



**Nombre de alumnos: Mayra
Jeannette Ramírez Santiago**

**Nombre del profesor: María del
Carmen López Silba**

Nombre del trabajo: Resumen

**Materia: Enfermería en el cuidado de
la mujer**

Grado: 4º cuatrimestre

Grupo: “B”.

Comitán de Domínguez Chiapas a 13 de noviembre de 2020.

Asistencia y cuidados en el embarazo.

Planificar el embarazo y cuidarse antes de quedar embarazada, es lo mejor que puede hacer la mujer por su salud y la de su futuro hijo. El control prenatal debe estar dirigido a la detección y control de factores de riesgo obstétrico, a la prevención, detección y tratamiento de patologías intercurrentes con el embarazo.



La unidad de salud debe promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando en las primeras 12 semanas de gestación. De acuerdo al siguiente calendario:
1^{ra}. Consulta: en el transcurso de las primeras 12 semanas.

2da. consulta: entre la 22-24 semanas.

3a. Consulta: entre la 27-29 semanas.

4a. Consulta: entre la 33-35 semanas.

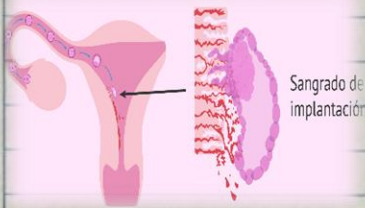
5a. Consulta: entre la 38-40 semanas.

La prolongación del embarazo después de las 40 semanas requiere efectuar consultas semanales adicionales con el objetivo de vigilar que el embarazo no se prolongue más allá de la semana 42.



Principales complicaciones durante el embarazo.

Aborto: Expulsión o extracción de un embrión o de un feto de menos de 500 gramos de peso (aproximadamente 22 semanas de embarazo) o de otro producto de gestación de cualquier peso o edad gestacional absolutamente no viable independientemente de si hay o no evidencia de vida o si el aborto fue espontáneo o provocado.



Sangrado por implantación:

Se trata de una hemorragia escasa, en cantidad menor a una menstruación, que ocurre en casi la mitad de las embarazadas entre las semanas 4ª y 6ª. No se asocia a peor pronóstico de la gestación, por lo que no se trata de una menarca de aborto.

Embarazo ectópico:

Se deben realizar la cuantificación de los niveles séricos de β -hCG. La sospecha de embarazo ectópico debe ser alta cuando por ecografía se objetiva un útero vacío y niveles de β -hCG > 1800 mUI/mL.



Los signos ecográficos para el diagnóstico de aborto diferido son:

- Ausencia de actividad cardíaca embrión con (LCC) > 5 mm.
 - Ausencia de actividad cardíaca en un embrión con LCC $> 3,5$ mm.
- Presencia de saco gestacional con un diámetro medio ≥ 20 mm sin polo embrionario ni saco vitelino en su interior.

Cambios de la mujer durante el embarazo.

Gestación molar: Sospechar ante niveles muy elevados de β -hCG, junto con el hallazgo ecográfico.

Normas generales antes del tratamiento:

Tras el diagnóstico de aborto espontáneo y antes de proceder a su tratamiento, se recomienda la realización de las siguientes medidas generales:

A. Anamnesis.

Orientada a enfermedades familiares y personales, y a antecedentes obstétricos que pudieran influir en el manejo terapéutico.

Valoración de posibles alergias:

Seleccionar aquellas mujeres que se beneficiarán de ayuda que no es la habitual en el manejo del aborto (historia psiquiátrica, entorno social, desfavorecido, presión social o familiar).



B. Exploración física:

Evaluar cuantía del sangrado, repercusión hemodinámica y descartar clínica de infección genital o sistémica. En la exploración obstétrica, valorar tamaño y posición uterina, así como el grado de maduración y/o dilatación cervical.

C. Hemograma:

Cuantificar hemoglobina y el hematocrito con el fin de descartar anemia basal o secundaria al sangrado.

° **Estudio básico de coagulación:** b. Grupos y Rh. Imprescindible para seleccionar a las mujeres que requieran profilaxis anti-D o en casos de anemia intensa que precisen transfusión. c. Pruebas cruzadas. No se considera efectiva su realización automática. d. Otras determinaciones. El cribado de hemoglobinopatías, HIV, hepatitis B o C se realizará en función de la clínica, factores de riesgo o prevalencia local de la enfermedad. Valoración.

Cambios de la mujer durante el embarazo.

El embarazo significa para la mujer el inicio de una nueva etapa en su vida, por lo que va a ser de gran importancia, aún cuando esta tuviera ya descendencia. Conocer los signos probables de este estado, los signos positivos que lo identifiquen y los síntomas que lo acompañan son de gran utilidad para un adecuado enfoque en su atención.

Es de importancia el diagnóstico precoz para que el equipo de salud garantice una atención y seguimiento adecuados y para que la futura mamá pueda llevar a cabo todas las acciones o acciones que favorezcan un buen estado de salud, tanto para la madre como para su hijo.

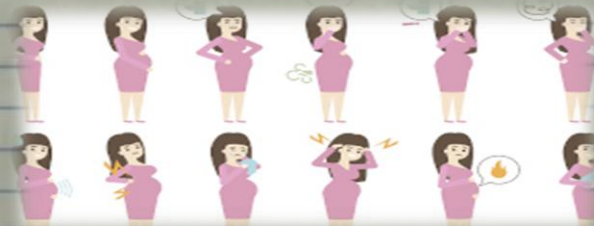


Durante el embarazo se van produciendo cambios en la mujer que dan lugar a signos y síntomas que pueden ser muy útiles.

Diagnosticar un embarazo no siempre es tan fácil, pero no es imposible si se utilizan los procedimientos y conocimiento de ma-

nera adecuada. Para realizar este diagnóstico hay que fundamentarse en determinados síntomas subjetivos y objetivos obtenidos de una detallada entrevista, el examen físico cuidadoso y procedimientos de laboratorio. Con esto se puede llegar a un diagnóstico positivo, probable o de evidencia presuntiva. Eventos que dificultan de un embarazo como son:

- ▶ La falta de ovulación por problemas emocionales.
- ▶ Cambio ambiental.
- ▶ Otras afecciones crónicas.



Cambios físicos en la mujer

Los cambios que se producen en las mamas son más característicos en las primigrávidas que en las multiparas. La coloración azul o rojo púrpuro de la mucosa vaginal preocupa el embarazo pero puede ser ocasionada por otro proceso de congestión intensa. El aumento de pigmentación de la piel y la aparición de estrías no son específicos de una gestación, ya que pueden ser asociadas con el uso de anticonceptivos. Los signos probables, son aportados por el examen físico y algunas investigaciones complementarias. Entre los signos que indican probabilidad de un embarazo son los que se detectan al examinar a la gestante, son más fiables que los signos subjetivos, pero no son diagnóstico de certeza, estos son:

1) El agrandamiento del abdomen.

2) Los cambios en el útero, en cuanto a la forma, tamaño y consistencia.

3) Los cambios en el cuello uterino (edematoso y con un contorno circular)

"Signo de Sellheim";

4) La detección de contracciones intermitentes del útero (contracciones de Braxton Hicks).

5) Signo de Hegar: ablandamiento del istmo uterino.

6) Signo de Chadwick: debido a un aumento de la vascularización de la región pélvica, la vagina y la vulva que adquieren una coloración rojo intenso o púrpura.

7) El pelotco: La delimitación del feto.

8) Los pruebas endocrinas.

En las primeras semanas, el aumento del útero se percibe en el diámetro anteroposterior, en periodos más avanzados experimenta otras transformaciones, como la blandura en el cuello y también contracciones palpables, no doloro-



Sas que se pueden estimular con el masaje. Alrededor de la mitad del embarazo se observa el pelotco fetal, que ocurre cuando este es pequeño aún, en comparación con el volumen del líquido amniótico y ante cualquier presión brusca en el abdomen se hunde y vuelve a su posición original. En la segunda mitad del embarazo se pueden palpar los límites del cuerpo fetal a través de la pared abdominal de la madre, pero esta prueba por si sola no es determinante, ya que unos miomas serosos suelen simular la cabeza de un feto u otra de sus partes.

Signos positivos de embarazo

Estos son 3:

- 1) La identificación del latido cardíaco fetal.
- 2) Los movimientos fetales activos.
- 3) Reconocimiento del feto (para lo que se utilizan las técnicas ecográficas y radiográficas).

Identificación del latido cardíaco fetal:

La frecuencia de los latidos del corazón fetal generalmente oscila entre 120 y 160 lat/min, se explora mediante auscultación, mediante el estetoscopio de Pinard hacia la 2ª mitad de la gestación.

Los movimientos fetales activos: Se detectan, aproximadamente, después de las 20 semanas de gestación a intervalos colocando la mano sobre el abdomen de la madre.

Reconocimiento del feto: El ultrasonido es un método auxiliar de diagnóstico, de vital importancia. Se realiza por vía transabdominal y transvaginal, y está indicado cuando: 1) existan dudas de la existencia de la gestación, si hubiera discordancia entre el tamaño del útero y el tiempo de amenorrea, si la fecha de la última menstruación es desconocida o dudosa, o cuando exista dificultad para realizar el tacto bimanual. Los rayos X están prohibidos por la OMB durante toda la gestación.



Cambios anatómofisiológicos y psicológicos.

Piel, pelos y uñas: Existe una vasodilatación periférica y de un mayor número de capilares, lo que hace que exista un mayor flujo sanguíneo hacia la piel de manos y pies. Durante la gestación se aceleran

la sudación y la actividad de las glándulas sebáceas, lo cual ayuda a disipar el exceso de calor originado por el metabolismo que es más activo en el embarazo. La piel se engruesa durante la gestación y se deposita grasa en el tejido celular subcutáneo. Las modificaciones hormonales también incrementan la pigmentación en la cara, los pezones, las axilas, las axilas y la vulva. Debido a la mayor fragilidad del tejido conectivo se puede producir diástasis por estiramiento (cotriás). Las estrías de gestación aparecen en abdomen, muslos y mamas durante el segundo trimestre de la gestación y se difuminan durante el parto, pero nunca llegan a desaparecer. En ocasiones, se presentan telangiectasias (arañas vasculares) en la cara, el cuello, el pecho y los brazos desde el segundo o quinto meses del embarazo, pero suelen remitir después del parto. Durante la gestación, el crecimiento del pelo se altera por las hormonas circulantes, cuyo resultado es la caída de este uno 3 o 4 meses después del parto, la totalidad del cabello es reemplazado de 6 a 9 meses. El acné vulgar puede agravarse en el primer trimestre del embarazo para mejorar en el tercero.

Cabeza y cuello: La glándula tiroides aumenta ligeramente de tamaño, en los ojos, las glándulas lagrimales se modifican durante la gestación, estos son más sensibles y secos. En oídos, nariz y garganta incrementa la vascularidad de las vías respiratorias altas, los capilares de la nariz, la faringe y las trompas de Eustaquio se ingurgitan.

Sistema Osteomioarticular (SOMA)

El aumento de las cantidades de hormonas circulantes coadyuva a la elasticidad de los ligamentos y al ablandamiento de los cartílagos de la pelvis. Se genera un incremento de la movilidad de las articulaciones sacro-ilíacas, sacro coccígea y sínfisis del pubis; unida a la inestabilidad de estas contribuyen a la marcha de pato característica en la última fase de la gestación. Para compensar el aumento de tamaño del útero, durante los últimos semanas del embarazo, se produce una progresiva lordosis y una flexión cervical compensatoria hacia delante, que intentan desviar hacia atrás el centro de gravedad sobre las extremidades inferiores. Los hombros cargados y el agrandamiento de las mamas exageran la curvatura de la columna.


Tórax y aparato respiratorio: Su frecuencia en las embarazadas aumenta de forma progresiva durante el embarazo. La progesterona influye, sobre la sensibilidad de la gestante a las concentraciones de CO_2 y provoca una hiperventilación conocida como la disnea de la embarazada. Aunque la función pulmonar no se afecta en el embarazo, las enfermedades del tracto respiratorio suelen ser más graves.

Corazón y vasos sanguíneos: El volumen de sangre materna aumenta más en los embarazos gemelares, debido a la elevación del volumen plasmático. Como el útero aumenta de tamaño y el diafragma se dirige hacia arriba durante la gravidez, la posición del corazón se desplaza hacia arriba y a la izquierda. La frecuencia cardíaca incrementa de forma gradual durante el embarazo, hasta superar los 10 a 15 lat/min al finalizar el tercer trimestre. La presión sanguínea disminuye en el segundo trimestre y luego se puede elevar. Varía con la posición de la mujer, es mayor cuando está sentada, menor en decúbito lateral izquierdo y media en decúbito supino.

Abdomen: Disminución en el tono y la motilidad de los músculos lisos, por un aumento en la producción de progesterona; disminuyendo el tiempo de vaciamiento gástrico provocando regurgitación esofágica. La vesícula se puede distender, reduciendo su vaciamiento y causando la bilis. Se reduce la actividad peristáltica, al desplazarse el colon lateralmente, hacia arriba y en sentido posterior. Como resultado de esto, los ruidos intestinales decrecen y abundan los estreñimientos, las náuseas y los vómitos. Existe tendencia a la formación de hemorroides por incremento del flujo sanguíneo hacia la pelvis, junto con la presión venosa. En los riñones existen cambios que conducen a la estasis urinaria, tales como: agrandamiento ligero durante el embarazo. Se manifiesta dilatación de la pelvis renal y de los uréteres por los efectos de los estrógenos y la progesterona, por la presión del útero y la acción de la volemia. La vejiga resulta más sensible a la compresión durante el embarazo, lo cual aumenta la frecuencia y urgencia en la micción en el primer y tercer trimestre.

Sistema hemolinfopoyético:

Durante el embarazo disminuye fisiológicamente la hemoglobina, como resultado del aumento del volumen sanguíneo, dependiente del incremento del plasma por encima de los eritrocitos. El número de leucocitos accien-

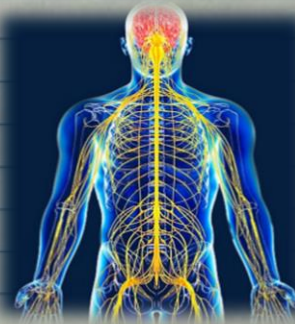


de durante la gestación desde valores normales de 7200 hasta 9400 células/mm³ en el primer trimestre, 10700 en el segundo y 10350 en el tercero. Las medidas grupales de concentración de inmunoglobulina G disminuyen ligeramente durante el segundo y tercer trimestre de la gravidez. Las defensas maternas están alteradas y condicionan que la gestante se

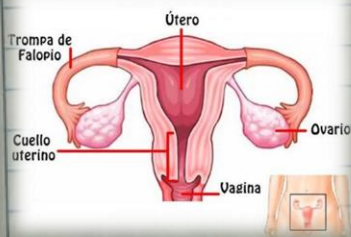
encuentre en una situación de mayor riesgo con referencia a ciertos tipos de infección como la neumonía bacteriana y la gripal. En el embarazo normal se producen cambios en los mecanismos homeostáticos, los cuales determinan condiciones particulares que promueven la activación de este sistema biológico ante estímulos, que en otra situación serían controlados de forma adecuada por el organismo y provocan la aparición de un estado de hipercoagulabilidad, en cuyo desarrollo participan elementos esenciales de mecanismo homeostático, tales como: el sistema de la coagulación, las plaquetas y el mecanismo fibrinolítico.

Sistema Nervioso:

Durante la gravidez ocurren cambios neurohormonales hipotálamo-hipofisarios, que se asocian con los procesos neurológicos propios de la gestación, sin embargo, los cambios fisiológicos más frecuentes que se pueden presentar durante el embarazo son: cefalea de contracción/tensión y acrocotiledo (hormigueo y entumecimiento de las manos).



Aparato reproductor femenino



Sistema reproductor:

El útero es el órgano donde se va a desarrollar el embarazo, inicialmente tiene una forma de pera y mide 7 cm de longitud, una capacidad de 10 ml a 5 ml (L). Por lo que, durante la gestación, va a ocurrir un crecimiento del órgano por cambios en el miometrio (capa muscular) y al aumentar las fibras musculares se hipertrofia e hiperplasia. Las necesidades del flujo

sanguíneo del útero aumentan en ovarios y trompas durante la gestación y la ovulación queda inhibida por el embarazo. El cuerpo lúteo aumenta de tamaño y produce mayor cantidad de estrógeno y progesterona durante las 10 o 12 semanas, momento en que la placenta se hace cargo produciendo las hormonas. Hay mayor irrigación en la vagina y periné por efectos estrógenos. En las mamas, los estrógenos y la progesterona producen hipertrofia e hiperplasia glandular preparándolas para la lactancia materna. Las mamas se hacen más sensibles al tacto, los pezones se hacen eréctiles con pigmentación oscura de la areola. Hay hipertrofia de los tubérculos de Montgomery.

Principales Moléstias

Durante el embarazo la mujer sufre de algunas molestias, estas son:

- 1) Náuseas y vómitos.
- 2) Cansancio.
- 3) Acidez gástrica.
- 4) Frecuencia urinaria.
- 5) Mareos y cefaleas.
- 6) Dolor pélvico.
- 7) Flujo vaginal.
- 8) Obstrucción.
- 9) Cloasma.
- 10) Estrías.
- 11) Varices.
- 12) Estreñimiento y hemorroides.
- 13) Dificultad al respirar.
- 14) Dolores de espalda.
- 15) Hinchazón.



Retraso menstrual



Cambios en los pechos



Náuseas o vómitos



Cambios en el olfato y el apetito

Cambios Emocionales

Los cambios emocionales en el embarazo, que viven las mujeres embarazadas, tienen una base hormonal. Se deben fundamentalmente a que los neurotransmisores del cerebro están alterados debido a que no reciben los mismos niveles hormonales de siempre.



Los niveles de progesterona y estrógenos se duplican y, por este motivo, la parte racional de la personalidad disminuye, a la vez que se refuerza la parte emocional. Estos cambios en los receptores de los neurotransmisores dan lugar a estados de ánimo, que cambian de modo repentino, pasando de alegría a llanto y se manifiestan en una mayor irritabilidad o mal humor, se notan en una hipersensibilidad. La mayoría de mujeres embarazadas presenta cambios de humor de forma brusca, pasando de alegría a la tristeza en solo unos minutos. Además, las embarazadas se caracterizan por presentar una mayor irritabilidad, siendo mucho más sensibles a situaciones que antes no les afectaban tanto. Estos cambios de humor son mucho más frecuentes en el primer trimestre de embarazo.

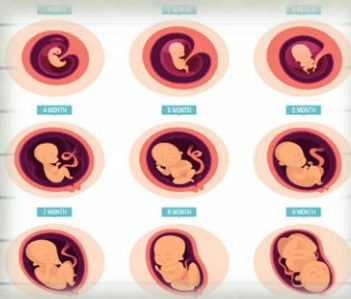


Valoración del estado fetal.

El conocer el bienestar fetal antes del parto resulta útil en las gestantes porque permite identificar la presencia en cualquier factor que pueda ser un riesgo que contribuya a la mortalidad fetal y neonatal.

Las pruebas de bienestar fetal se pueden clasificar en invasoras y no invasoras. Las que conforman el método clínico (auscultación del feto, evaluación de la ganancia de peso materno, medición de la altura uterina y el control de los movimientos fetales) y la valoración bioquímica (Alfafeto proteínas, progesterona, estrógeno-estradiol y lactogéno placentario).

Crecimiento fetal



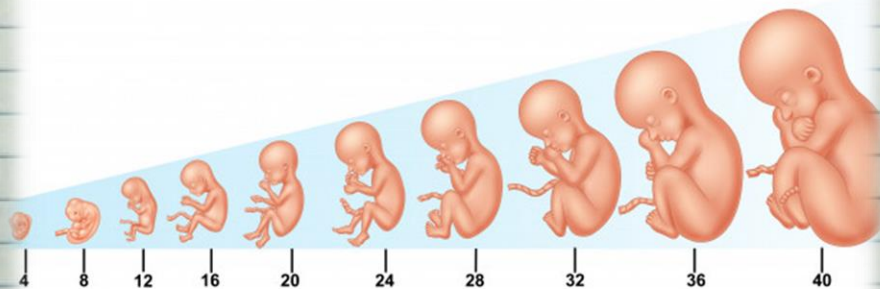
Se debe lograr que todas las gestantes aumenten de peso de acuerdo a su índice de masa corporal. El aumento de peso no debe ser en forma brusca después de las 20 semanas. Toda gestante debe aumentar como mínimo 8 kg de peso durante toda la gestación, aun

aquellas que tenían sobrepeso en el momento de la captación. El aumento de peso casi siempre comienza después del primer trimestre de la gestación, ya que en este son frecuente las náuseas, la anorexia y, en ocasiones, los vómitos. En el mes la gestante debe aumentar de 1 a 2 kg aproximadamente (0,5 kg/semana). Si este aumento es escaso, se corre el riesgo de obtener un recién nacido con bajo peso y, si hay exceso, se corre el riesgo de obtener un recién nacido bajo) una macrosomía fetal o de una enfermedad hipertensiva del embarazo.

Crecimiento fetal

Se debe lograr que todas las gestantes aumenten de peso de acuerdo a su índice de masa corporal. El aumento de peso no debe de ser en forma brusca después de las 20 semanas. Se considera que toda gestante debe aumentar como mínimo 8 kg de peso durante toda la gestación, aún aquellas que tenían sobrepeso en el momento de la captación. El aumento de peso casi siempre comienza después del primer trimestre de la gestación, ya que en esto son frecuentes las náuseas, la anorexia y, en ocasiones, los vómitos. En el momento la gestante debe aumentar de 1 a 2 kg aproximadamente (0.5 kg/semana). Si este aumento es escaso, se corre el riesgo de obtener un recién nacido bajo peso y, si hay exceso, se corre el riesgo de obtener una enfermedad hipertensiva o una macrosomía fetal.

Fetal Growth From 4 to 40 Weeks



Medición de la altura uterina

Se debe llevar a cabo, de manera sistemática, durante las consultas prenatales, ya que tienen gran valor para determinar el crecimiento fetal intrauterino, al compararlo con el promedio normal. El incremento normal de la altura uterina es de 1 cm por semana, a partir de las 14 semanas de edad gestacional.

Control de los movimientos fetales: Método sencillo para llevar a cabo el control, ya que 90% se puede percibir por la madre.

Método biofísico

Ultrasonido en el embarazo: Es un método en el cual se obtienen imágenes del feto y de los órganos, pélvicos de la mujer durante el embarazo.

Las consideraciones generales que se han de tener en cuenta son:

- 1- El ultrasonido es un procedimiento estándar que se utiliza durante el embarazo, en el que se emplean ondas sonoras de alta frecuencia para detectar estructuras internas del cuerpo.
- 2- Se considera un procedimiento muy seguro, tanto para la madre como para el feto, siempre y cuando no se utilice indiscriminadamente, ya que no produce radiación ionizante, porque se utilizan ondas sonoras en lugar de radiación.
- 3- Mediante el ultrasonido se puede ver el crecimiento fetal y detectar un mayor número de alteraciones.
- 4- Alternativamente también se denomina como: ecografía del embarazo, sonograma obstétrico, ultrasonido obstétrico, escaneo de ultrasonido, etc.

Algunas de las utilidades más importantes son:

- 1) Confirmar un embarazo.
- 2) Detectar fetos múltiples.
- 3) Determinar la edad, tamaño, madurez o condición del feto.
- 4) Monitorear el desarrollo del feto.
- 5) Detectar alteraciones.

6) Detectar hidramnios.

7) Determinar la posición del feto.

8) Identificar la ubicación de la placenta.

9) Guiar procedimientos, tales como; la amniocentesis, o muestro de biopsias coriónicas.

Ultrasonido transvaginal o endovaginal

Se realiza mediante una sonda o transductor apropiado introducido de manera adecuada en la vagina. Se pueden obtener imágenes más claras y confiables que las obtenidas por vía abdominal, la cual está en muchas ocasiones interferida por: gases intestinales, material fecal, textura de la paciente o por la imposibilidad para retener la orina.

Se suele indicar en casos de:

- Embarazos tempranos, sospechas de embarazo extrauterino, complicaciones en embarazos tempranos, coexistencia del dispositivo intrauterino y el embarazo, embarazos tempranos con úteros en posiciones anormales, obesidad, embarazos en pacientes con miomatosis uterina, sospecha de anomalías uterinas.

Cálculo de la edad gestacional

Cálculo de la edad gestacional y la fecha probable de parto

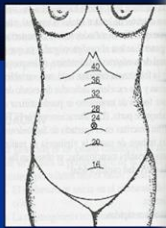
El tiempo de gestación se deben contar en semanas, a partir del primer día de la fecha de la última menstruación conocida.

EDAD GESTACIONAL.

La valoración de la edad gestacional se realiza por:

1. METODO PRENATAL.

- Fecha de última menstruación.
- Fondo Uterino.
20 semanas ---- 14 cm.
24 semanas ---- 18 cm.
28 semanas ---- 22 cm.
32 semanas ---- 25 cm.
34 semanas ---- 27 cm.



La gestación (se debe contar) dura un promedio de 40 semanas o 280 días a partir de ese momento. Se considera dentro de lo normal una desviación entre 37 y 42 semanas (embarazo a término).

Cuando se conoce la fecha del coito fecundante la fecha probable del parto se puede calcular al añadirle 266 o 270 días.

Regla de Mac Donald para el cálculo de la edad gestacional

Altura uterina $\times 2/7 =$ meses lunares

Altura uterina $\times 8/7 =$ semanas cronológicas

El cálculo de las semanas cronológicas es la que con mayor frecuencia se utiliza. El tiempo gestacional en semanas y la fecha probable de parto se calcula mediante la suma de los días transcurridos desde el primer día de la última menstruación y luego dividir entre 7.

Detección de malformaciones

Alfafetoproteínas en suero materno: Se utiliza en la detección en sangre materna la presencia y volumen de Alfafetoproteínas en la circulación.

Ultrasonidos: Permiten observar la imagen del feto y determinar la presencia de posibles anomalias y deformidades.

Amniocentesis: Análisis de los componentes del líquido amniótico mediante aspiración con aguja transabdominal, con ultrasonido continuo. Permite el estudio de las células que se encuentran en el líquido, que son de origen fetal y contienen información genética idéntica al feto.

Pruebas de vellosidades coriónicas: Método alternativo para obtener información, en el que se analiza el material coriónico de la placenta con la utilización de una sonda transvaginal y ultrasonido continuo.

Interpretación de la frecuencia cardíaca fetal.

Auscultación de la frecuencia cardíaca fetal:

Es la auscultación de los latidos cardíacos fetales a través de las cobiertas abdominales maternas en un período determinado (1 min).

Consideraciones:

- 1) Se debe realizar, con previa realización de las maniobras de Leopold que permiten conocer el tiempo de gestación, la posición dorsofetal y la presentación, posibilitando la localización del foco fetal mediante el estetoscopio de pinard.
- 2) Se debe realizar junto con la medición del pulso materno, para precisar y delimitar los latidos de la gestante y el feto.

Objetivos:

- ▶ Se utiliza para conocer la viabilidad fetal.
- ▶ Permite valorar, a partir de los cifras obtenidas, la presencia o no de complicaciones, sufrimiento fetal o riesgo materno fetal.



Procedimiento

- 1) Se debe colocar a la gestante en decúbito supino y realizar las maniobras de Leopold, para determinar el dorso y la presentación fetal.
- 2) Se coloca el estetoscopio en el hombro fetal anterior.
- 3) Luego se pone el oído en el extremo distal del estetoscopio haciendo una ligera presión en el abdomen de la gestante.
- 4) Una vez escuchados los latidos retirar las manos y volver a rectificarlo. Los elementos que se han de tener en cuenta durante el procedimiento son los siguientes: 1. Evitar confundir los latidos fetales con los de la arteria materna. 2. Indicar evacuar la vejiga antes del procedimiento. 3) Comprobar que la gestante no tenga fiebre. 5) Determinar la presencia de factores que pueden afectar a interpretación.

Valoración de la madurez fetal

Existen muchas pruebas para diagnosticar la edad del feto, alguna de las cuales son realizadas en nuestro medio y otras, tiene la perspectiva de poder hacerse a corto plazo en la medida de que dispongamos de algunos recursos materiales y económicos para practicarlas. Las pruebas más utilizadas para el diagnóstico de edad fetal son las siguientes:

- Espectrofotometría del Líquido amniótico.
- Porcentaje de células naranjas en el líquido amniótico.
- Dosificación de fosfolípidos en el líquido amniótico:
 - 1) Test de Clements (Skak test, prueba de la burbuja).
 - 2) Coeficiente Lecitina/Esfingomielina (L/S).
 - 3) Concentración de Fosfatidil-glicerol.
 - 4) Concentración de Creatinina en el líquido amniótico.
- 5) Métodos radiológicos.
 - Edad ósea fetal
 - Feto-amniografía.
 - Ecografía.



Cuidados de salud en el embarazo normal

Acciones de enfermería en la educación de la gestante

El objetivo del cuidado prenatal es monitorizar la salud de la madre y del feto durante el embarazo.

La educación durante la gestación se debe relacionar con aspectos tales como:

1) Ejercicio y actividad física: en el que debe insistir a que:

a) Evite la fatiga excesiva y la actividad atlética de acostumbrado.

b) Abandone la actividad laboral saludable (no).

c) Evite los deportes bruscos o virtualmente peligrosos, fomento la natación ligera.

d) Aumente las horas de descanso y de sueño.

2) Vestimenta:

a) La ropa debe ser confortable, ligera y adecuada al clima.

b) Debe evitar usar ligas y medias elásticas, si existen varices.

c) Utilizar ajustadores adecuados.

3) Sentido común: muy importante, ya que rige la conducta útil para que la gestante sea razonable en las decisiones que tome en su comportamiento, y que le permitan evitar los riesgos innecesarios.

4) Prohibir el consumo de fármacos, drogas y tabaquismo.

Cuidados de salud en el embarazo complicado.

Se realizan las acciones siguientes:

- 1) Se debe brindar a la gestante y a su familia educación sanitaria acerca de los riesgos que trae el hábito de fumar para la salud de la madre, del niño y de todos en general, se deben incluir en la información las complicaciones que se puedan presentar en el embarazo y en el recién nacido y los beneficios que aportaría dejarlo.
- 2) Ofrecerle alternativas de lo que pudiera hacer para evitar fumar en los momentos que ya tiene costumbre hacerlo, por ejemplo; después de comer lavarse los dientes, realizar ejercicios, modificar las rutinas, evitar los ambientes donde se esté fumando.
- 3) Brindarle la posibilidad de que entre en un programa para dejar de fumar. Medir los signos vitales para valorar la aparición de complicaciones.
- 4) Vigilar los resultados de los exámenes complementarios para detectar posibles alteraciones como consecuencia del hábito de fumar.
- 5) Auscultar frecuencia cardíaca fetal, medir dinámica uterina y enseñar a la paciente a medírsela.
- 6) Explicar los síntomas de las complicaciones (amenaza de aborto, amenaza de parto pretérmino, rotura prematura de membranas, desprendimiento de placenta, etc.) para que permitan actuar a tiempo y evitar mayores complicaciones.

Bibliografía:

Universidad Del Sureste. (UDS). (2020). ANTOLOGÍA DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LA MUJER. Recuperado el 13 de noviembre del 2020 de Plataforma digital UDS.