta de fósforo y consumir leche; aumentar el calcio sin fósforo.

MODIFICACIONES DE LA TEMPERATURA:

Se mantiene alta durante los 3 primeros meses por acción de la progesterona ovárica. Pero ya traía elevada en la fase estrogénica y desciende a las 14 semanas de gestación. Aumenta de 3 a 4° C. La progesterona placentaria no tiene la acción hiperluteinizante de la progesterona ovárica. La T° basal aumentada puede tener proyección para el control y pronóstico de la gestación.

MODIFICACIONES DEL PESO:

Al final del embarazo aumenta un total de 9 – 12 Kg. Este peso es atribuible al peso del feto, la placenta, útero, líquido amniótico, aumento pequeño a las alteraciones metabólicas en especial retención H2O y depósito de cantidades de grasa y proteínas.

La gestante en los primeros meses baja de peso, en el 2do trimestre debe aumentar de 4.500 a 5.000 Kg. o 1.500 Kg. Mensual. Más o menos 400 gr. por semana. En el 3er trimestre debe aumentar 5.000 Kg pero en las últimas semanas el peso debe ser escaso, el aumento excesivo nos pone en alarma (preeclampsia).

Distribución del Peso:

➤ Peso:	3.500 Kg.
➤ Placenta y membranas:	600grs.
➤ Líquido Amniótico:	1.000 Kg.
➤ Mamas:	800 grs.
➤ Volumen sanguíneo:	1.000 Kg.
➤ Agua retenida:	2.400 Kg.
TOTAL	10.300 Kg.



MODIFICACIONES DEL APARATO RESPIRATORIO:

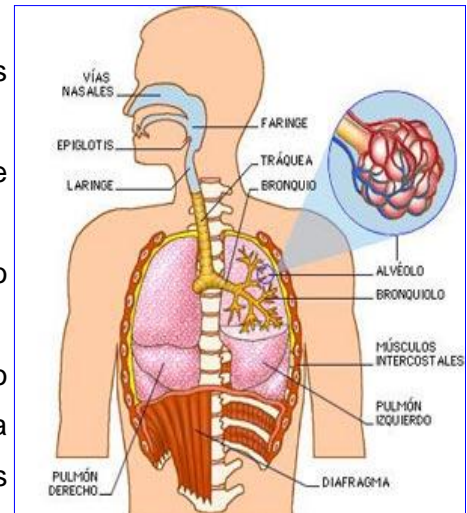
En la mucosa nasal y faríngea hay tumefacción hiperemia y edema. En ocasiones las molestias son: rinorrea, congestión nasal, ronquera, etc. En el embarazo hay cierto grado de hiperventilación, estando la paciente en reposo.

Aumenta la frecuencia respiratoria: hiperexcitabilidad de los centros neuro reguladores de la respiración.

Por la elevación de la progesterona en el embarazo tiene acción directa aumentando la ventilación pulmonar.

Elevación del diafragma en el final del embarazo de 3 a 4 cm lo que disminuye la capacidad torácica.

Hay aumento del diámetro en la base, se evidencia incremento de la circunferencia torácica que al final del embarazo aumenta de 6 cm. (es debido a los relajamientos de los ligamentos intercostales).



El tórax es ensanchado en su base y hace que la respiración sea costal. Durante el embarazo después de las 20 semanas hay aumento de la respiración y ventilación alveolar.

En las embarazadas en los primeros trimestres el 60–70% presentan “disnea” y no ocasionan restricciones en su actividad.

Cambios Fisiológicos de la Respiración: **tenemos 3 factores:**

- El crecimiento uterino progresivo hace que el diafragma se desplace hacia arriba.
- Los cambios hormonales aumentan a nivel de progesterona sérica.
- Aumento del volumen sanguíneo en el gasto cardíaco.

MODIFICACIONES DEL APARATO DIGESTIVO:

Casi el 90% de las mujeres presentan síntomas gastrointestinales, aunque la mayoría son síntomas leves.

Las molestias son: apetito disminuido, náuseas, vómitos matutinos debido a los estrógenos y a las gonadotropinas coriónicas.

En el apetito puede haber trastornos y aversiones frente a los alimentos, como pica (la etiología es desconocida).

Tumefacción o hiperemia de las encías.

Aumenta las caries provocando gingivitis (etiología desconocida). Es debido a las hipovitaminas “C”, elevada cantidad de estrógenos.

Intestino Delgado: Durante el embarazo asciende y va tener menos movilidad pero la absorción de los nutrientes del hierro es normal.

Intestino Grueso: También asciende hacia el hipocondrio derecho. Hay estreñimiento producido por la compresión y desplazamiento del útero. Mejorar con la alimentación, tomar bastante líquidos.

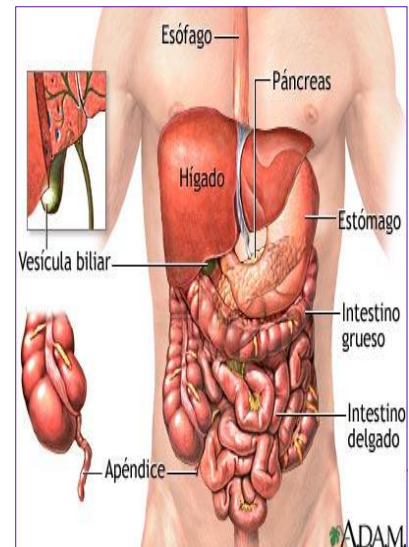
Apéndice: También se desplaza hacia arriba. Etiología: Posiblemente por efectos mecánicos del útero en expansión y aumento de la progesterona.

Estómago: Las secreciones gástricas y la motilidad intestinal están alterados en grado variable, hay reducción del ácido clorhídrico libre y las secreciones de la pepsina. La pirosis es causada por el reflujo de las secreciones hacia el tercio inferior del esófago. Existe disminución del tono y motilidad del tracto gastrointestinal que conduce a una prolongación de la evacuación gástrica e intestinal.

Vesícula Biliar: Está alterado, pierde motilidad, por lo que predispone a formación de cálculos biliares, hay dificultad en la expulsión de la bilis. Los progestágenos producen hipotermia. Las molestias son "Litiasis biliar".

Páncreas: Debido a los Islotes de Langerhans hay hipersecreción, hiperactividad de la insulina (glucosuria), aumenta su tamaño, por lo tanto aumenta la producción de insulina (estado pre diabético) aumenta en el 3º trimestre. Puede presentarse diabetes gestacional.

Hígado: Sobre todo la función hepática es normal. Disminuye las concentraciones séricas de globulinas en el 3º trimestre. Es el órgano de mayor economía y desde el punto de vista metabólico es el más complejo. La posición se modifica en los últimos meses de gestación es llevado hacia arriba, atrás y a la derecha

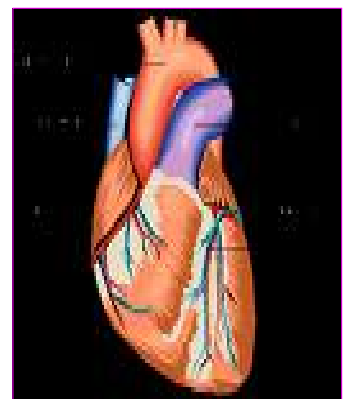


MODIFICACIONES DEL APARATO CARDIOVASCULAR:

Corazón:

Hay modificaciones anatómicas; se desplaza hacia la izquierda y arriba ocupando una posición horizontal. Radiológicamente hay aumento de la silueta cardiaca, aumenta su diámetro transversal del tórax, elevación del diafragma.

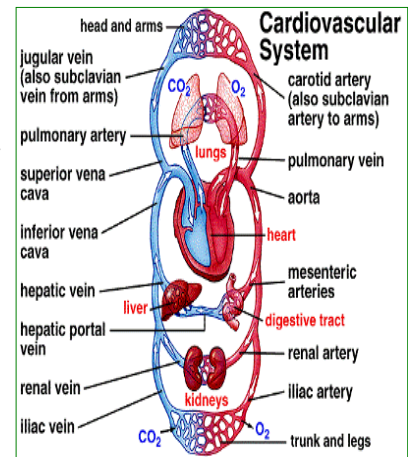
- ⤴ Elevación del gasto cardiaco a partir de más o menos 10 sem. y máximo de 24 a 28 sem. De gestación y se mantiene alto hasta el parto.
- ⤴ VOLUMEN PLASMÁTICO: Aumenta y después lo hace el volumen de hematíes pero en menor grado causando " hemodilución fisiológica del 2do trimestre.
- ⤴ PRESIÓN VENOSA: Aumento de la presión en venas en la porción superior del cuerpo debido a la compresión de la vena cava por el útero ocupado lo que se explica varices y venas en miembros inferiores.
- ⤴ En la embarazada la P.A tanto la sistólica como la diastólica no se modifica. Si aumentan 30 mm Hg. ó 15 mm Hg. Es índice de anormalidad.



- ✦ En la gestante el pulso aumenta en 10 latidos por min.
- ✦ AUSCULTACION :Soplos funcionales es de 30 a 40 % se debe a).-modificaciones anatómicas..b).- Disminuye la viscosidad sanguínea, c).- incrementa el gasto cardiaco.
- ✦ Aumenta la turbulencia de la sangre.
- ✦ Aumenta la frecuencia del pulso en reposo, más o menos 10–15 latidos por minuto

Circulación:

La presión arterial desciende ligeramente en el II trimestre y se eleva en el en el III trimestre; sufre cambios con las posturas. Aumenta la presión venosa en el hemicuerpo inferior por compresión del útero a la vena cava inferior y venas pélvicas, lo cual causa retardo del retorno venoso. La compresión de la arteria aorta produce una menor presión de la arteria uterina en decúbito supino (dorsal).



MODIFICACIONES DEL APARATO URINARIO:

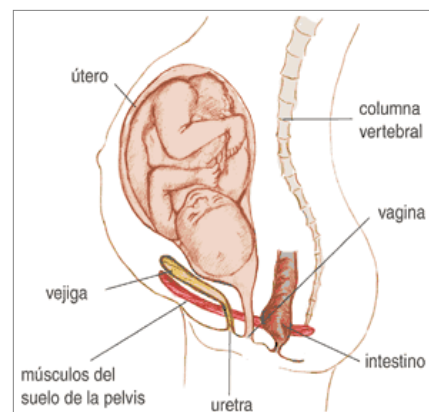
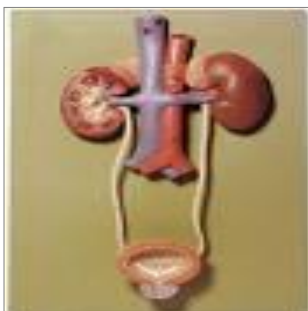
Riñón:

Cambios funcionales: La filtración glomerular y el flujo plasmático renal están aumentadas, las pruebas funcionales pueden alterarse en la gestación. Disminuyen la urea y creatinina plasmática por aumento de la filtración glomerular. En la orina habrá glucosuria variable (diabetes), pérdida de aminoácidos y vitaminas hidrosolubles.

Cambios fisiológicos: La dilatación de los uréteres cálix y pelvis renal se produce por efecto de la progesterona placentaria a partir de las 18 semanas y compresión mecánica útero gravídico es otro factor que contribuye a la “Dilatación y estasis de orina” es debido a la alteración y aumento de la frecuencia de las infecciones del tracto urinario.

Vejiga urinaria: Hay Hipertrofia en su pared, congestión y edema en la mucosa del trigono, disminuye su tono y setorna flácida al final del III trimestre hay compresión de la presentación fetal, que altera el drenaje linfático y sanguíneo produciendo edema, trauma e infección.

Uretra: Hay alojamiento debido a la progesterona y la relaxina.



MODIFICACIONES HEMATOLOGICAS:

Nº de Glóbulos Rojos: la Cantidad de Hb y Hto disminuye en el 2do mes al 6to mes de gestación donde se mantienen en los mismos niveles hasta el final de la gestación. El CPN es importante para la administración de elementos necesarios, no caer en la “Anemia fisiológica”

Leucocitos: Aumenta en el 2do mes al 6to mes de gestación las cifras son de 10,000 a 12,000 mm³ se mantiene hasta el final de la gestación, en el parto es de 15,000 a 18,000 mm³, en el puerperio llega hasta 25,000mm³. * Entonces hay leucocitos fisiológicas en el embarazo, parto y puerperio no caer en error.

Volumen sanguíneo: Aumenta a 1000 cc y se atribuye a Hb, Hematíes disminuido por dilución denominado como Hipervolemia con “Oligocitemia Fisiológica” pero no debe adaptarse como normalidad teniendo en cuenta las necesidades respiratorias es mayor en el feto

Las concentraciones de Proteína totales disminuye a base de albúminas, las glubulinas aumentan por eso la velocidad de Sedimentación esta acelerada en el embarazo por lo tanto pierde el valor de Diagnostico

La coagulación de la sangre: No se modifica al final del embarazo se encuentra “Hipercoagulabilidad”, protombina aumentada. El fibrinógeno es de 200 a 400 mg x 100cm³ en el embazo llega hasta 600mg.x cm³ Hemostasia Adecuada: se consigue interacción entre la pared vascular, plaquetas, sistema de coagulación y sistema fibrinolítico.* Pared Vascular: participa la Hemostasia a través de la “Vaso-constricción”.

Plaquetas: Es importante para la formación del primer coágulo hemostático, las cifras de plaquetas en la embarazada permanecen sin modificaciones.

Sistema Hemostático: Valorar entre la pared vascular plaquetas (tiempo de hemorragia) recuento plaquetario, el tiempo de protombina, tiempo de tromboplastina parcial y estado de la fibrinólisis. Fibrinógeno; el tiempo de protombina es de 10 a 20 seg. En el embarazo aumenta.

MODIFICACIONES EN EL METABOLISMO

El metabolismo aumenta en el 15 a 20% debido a mayores demandas energéticas del feto y aumenta la actividad de los órganos maternos.

Metabolismo Acuoso: lo normal retiene H₂O y electrolitos en cantidades necesarias para el feto en desarrollo. En el embarazo termina conteniendo H₂O del feto. Placenta, líquido Amniótico aumenta 3.5 cc litros; 3 litros incrementan el volumen sanguíneo materno, tamaño uterino y mamas. Lo normal retiene H₂O 6.5 litros (retención, de líquidos edema en tobillos - “edema generalizado”) que afinar del día el edema es causado por el aumento de la presión venosa a miembros inferiores.

La retención de sodio, aumenta en el 2do y 3er trimestre aumenta el agua extracelular de 6.6 litros.

Metabolismo de Hidratos de Carbono: Es frecuentes en el embarazo. El 1.3 % de la gestante muestran intolerancia a la glucosa.-La razón más importante de la embarazada es la tendencia a

la diabetes de mujer sintomáticas.

Aumenta la resistencia de la insulina que se produce en la gestación.-También aumenta la lipólisis, son alteraciones de la glucogénesis.

En las primeras semanas de gestación aumenta los estrógenos y progesterona materno, afecta el metabolismo de carbohidratos estimulando la hiperplasia de las células-pancreáticas y secreción de insulina a medida que el embarazo avanza los niveles de glucosa disminuyen con mayor incremento en la producción de grasa libres y cuerpos cetónicos.

Hay hipertrofia celular de los "Islotes Pancreáticas" y disminuye la respuesta insulina a la glucosa es así que conduce a la relativa hipoglicemia en ayunas.

En el 2da mitad de embarazo el metabolismo de carbohidratos se altera por la gonadotropinas coriónica humana de la placenta, de la prolactina de origen decidual pituitaria del cortisol y del glucagón estas hormonas disminuyen la tolerancia a la glucosa.

Metabolismo Proteico: Los productores de la concepción son ricos en proteínas. En el embarazo aumenta los requerimientos de proteínas para la reparación de tejidos, los que se añaden al crecimiento uterino, placenta, feto, mamas y el vol. Hemático. Se debe adicionar 10 gr por día, la mayoría de las proteínas son de procedencia animal como: leche, queso, carne, pescado, etc.

Metabolismo de Lípidos: Los ácidos grasos libres plasmáticos disminuyen en la mitad del embarazo incrementan a los 30 días al término. Aumenta los triglicéridos plasmáticos. En el 3er trimestre la hipertriglicemia se debe al aumento de lipoproteínas de menor densidad. Aumenta las concentraciones de colesterol de fosfolípidos.

MODIFICACIONES DE LAS GLANDULAS ENDOCRINAS:

Durante la gestación el organismo materno esta saturado de hormonas producidas por:

1. Propio sistema endocrino.
2. Cuerpo amarillo gravídico
7. La placenta

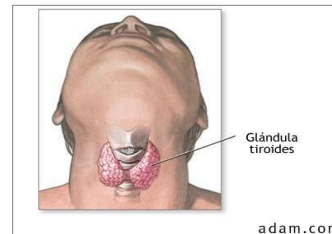
Por medio de sustancias liberadoras coordina los centros reguladores del Sistema endocrino.

Hipotálamo: Situado en la base del cerebro por debajo de los talamos, funcionalmente coordina los centros reguladores del sistema endocrino con funciones de liberación y de inhibición

Hipófisis: es una glándula endocrina situada en base del cerebro sobre la silla turca del esfenoideas, unida al hipotálamo por el tallo hipofisiario. Tiene 2 partes de lóbulos: L. anterior, L. Posterior retro hipófisis. Aumento de tamaño que comprime el quiasmo óptico. La secreción de hormona de crecimiento disminuye.

Lóbulo Anterior o Adenohipofisis: Aumenta su tamaño presenta mayor vascularización En las primeras etapas de la concepción hay todavía actividad gonotrofica, anterohipofisiario, que estimula al cuerpo amarillo gravídico hasta el 3er o 4to mes, produce:

1. Hormona estimulante de Tiroides (TSH)
2. Hormona Adenocorticotropa (ATCH) (Corticotropina)
3. Hormona de crecimiento somatotropina (STH)
4. Hormona estimulante de melanocitos (MSH)



Tiroides: Agrandamiento por hiperplasia y vasculatura. La hormona tiroidea se eleva en el 2º mes a 7 -12 mgr/100 cc y se mantiene en meseta hasta el parto. desde el segundo mes hasta el 6to mes duplica su tamaño

Paratiroides: No se sabe su rol y función durante la gestación. El calcio ionizado (ca ++) en sangre regula la secreción de hormona por retroalimentación.

Hormona Adenocorticotropa (ACTH): la sangre es elevada, se debe al aumento de glucocorticoides, aumenta cuando avanza el embarazo alcanzando la determinación de los 17 Hidroxicorticoides.

Suprarrenales: Hipertrofian aumentando la actividad funcional, la hipófisis anterior produce ACTH que estimula las suprarrenales, que aumenta a su vez la producción de Noradrenalina, Mineral corticoides y glucocorticoides.

Hormona Melanóforo (MSH) :Se produce la placenta o la hipófisis aumentando la pigmentación en la gestación Esta glándula produce importante hormona gonadotropinas que actúan de manera esencial en el ciclo genital que son denominadas:1.Ganodotropinas Folículo Estimulante (FSH) 2. Gonadotropinas Luteinizante (LH) 3.Prolactina (H Luteotrofica,H Lactogeno)

HORMONA QUE SEGREGAN DURANTE EL EMBARAZO

Cuerpo Amarillo: Permanece activo aparte del estrógeno progesterona siendo importante en la evolución de la gestante.

Estrógenos: Elevada cantidad de estrógeno durante el embarazo sensibiliza al útero aumentando la cantidad de “actomiocina” (protección contráctil) del miometrio y agranda la cantidad uterina mas vascularizada, aumenta elasticidad y vasculación de la vulva-vagina aumentando la Tº en el embarazo.

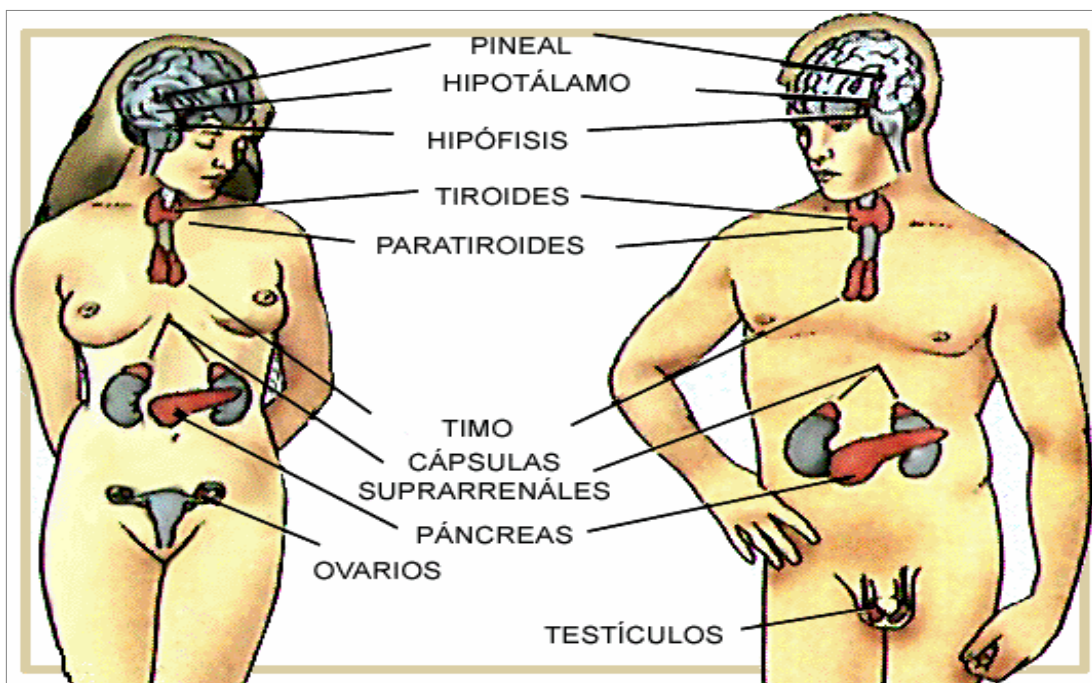
Progesterona: Circula en cantidades elevadas durante el embarazo y aumento progresivo hasta el final de la gestación, en el parto disminuye. Su función reposa en el útero gravídico e impide la ovulación mientras dura la gestación.

Relaxina: en el embarazo hay relajación de la sínfisis pública, articulación sacroilica y reblandecimiento del útero y cuello del mismo.

Gonadotropina Coriónica: aumenta hasta la 8va sem. de gestación y el pico más alto es a las 10 sem. de gestación, e inicia la disminución a las 17 sem paulatinamente hasta producirse el parto.

En el embarazo actúa el cuerpo amarillo hasta el 4to mes luego actúa la placenta, libera la hormona Gonadotropina Coriónica

Acción: estimula al cuerpo amarillo para que este produzca estrógenos y progesterona hasta el 4to mes. Luego la placenta produce hormonas: los estrógenos, su origen es el sincitiotrofoblasto; y la progesterona, su origen es el citotrofoblasto. Relaxina: en el embarazo hay relajación de la sínfisis pública, articulación sacroilica y reblandecimiento del útero y cuello del mismo-En el embarazo actúa el cuerpo amarillo hasta el 4to mes luego actúa la placenta.



MODIFICACIONES LOCALES

La acción de las distintas hormonas antes mencionadas y en particular de los estrógenos y la progesterona, es la responsable directa de la mayoría de cambios que experimenta el cuerpo de la mujer embarazada y que se manifiestan desde el útero hasta la piel.

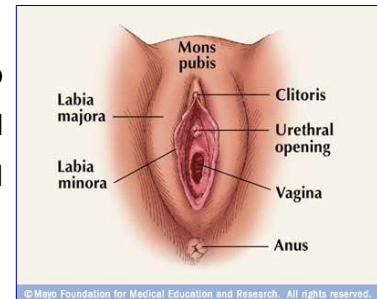
Es muy importante que toda mujer comprenda en qué consisten las modificaciones normales y aprenda a asumir su nueva condición; de esta forma entenderá lo que está ocurriendo con su cuerpo y podrá distinguir entre los cambios esperados, propios del embarazo, y otras alteraciones que podrían sugerir la presencia de algún problema o una enfermedad.

Las modificaciones locales se dan por efecto hormonal, aumenta la circulación de sangre en todos los órganos genitales de la mujer, incluyendo, por supuesto, la vagina y la vulva.

Esto se manifiesta por mayor lubricación vaginal y, con frecuencia, por un flujo blanquecino, de aspecto grumoso y casi siempre sin olor. Tal flujo se considera normal, pero cuando está acompañado de mal olor, ardor o es de color amarillento, hay que consultar al profesional, para descartar si existe o no una infección.

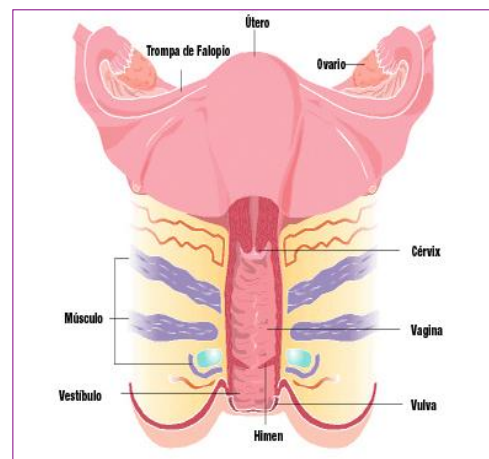
VULVA: Presenta hipertrofia de los labios mayores y menores, carúnculas prominentes. Las várices y varicosidades son frecuentes.

PERINÉ: La pigmentación se acentúa, hay hiperplasia del tejido elástico y relajación de los músculos de la pelvis, en particular del elevador del ano. Estos cambios preparatorios son para facilitar el pasaje del feto.



VAGINA: La capacidad aumenta considerablemente ampliándose longitudinalmente como anchura. Las paredes se reblandecen, el tejido elástico aumenta, lo que facilita la distensión; el tejido muscular experimenta hipertrofia e hiperplasia.

Aumenta también las papilas y los folículos así como las arrugas, pliegues transversales y el tacto dan una sensación áspera de vaginitis granulosa (colpitis-granular) El aumento la vascularización y la hiperemia en la piel, mucosa y músculos del perineo y la vulva, produce reblandecimiento del tejido conectivo que normalmente abunda en estas estructuras. El aumento de la vascularidad afecta principalmente a la vagina.



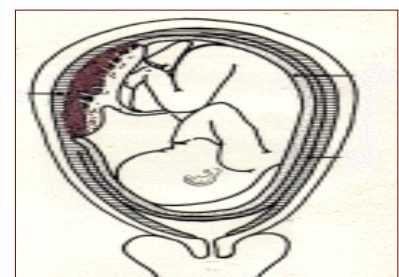
Posee durante el embarazo un color violeta característico (signo de Chadwick) ocurrido principalmente por hiperemia.

MODIFICACIONES QUÍMICO- BIOLÓGICAS: Secreción vaginal, aumenta su aspecto blanco grumoso, el PH disminuye el valor es de 4 a 3,8 debido a la acentuada producción de ácido láctico.

MODIFICACIONES. BACTERIOLÓGICAS:

La presencia de gérmenes en la vagina abarca toda su extensión desde el introito hasta el orificio cervical externo.

SEGMENTO INFERIOR (ITSMO): Se distiende durante la gestación y parto, se forma a partir de las 14 y 16 semanas y se intensifica a las 24 sem. Mide de 7 a 10 cm. Al término de su formación y se debe su crecimiento por los ligamentos uterosacro.



GENITALES EXTERNOS Y VAGINA

Por efecto hormonal, aumenta la circulación de sangre en todos los órganos genitales de la mujer, incluyendo, por supuesto, la vagina y la vulva. Esto se manifiesta por mayor lubricación vaginal y, con frecuencia, por un flujo blanquecino, de aspecto grumoso y casi siempre sin olor.

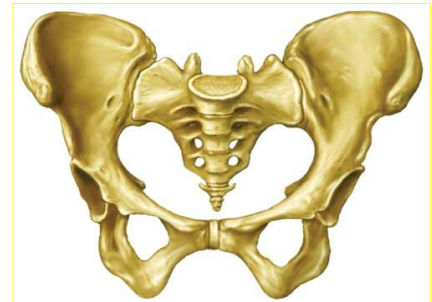
Tal flujo se considera normal, pero cuando está acompañado, mal olor, ardor o es de color amarillento, hay que consultar al Obstetra, quien muy seguramente tomará una muestra para establecer si existe o no una infección.

TROMPAS DE FALOPIO:

Durante la gestación experimentan escasa hipertrofia de su musculatura. El epitelio de la mucosa se aplana, comparado al estado no grávido. En el estroma se pueden observar células deciduales.

OVARIOS: Durante el embarazo no maduran folículos en los ovarios y , por lo tanto, cesa la ovulación. El cuerpo lúteo, formado en uno de los ovarios, tiene por función la adaptación materna al embarazo, la implantación del blastocito, la placentación y la mantención del embarazo hasta que la placenta asuma su control

PELVIS: El aumento hormonal durante la gestación en particular de los estrógenos y relaxina se asocian a la relajación del aparato ligamentoso. Esta acción hormonal es responsable del reblandecimiento en la sínfisis pubiana y las articulaciones sacro ilíacas.



MODIFICACIONES DE LOS GENITALES INTERNOS

1) CUELLO UTERINO

Durante el embarazo es importante por su valor diagnóstico para la gravidez.

Morfológicamente se observa:

Aspecto Rosado - Cianótico

Forma Redondeada – modificable

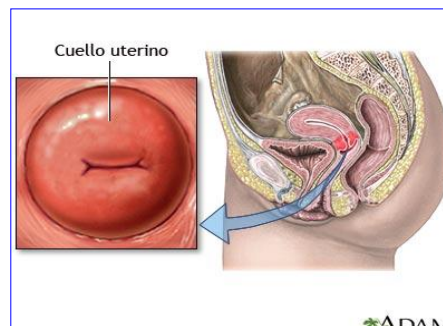
Situación: Pre parto (posterior), Parto (central)

Longitud: 3 a 5 cm.

Orificio Interno, Externo modificable

OI - OE cerrado (primíparas)

OI - OE dehiscente (múltiparas)



CARACTERISTICAS FUNCIONALES:

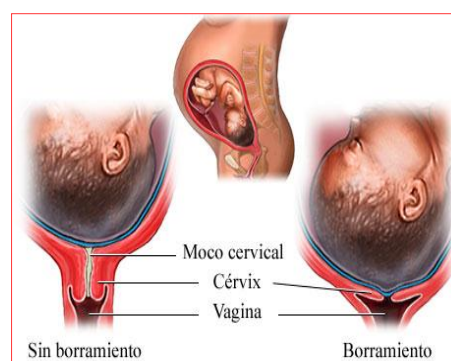
Extensible: proceso dilatación.

Sensible: pinzamiento, distensión.

Irritable: transmite excitaciones al cuerpo en forma de contracciones uterinas.

Retráctil: cierre después del parto.

Borramiento: desaparición del cuello (parto)



TRAYECTO CERVICAL:

EL TAPÓN MUCOSO:

Proviene de la hipersecreción de las glándulas cervicales y células calciformes.

Dentro del trayecto del moco cervical se encuentran tres zonas: Inferior, Media, Superior.

Zona Inferior: Existen gérmenes y leucocitos.

Zona Media: Leucocitos.

Zona superior: No existen gérmenes, leucocitos.

El tapón mucoso funcionalmente sirve de barrera defensiva al ascenso de gérmenes hacia la cavidad uterina.

2) ÚTERO

El útero no Grávido de una nulíparas mide 7-8 cm de longitud, 4-5 cm de ancho y 3-4 cm en sentido anteroposterior, pesa alrededor de 70 grs. Su forma es comparable a la de una pera aplanada e invertida revestida de peritoneo en su mayor parte, Se describen en él dos segmentos:

Cuerpo: Ensanchado y aplanado de adelante hacia atrás, su parte superior constituye el fondo del uterino.

➤ La posición normal del útero en la pelvis se denomina Anteversoflexión.

MODIFICACIONES ANATOMICAS E HISTOLOGICAS:

CUERPO:

Hipertrofia e hiperplasia (doble mecanismo)

- ✦ Adaptación al crecimiento del huevo que aloja.
- ✦ Determinada influencia hormonal.
- ✦ Volumen aumentada 24 veces.
- ✦ Capacidad es de 500 veces correspondiente a un volumen de 4- 5 litros. Debido a la extensibilidad de la pared (masa fetal- cantidad de líquido amniótico)
- ✦ Peso es de 60 gr. a 1 Kg.
- ✦ Dimensiones se modifican elevándose en altura: 32 a 35 cm.
- ✦ Espesor de la pared aumenta (hipertrofia de 2,5-3 cm).
Disminuye al final de la gestación debido a la sobre distensión.
- ✦ Se eleva a 1 litro el volumen sanguíneo: este aumento se debe al desarrollo de fibras musculares espiraladas de su cuerpo por distensión haciéndose paralelas las fibras externas.

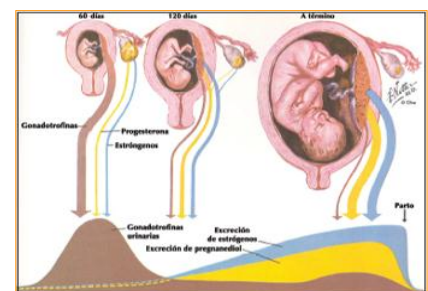
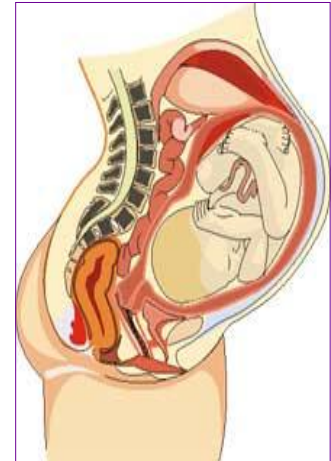


Figura 9: Variación de los niveles de estrógenos y progesteronas a lo largo del embarazo. Tomado de Netter (29).

MODIFICACIONES FUNCIONALES DEL MUSCULO UTERINO:

✦ Elasticidad:

Aumenta considerablemente como lo demuestra la extensibilidad, por lo que el útero eleva su capacidad hasta los límites mecánicos para impedir su ruptura y la contractilidad que le permite involucionar a su estado primitivo después del parto, la sensibilidad es nula.

✦ Irritabilidad o Excitabilidad:

Útero aumenta a medida que el embarazo avanza .

✦ Retractilidad:

Estado de contracción permanente, el útero reduce su extensión a medida que se evacúa.

✦ Involución:

Es casi homóloga de la retracción donde el útero se encuentra en estado primitivo.



3) OVARIOS:

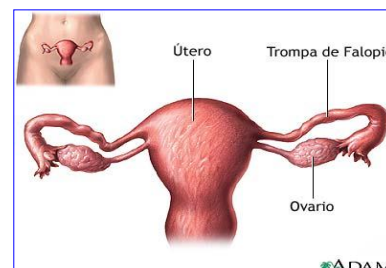
Presentan hipertrofia, congestión y edema en uno de los ovarios crece el cuerpo amarillo grávido, en el sitio que salió el óvulo y que fue fecundado

Su mayor tamaño es entre las 9 -17 semanas para luego desaparecer, da lugar al Corpus Albicans.



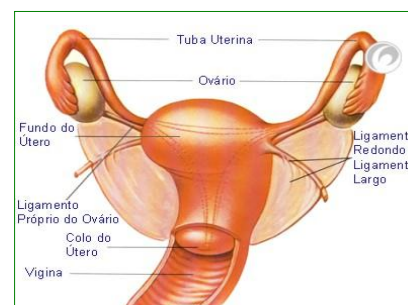
4) TROMPAS UTERINAS:

Presenta hipertrofia con mayor irrigación sanguínea. El crecimiento del útero producido cambia la posición de las trompas, que se dispone en forma oblicua o perpendicular al costado del útero durante la gestación



5) LIGAMENTO UTERINO:

Los ligamentos útero - sacros y redondos sufren hipertrofia debido a los cambios durante la gestación.



CAMBIOS EN LAS MAMAS:

Durante el embarazo la glándula mamaria se prepara para cumplir, después del parto, con su función primordial, la secreción de leche. Las modificaciones en la glándula se producen por la interacción de varias hormonas presentes durante este período. Se caracteriza por:

- ⤴ El aumento del tamaño y turgencia de las mamas.
- ⤴ La areola del pezón más pigmentada y convexa.
- ⤴ Aumento de los tubérculos de Montgomery (puntos alrededor del pezón).
- ⤴ Red venosa subdérmica marcada (red de Haller).
- ⤴ Posible salida de calostro por el pezón a la compresión.

El crecimiento de la mama continúa durante toda la gestación. El continuo crecimiento del tamaño mamario durante la segunda mitad del embarazo se debe a la progresiva dilatación alveolar producida por el calostro y la vascularización.



REFERENCIA BIBLIORAFIA

1. Cunningham F et al. Modificaciones Generales y Locales. En: Williams Obstetricia. 22 ed. México: Mc Graw Hill Interamericana, 2006: 51, 67.
2. Schwartz R et al. Modificaciones Locale. En: Obstetricia. 6ta Ed. Buenos Aires: Editorial El Ateneo, 2005.

CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACION

Después de haber revisado los contenidos de la IV Unidad de Aprendizaje, responde las siguientes preguntas:

1. **¿Cómo es la distribución del peso en la mujer durante el embarazo?**
2. **Menciones tres modificaciones del Aparato Digestivo, Cardiovascular, Urinario y Hematológico.**
3. **¿A qué se debe el aumento del metabolismo durante el embarazo?**
4. **Mencione las modificaciones más importante de los genitales interno y externos de la mujer gestante.**