



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA
“calidad, pertinencia y calidez”
UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DE
TÍTULO DE LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA**

TEMA:

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LAS COMPLICACIONES DE UN
EMBARAZO PROLONGADO Y SU RELACIÓN CON LA
MORBIMORTALIDAD PERINATAL**

AUTORA

KATTY LISSSETH MACHADO MORCOHO

TUTOR (A)

MACHALA- EL ORO – ECUADOR

CESION DE DERECHOS DE AUTORIA

Yo, **KATTY LISSETH MACHADO MOROCHO**, con número de cedula **0705492114**, egresada de la carrera de Enfermería de la Unidad Académica de Ciencias Químicas y de la Salud de la Universidad Técnica de Machala, responsable del presente trabajo:

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LAS COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO PROLONGADO Y SU RELACIÓN CON LA MORBIMORTALIDAD PERINATAL

Certificó que la responsabilidad de la investigación, resultados y conclusiones del presente trabajo pertenecen exclusivamente a mi autoría, una vez que ha sido aprobado y autorizado su presentación.

Deslindo a la Universidad Técnica de Machala de cualquier delito de plagio y cedo mis derechos de autoría a la Universidad Técnica de Machala para que ella proceda a darle el uso que sea conveniente.


KATTY LISSETH MACHADO MOROCHO

C.I.: 0705492114

AUTORA

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

CESION DE DERECHOS DE AUTORIA

Yo, MACHADO MOROCHO KATTY LISSETH, con C.I. 0705492114, estudiante de la carrera de ENFERMERÍA de la UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA, en calidad de Autora del siguiente trabajo de titulación CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LAS COMPLICACIONES DE EL EMBARAZO PROLONGADO Y SU RELACIÓN CON LA MORBI-MORTALIDAD PERINATAL

- Declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional. En consecuencia, asumo la responsabilidad de la originalidad del mismo y el cuidado al remitirme a las fuentes bibliográficas respectivas para fundamentar el contenido expuesto, asumiendo la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera EXCLUSIVA.

- Cedo a la UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA de forma NO EXCLUSIVA con referencia a la obra en formato digital los derechos de:
 - a. Incorporar la mencionada obra al repositorio digital institucional para su democratización a nivel mundial, respetando lo establecido por la Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0), la Ley de Propiedad Intelectual del Estado Ecuatoriano y el Reglamento Institucional.

 - b. Adecuarla a cualquier formato o tecnología de uso en internet, así como incorporar cualquier sistema de seguridad para documentos electrónicos, correspondiéndome como Autor(a) la responsabilidad de velar por dichas adaptaciones con la finalidad de que no se desnaturalice el contenido o sentido de la misma.

Machala, 30 de diciembre de 2015



MACHADO MOROCHO KATTY LISSETH
C.I. 0705492114

FRONTISPICIO

Autora



Katty Lisseth Machado Morocho

C.I. 0705492114

Dirección; Machala, El Oro

Teléfono: 0983380668

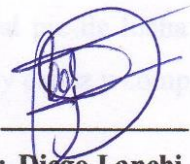
e – mail: lisype@hotmail.com

COMITÉ EVALUADOR



Lcda. Sandra Falconi Peláez

C.I. 0704840867



Dr. Diego Lanchi Zúñiga

C.I. 0702112442



Lcda. Elida Reyes Rueda

C.I. 0705085835

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo de investigación de tipo descriptivo a mi familia ya que ha sido el pilar fundamental en todo este proceso de mi formación profesional y a mi hija que es mi motor que me da la fuerza para continuar con mis metas establecidas. A todas aquellas personas que estuvieron pendientes de que no me rindiera pese a las circunstancias que se fueron suscitando y estuvieron ahí al pie de lucha para cumplir este objetivo que es de graduarme y ser una profesional muy capaz y competente.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por permitirme cumplir mis metas, a mis padres quienes me formaron y educaron con toda su dedicación y esfuerzo a los docentes que me apoyaron y creyeron en mí y me dieron las pautas para formarme como una profesional con vocación cariño y respeto al desenvolvimiento de la carrera en si mismo y agradezco a la persona más importante de mi vida quien me crio con un carácter fuerte y decidido, con muchos valores mi abuelita quien fue madre y padre en todas las etapas de mi vida y espero me siga apoyando.

RESUMEN

El embarazo prolongado es aquel que se extiende más allá de las 42 semanas de amenorrea y es considerado de alto riesgo por condicionar una mayor morbimortalidad perinatal, esta patología desencadena una serie de complicaciones tanto maternas como fetales entre ellos tenemos macrosomía, oligoamnios, síndrome de post madurez, sufrimiento fetal intraparto, síndrome de aspiración meconial, etc. que describiremos a continuación en la base teórica.

Según estudios realizados a nivel mundial se considera que el embarazo prolongado incrementa el riesgo fetal , motivo por el cual en algunos servicios induce el parto incluso en la semana 41.1.

Todo ello ha provocado que los índices de inducción se eleven en casi todos los países debido a esto me he determinado en el siguiente trabajo de manera descriptiva a elaborar diagnósticos y cuidados de Enfermería (PAE) en el embarazo prolongado con el fin de establecer un plan de tratamiento eficaz y oportuno.

ABSTRACT

The prolonged pregnancy is one that extends beyond the 42 weeks of pregnancy and is considered high-risk by condition a greater perinatal morbidity and mortality, this condition triggers a series of both maternal and fetal complications among them are macrosomia , oligohydramnios , post syndrome maturity, intrapartum fetal distress , meconium aspiration syndrome, etc. we describe below the theoretical basis .

According to studies worldwide it is considered that the term pregnancy increases fetal and neonatal risk , why in some services induces labor even in the week 41.1.

This has caused the induction rates rise in most countries because of this I have given in the following work descriptively to elaborate diagnoses and nursing care (PAE) in the prolonged pregnancy in order to establish a plan effective and timely treatment.

INTRODUCCION

El embarazo prolongado se define como Gestación que cronológicamente alcanza o supera las 42 semanas o 294 días desde la fecha de la última menstruación. Los componentes de la morbimortalidad perinatal aumentan desde la semana 41 y más desde la semana 42: muerte fetal intraútero, muerte intraparto, muerte neonatal, insuficiencia placentaria, oligoamnios, restricción de crecimiento fetal, aspiración meconial, distress respiratorio, inducción, cesáreas y distocias. (1)

El diagnóstico precoz, basado en el dato exacto de la fecha de última menstruación, y un buen control prenatal con ultrasonografía temprana determinarán la fecha probable de parto y la fecha límite para el nacimiento. A pesar de la importancia clínica del embarazo prolongado y de las herramientas que contamos para su diagnóstico, usualmente hay descuido tanto de la paciente como del facultativo para su manejo. (2)

Según investigaciones ahí una mayor frecuencia de embarazo prolongados en pacientes adultas y nulíparas, en los RN las complicaciones son bajas, sin embargo la tasa de mortalidad fetal fue elevada de 11 por mil. La indicación más frecuente de cesárea fue DCP y sufrimiento fetal agudo. (3)

No hay una exactitud del diagnóstico pero de este dependerá el tratamiento a seguir siempre y cuando permitan las condiciones en las que se encuentre la madre y el feto se optara por un parto inducido. Las Normas de Obstetricia del Instituto Nacional de Perinatología, en México, recomiendan que un embarazo no debe sobrepasar la 41

semanas ante la alta morbi-mortalidad materno fetal que induce el embarazo pos término.
(2)

DESARROLLO

EMBARAZO POSTERMINO

El embarazo prolongado es un tema muy discutidos por los médicos debido a los diferentes criterios por el diagnóstico diagnóstico, control prenatal y manejo intraparto.

El concepto más preciso de embarazo prolongado es aquel que se prolonga mas alla de 42 semanas de (> 294 días), o 14 días después de la fecha probable de parto (FPP). Esta definición está avalada por Organizaciones Internaciones como (OMS, FIGO, ACOG).
(4)

CONCEPTO.

El embarazo prolongado se define como la gestación que llega a durar las 42 semanas o 294 días desde el primer día de la última menstruación. Debido al incremento de la incidencia en la morbilidad y mortalidad perinatal radica su importancia ya que esta llega a ser de un 3 a 5% en la semana 43 de gestación.

El embarazo pos térmico y sus riesgos inherentes fueron descritos por BALLANTYNE en 1902, pero no fue hasta finales de 1960 que a esta entidad se le dio importancia. Embarazo prolongado es definitiva es aquel que se prolonga más allá de la fecha esperada del parto. (4)

FRECUENCIA Y ETIOLOGIA.

No se conoce una causa específica en la mayoría de los embarazo post términos e incluso se pueden presentar en mujeres saludables que rigen su embarazo con controles periódicos pero sin embargo hay evidencias de que el incremento en la edad materna, así como la paridad y el reposo prolongado durante la gestación pueden contribuir a que

este se produzca. Determinadas malformaciones fetales como la anencefalia, la hidrocefalia y la osteogénesis imperfecta también pueden condicionar dicha prolongación.

Algunas Otras causas involucradas en la génesis del embarazo postérmino son: la implantación anómala de la placenta, el factor hereditario y la pérdida del equilibrio hormonal al final de la gestación. Para algunos autores la desproporción cefalopélvica también se incluye como un factor etiológico. (5)

CARACTERÍSTICAS DEL EMBARAZO PROLONGADO

- + Descuento gradual del líquido amniótico este puede disminuir en 24 a 48 horas
- + Acrecimiento de la incidencia de la placenta con madurez grado III
- + Aumento de la aparición del líquido meconial (4)

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

MATERNOS

Edad y paridad la edad materna avanzada: aparentemente no es una causa específica para que se produzca el embarazo prolongado pero si es un factor predisponente para que se produzca, pero ahí mayor incidencia en las primigestas.

Nivel socioeconómico: el bajo nivel económico de las gestantes pueden contribuir a que este se produzca ya que no tienen un nivel adecuado de educación referente al tema y por ende dan datos imprecisos.

Historia obstétrica: las gestantes con antecedentes obstétricos de base genética.

FETALES

Los fetos anencefálicos con ausencia de la glándula hipofisaria y los fetos con hipoplasia adrenal bilateral presentan más frecuentemente gestaciones prolongadas lo que hace pensar en una insuficiencia de hipófisis o suprarrenal como factor etiológico (5)

CAMBIOS FISIOLÓGICOS ASOCIADOS CON EL EMBARAZO POSTÉRMINO.

Para la atención de las gestantes con un embarazo postérmino es esencial el conocimiento adecuado de los cambios que se producen en la placenta, el líquido amniótico y el feto a medida que se prolonga la gestación.

Cambios placentarios. La placenta del embarazo postérmino muestra disminución en el diámetro y longitud de las vellosidades, necrosis fibrinoides y arteriosas acelerada de los vasos ciriales y deciduales. Estos cambios ocurren simultáneamente como precediendo la aparición de infartos hemorrágicos, que son los focos para el depósito de calcio y formación de infartos blancos. Los infartos están presentes en 10 a 25 % del total de placentas a término y en 60 a 80% del total de las placentas postérmino. En éstas, los depósitos de calcio alcanzan 10g/100 g de tejido seco, mientras que este valor sólo es de 3g/ 100g en las a término.

Cuando se produce un embarazo prolongado surgen cambios en el líquido amniótico estos pueden ser cualitativos o cuantitativos referente a su función específica. Este alcanza un volumen de 1000 ml en la semana 38 de gestación, pero disminuyen a 800 ml en la semana 40; en las semanas 42,43 y 44 alcanza 480; 250 y 160 respectivamente. Un volumen de líquido amniótico por debajo de 400 ml a partir de la semana 40 se vincula con un aumento de las complicaciones fetales. El mecanismo de producción del oligoamnios en el embarazo postérmino parece deberse a una disminución en la producción de orina fetal. A medida que el embarazo se prolongue el líquido amniótico se reduce y ahí cambios en su composición. El líquido amniótico se vuelve lechoso con aspecto nublado, a causa de los abundantes fragmentos de vérnix caseoso.

El líquido amniótico puede tener un color amarillo verdoso, dado por el paso de meconio a éste, que, cuando es espeso, incrementa considerablemente el riesgo fetal. (4)

FACTORES QUE PREDISPONEN EL EMBARAZO PROLONGADO

Los factores de riesgo más comúnmente identificables son la primiparidad y un embarazo postérmino previo, pudiendo estar asociado a la deficiencia de sulfato placentario o la anencefalia fetal. La predisposición genética interviene en la prolongación del embarazo.

- ❖ Bajo nivel socioeconómico

- ❖ El antecedente de embarazo prolongado
- ❖ Macrosomía fetal
- ❖ Hidrocefalia trisomía 18 hipoplasia congénita de las suprarrenales y defectos en el tubo neural en el producto
- ❖ Hipotiroidismo materno (5)

COMPLICACIONES

La tasa de mortalidad perinatal más allá de las 42 semanas de gestación es el doble que el embarazo a término y aumenta a las 43 semanas de gestación. El embarazo posttermino es un factor de riesgo independientes de niveles bajos de PH arteria umbilical y baja calificación de adgar a los 5minuts

Los componentes de la morbimortalidad perinatal aumentan desde la semana 41 y más desde la semana 42: muerte fetal intraútero, muerte intraparto, muerte neonatal, insuficiencia placentaria, oligoamnios, restricción de crecimiento fetal, aspiración meconial, distress respiratorio, inducción, cesáreas y distocias (1)

Por estas razones la tendencia en nuestro medio ha sido la interrupción del embarazo a las 41 semanas completas eligiendo la vía con las condiciones de acuerdo a las condiciones fetales y cervicales

Aunque los infantes postterminos son más grandes que a término y tienen mayor incidencia de macrosomía fetal ninguna evidencia apoya la inducción de trabajo de parto como una medida preventiva en semejantes caso las complicaciones asociadas a la macrosomía fetal incluyen trabajo de parto prolongado. Desproporción cefalopelvica y distocia de hombros con riegos resultantes de daños ortopédico o neurológico. (5)

MACROSOMIA: un embarazo a término es de 37 y 40 semanas cuando este se alarga por razones las cuales no se conocen se denomina embarazo prolongado los riesgos ginecológicos aumentan por ende uno de los riegos es que el feto siga creciendo y ganando peso sin necesidad y esto puede ocasionar problemas a la hora del trabajo de parto y crear repercusiones en el feto. (6)

OLIGOAMNIOS: Es la reducción de la cantidad de líquido amniótico. Muchas veces es una señal de la presencia de otros inconvenientes durante la gestación, por lo cual su diagnóstico implicará que deben realizarse estudios más detallados.

La función del líquido amniótico no es más que proteger al bebé rodeándolo y ayuda a su desarrollo y crecimiento a partir de la semana doce. Su presencia también permite que tu bebé se mueva y se desarrolle el sistema musculoesquelético.

Desde las 12 semanas, el líquido amniótico está formado principalmente por orina fetal. La cantidad de líquido aumenta aproximadamente hasta la semana 32 del embarazo para mantenerse en forma estable hasta el término de la gestación. (7)

SÍNDROME DE POSTMADUREZ: El embarazo posttérmino ocasiona envejecimiento global de la placenta y por lo tanto de todas sus funciones, paralelamente a la claudicación del metabolismo placentario se va instaurando la insuficiencia respiratoria y esta hipoxia subaguda y progresiva es la que va a afectar al feto, originando el síndrome de postmadurez responsable del bajo peso y baja talla para su edad gestacional, cambios en la coloración de la piel y manifestaciones cutáneas. (5)

ASPIRACIÓN MECONIAL: también conocido como "aspiración neonatal de meconio" sucede cuando los bebés inhalan meconio en sus pulmones durante o después del parto. El meconio son las primeras heces del bebé, compuestas por materiales ingeridos durante el tiempo en el que el bebé pasa en el útero: células epiteliales intestinales, lanugo, moco, líquido amniótico, bilis y agua. El meconio es estéril, a diferencia de las siguientes heces y son inodoras.

El meconio se almacena habitualmente en los intestinos del bebé hasta después del nacimiento, pero en ocasiones es expulsado al líquido amniótico antes del nacimiento o durante el parto. Si el niño inhala entonces el fluido contaminado se pueden producir problemas respiratorios clásicos del síndrome de aspiración de meconio. (8)

SUFRIMIENTO FETAL INTRAPARTO: es un término que se usa en obstetricia para referirse a un estado que altera la fisiología fetal antes o durante el parto, de tal modo que es probable su muerte o la aparición de lesiones permanentes en un período relativamente breve.¹ En general, el SFA es causada por un déficit de oxígeno secundario principalmente a insuficiencia en la circulación útero-placentaria, compresión del cordón umbilical y complicaciones fetales como la sepsis o las hemorragias. (9)

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA (PAE)

Se considera el Proceso de Atención de Enfermería como la base del ejercicio de nuestra profesión ya que es la aplicación del método científico a la práctica enfermera, el método por el que se aplican los conocimientos a la práctica profesional.

La práctica de los cuidados ha ido cambiando a lo largo de la historia; ha pasado de ser considerado como un arte, a desarrollar un marco conceptual propio.

Los cuidados de enfermería han tenido un importante desarrollo en los últimos Cuidado.

Esta profesionalización de los cuidados con actividades ejecutadas por enfermería, dan respuesta a una necesidad específica de salud en todos los campos: promoción, tratamiento y prevención. La organización de los recursos humanos en los servicios sanitarios no es un mero hecho de gestión sanitaria sino que contempla una filosofía de los cuidados. (10)

VALORACIÓN

PATRONES ALTERADOS

- **MANEJO PERCEPCIÓN DE LA SALUD**
 1. **Pretende** conocer la propia percepción de la persona sobre su situación salud y bienestar.
 2. **Incluye:** Estilos de vida, prácticas de promoción de salud y de prevención de riesgos.
Prescripciones médicas y de enfermería.

- **AUTOPERCEPCIÓN, AUTO CONCEPTO**

- **Describe** los patrones de auto concepto y percepción del estado de ánimo.
- **Incluye:** Actitud de la persona hacia sí misma y hacia su valía.
Imagen corporal y patrón emocional.

- **SEXUALIDAD Y REPRODUCCION**

- Describe los patrones sexuales y reproductivos de la persona.
- Incluye: Satisfacción con la sexualidad. Trastornos de la sexualidad. Problemas en etapa reproductiva de la mujer.

DIAGNOSTICO

- **00078 Gestión ineficaz de la propia salud**
- **(00146) Ansiedad**
- **(00028) Riesgo de déficit de volumen de líquidos**

PLANIFICACION

Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.

EJECUCION

Se pone en práctica los cuidados

EVALUACIÓN

Se consiguen los objetivos establecidos

CIERRE

En un embarazo prolongado aumenta la morbimortalidad perinatal significativamente debido a las complicaciones que se pudieran presentar Tales como macrosomia, trauma fetal síndrome de postmadurez, oligoamnios, sufrimiento fetal intraparto y aspiración meconial que son de alto riesgo cuando sobrepasa las 41 semanas de amenorrea

A través de la aplicación del PAE se determinó un plan de tratamiento en el cual se basa en la vigilancia de embarazo prolongado. Siendo una condición clínica que puede diagnosticarse oportunamente con un manejo obstétrico adecuado.

Urkund Analysis Result

Analysed Document: KATTY MACHADO.docx (D16899821)
Submitted: 2015-12-29 21:48:00
Submitted By: kgarcia@utmachala.edu.ec
Significance: 10 %

Sources included in the report:

MARYURI CRUZ.docx (D16795985)
tesis de edinson..docx (D11229299)
TESIS DE EDINSON ARGUELLO.docx (D11243314)
GAIBOR MUÑIZ.docx (D9309062)
GAIBOR MUÑIZ.docx (D9309054)

Instances where selected sources appear:

16

Lic. Elida Reyes Rueda

Cc. 0705085835



BIBLIOGRAFIA

1. Publica, ministerio de salud. Componente normativo materno . Quito : s.n., 2008.
2. Conceptos basicos del embarazo prolongado. Veracruzana, revista medica de la universidad. 2, s.l. : dr. Tomás gerardo hernández parra1, c. D. Ma. Gabriela nachón garcía2, vol. 5.
3. Perfil del embarazo prolongado en pacientes de un hospital general. Herediana, revista medica. 4, mexico : s.n., 2009, vol. 20. Versión on-line issn 1729-214x.
4. Habana, universidad de. Obstetricia perinatologia diagnostico y tratamiuento. Cuba : s.n., 2014. Vol. 4.
5. Benites, mario castillo. Tratado de ginecología y obstetricia. Mexico : s.n., 2008.
6. Macrosomía fetal. Medina, dr. Tirso pérez. Madrid : s.n., 2015.
7. Oligoamnios: disminución del líquido amniótico. Bebes. 2012.
[Http://bebesencamino.com/articles/oligoamnios-disminucion-del-liquido-amniotico.](http://bebesencamino.com/articles/oligoamnios-disminucion-del-liquido-amniotico)
8. Síndrome de aspiración de meconio . Unidos, biblioteca nacional de los estados. Usa : s.n., 2013.
9. Rol de la monitorización electrónica fetal intraparto en el diagnóstico fetal agudo . R, enrique valdes. 5, 2009, vol. 68. Disponible (1)issn 0717-7526.
10. Metodología pae. Enfermera, nanda nic noc metodologia.
[Enfermeriaactual.com/metodologia-pae/.](http://enfermeriaactual.com/metodologia-pae/)

1. Publica, ministerio de salud. Componente normativo materno . Quito : s.n., 2008.

Embarazo Prolongado

- Gestación que cronológicamente alcanza o supera las 42 semanas o 294 días desde la fecha de la última menstruación (ACOG 1997).
- Los componentes de la morbi mortalidad perinatal aumentan desde la semana 41 y más desde la semana 42: muerte fetal intraútero, muerte intraparto, muerte neonatal, insuficiencia placentaria, oligoamnios, restricción de crecimiento fetal, aspiración meconial, distress respiratorio, inducción, cesáreas y distocias.

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10
O48	Embarazo prolongado
CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIAP 2
W 90	Parto normal / recién nacido vivo

DIAGNÓSTICO EMBARAZO PROLONGADO SEGÚN HISTORIA CLÍNICA PERINATAL

Diagnóstico	HALLAZGOS
Anamnesis	<ul style="list-style-type: none">42 semanas completas o más por FUM, clínica o ecografía.FUM confiable o no.Dinámica uterina ausente o con poca actividad.Ausencia de otra sintomatología de trabajo de parto.Movimientos fetales disminuidos o no.
Examen Físico	<ul style="list-style-type: none">Verificación de la presentación y posición fetal por Maniobras de Leopold.Diagnóstico y confirmación de la labor de parto.Diagnóstico de la etapa y la fase de la labor de parto por examen o tacto vaginal (TV) para valorar Índice de Bishop.

2. Conceptos basicos del embarazo prolongado. Veracruzana, revista medica de la universidad. 2, s.l. : dr. Tomás gerardo hernández parra1, c. D. Ma. Gabriela nachón garcía2, vol. 5.

Revista Médica de la Universidad Veracruzana
Vol 5, Núm. 2 Julio - Diciembre 2005

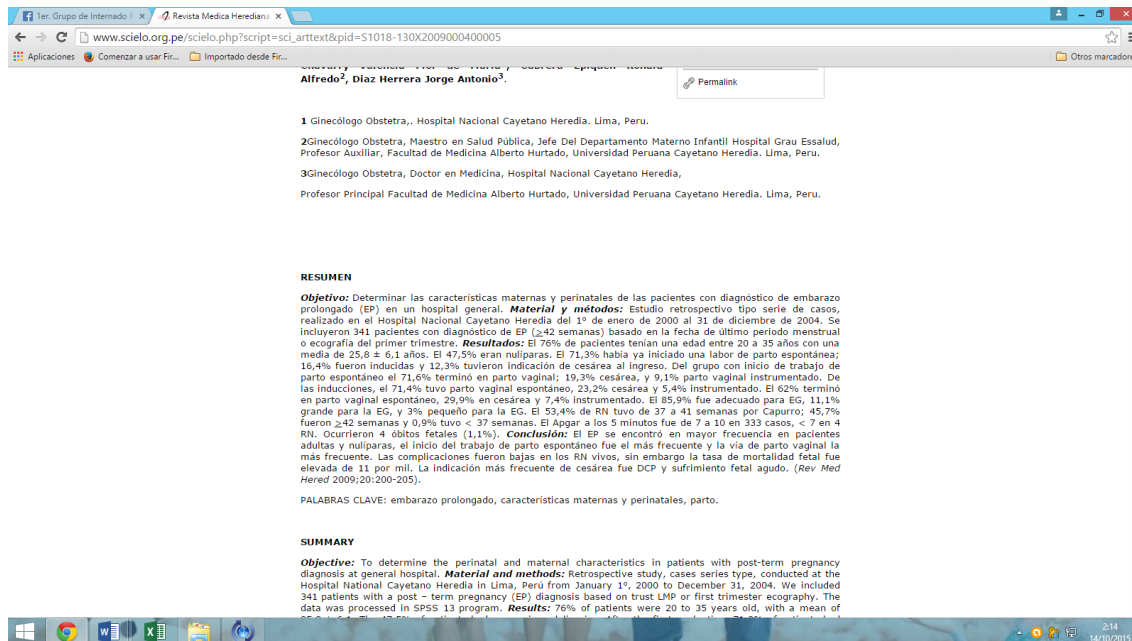
Conceptos basicos del embarazo prolongado: una revisión
Dr. Tomás Gerardo Hernández Parra1, C. D. Ma. Gabriela Nachón García2
Hospital Escuela I, Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Veracruzana

RESUMEN
El embarazo prolongado, también conocido como posttérmino, es aquel que se ha extendido hasta la semana 42 de gestación o más allá de ella. La frecuencia reportada es aproximadamente de 7%. Es una condición clínica que causa importantes compromisos maternos y fetales, por lo que se considera un embarazo de alto riesgo. El diagnóstico precoz, basado en el dato exacto de la fecha de última menstruación, y un buen control prenatal con ultrasonografía temprana determinarán la fecha probable de parto y la fecha límite para el nacimiento. A pesar de la importancia clínica del embarazo prolongado y de las herramientas que contamos para su diagnóstico, usualmente hay descuido tanto de la paciente como del facultativo para su manejo. Las complicaciones fetales incluyen: insuficiencia utero-placentaria, síndrome de aspiración de meconio e infecciones intrauterinas; éstas contribuyen al incremento de la tasa de muerte perinatal, la cual es el doble a la semana 42 en comparación con los embarazos a término. El embarazo posttérmino está asociado con aumento en la distocia del trabajo de parto y un incremento de daño perineal severo relacionado con la macrosomía, así como la duplicación de la tasa de operaciones cesáreas. El tratamiento dependerá de la exactitud del diagnóstico. Mientras las condiciones maternas y fetales lo permitan, se buscará la inducción del trabajo de parto. Las Normas de Obstetricia del Instituto Nacional de Perinatología, en México, han recomendado que la resolución del embarazo no debe rebasar la semana 41, ante la evidencia de la alta morbi-mortalidad materno fetal que induce el embarazo posttérmino. El objetivo de esta revisión es enfatizar la importancia clínica de esta condición en la embarazada, incluyendo el diagnóstico oportuno, así como un manejo obstétrico adecuado, tendiente a evitar las complicaciones materno fetales que pueden llegar a presentarse.

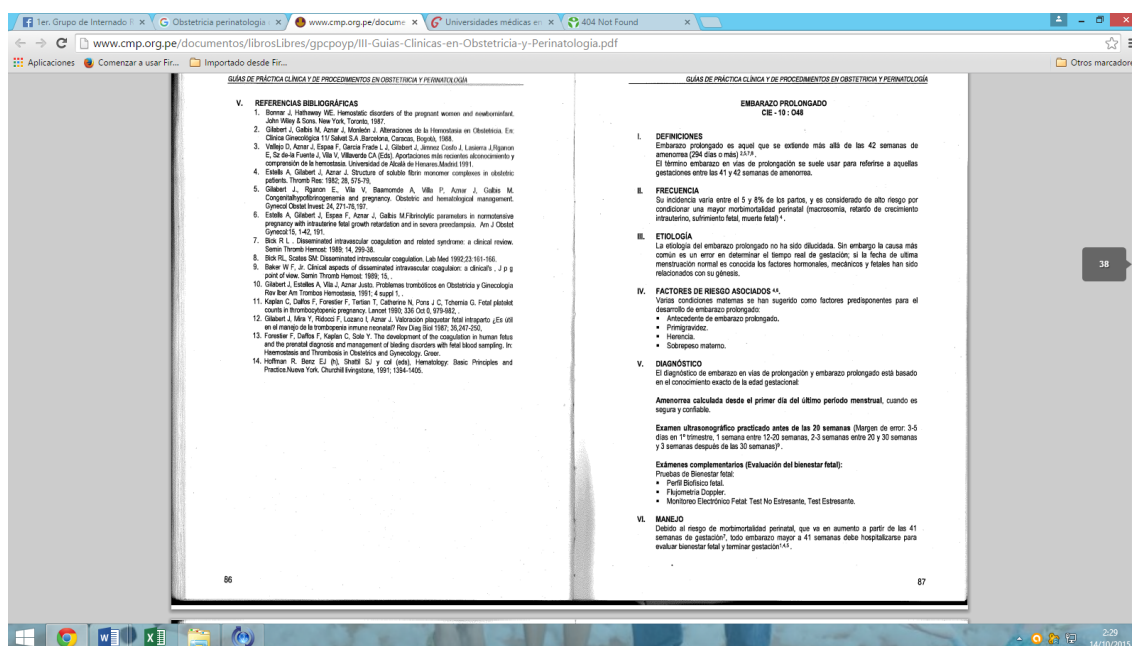
PALABRAS CLAVE: Embarazo Prolongado, embarazo posttérmino, fecha probable de parto, edad gestacional.

ABSTRACT
The postterm pregnancy is which has extended to 42 weeks of gestation after last menstrual period or more than that. The reported frequency is approximately 7%. It is a clinical condition on account important fetal and maternal risk pregnancy. For this reason it is considerate a high risk pregnancy. The opportune diagnosis, based on acquaintance of last menstrual period, an appropriate prenatal control with an ultrasonography performed early bring the chance to knowing estimated date of delivery and determinate last day for expected birth. Although the clinical importance of postterm pregnancy and the tools in order to the diagnosis, there is usually careless from both the patient and the physician. The complications for the fetus including uteroplacental insufficiency, meconium aspiration and intrauterine infection, these contribute to the increased rate of perinatal death, which is twice as much as that at term. Postterm pregnancy is associated with an increase in labor dystocia, an increase in severe perineal injury related to macrosomia and doubling in the rate of cesarean delivery. The treatment depends on exactness of the diagnosis. Whether the condition of the mother and baby are acceptable, we attempt labor induction. The standard management in obstetrics of the Instituto Nacional de Perinatología, in Mexico, has recommended that the resolution of the pregnancy do not might to continue after of 41 week, because of the evidence of high morbi-mortality maternal-fetal rate that the postterm pregnancy induces. The object of this review is emphasize the clinical importance of this condition of the pregnancy, including early diagnosis, as well as fitting obstetric management, tendent to avoid the complications materno fetales that could be present.

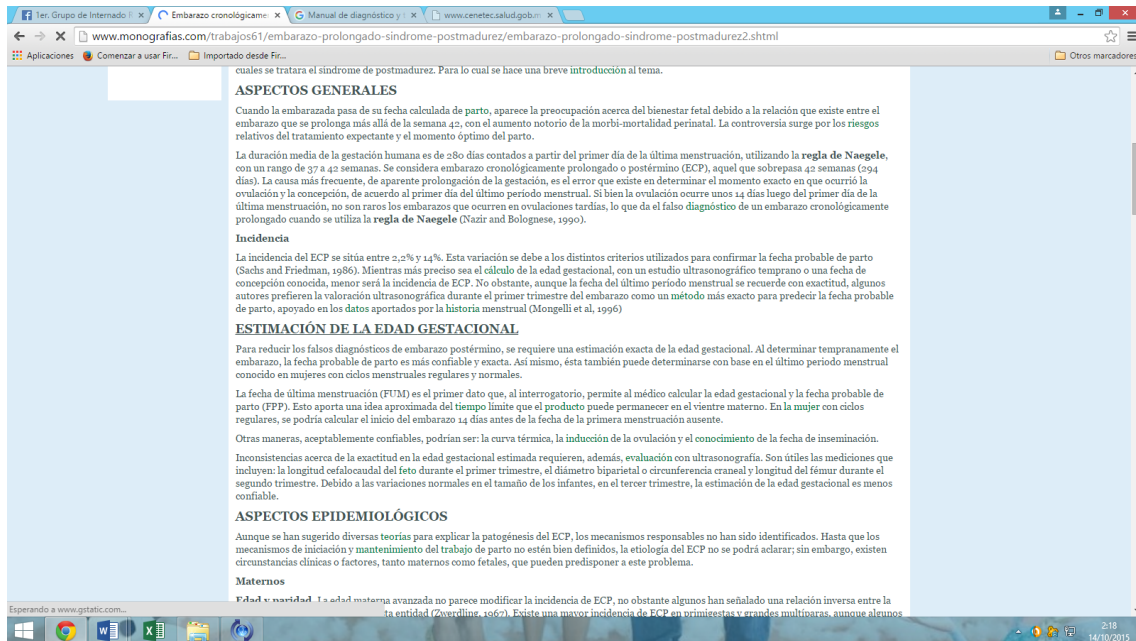
3. Perfil del embarazo prolongado en pacientes de un hospital general. Heredia, revista medica. 4, mexico : s.n., 2009, vol. 20. Versión on-line issn 1729-214x.



3. Habana, universidad de. Obstetricia perinatología diagnostico y tratamiento. Cuba : s.n., 2014. Vol. 4.



4. Benites, mario castillo. Tratado de ginecología y obstetricia. Mexico : s.n., 2008



6. Macrosomía fetal. Medina, dr. Tirso Pérez. Madrid : s.n., 2015.



7. Oligoamnios: disminución del líquido amniótico. Bebes. 2012.
Http://bebesencamino.com/articulos/oligoamnios-disminucion-del-liquido-amniotico.

Disminución del líquido amniótico

Se define como oligoamnios a la disminución en la cantidad de líquido amniótico. Muchas veces es una señal de la presencia de otros inconvenientes durante la gestación, por lo cual su diagnóstico implicará que deben realizarse estudios más detallados.

Calculadoras
¡Utiliza nuestras calculadoras!

- Calculadora de semanas de embarazo
- Calculadora de fecha de ovulación
- Calculadora de crecimiento de tu bebé
- Calculadora de peso fetal de tu bebé

8. Síndrome de aspiración de meconio . Unidos, biblioteca nacional de los estados.
Usa : s.n., 2013.

Síndrome de aspiración de meconio

Es un síndrome que ocurre cuando el bebé recién nacido aspira una mezcla de meconio y líquido amniótico hacia los pulmones cerca del momento del parto. Es una afección seria.

Causas

El meconio corresponde a las primeras heces (materia fecal) eliminadas por un recién nacido poco después del nacimiento. Esto se elimina del cuerpo antes de que el bebé haya empezado a digerir leche materna (o leche maternizada en polvo).

En algunos casos, el bebé elimina meconio mientras aún está dentro del útero. Esto sucede cuando los bebés están "bajo estrés", dado que el suministro de sangre y oxígeno disminuye. Esto con frecuencia se debe a problemas con la placenta.

Una vez que el meconio ha pasado hacia al líquido amniótico circundante, el bebé puede broncoaspirar dicho meconio. Esto puede suceder mientras el bebé aún está en el útero o aún está cubierto por líquido amniótico después del nacimiento. El meconio también puede bloquear las vías respiratorias del bebé inmediatamente después del nacimiento.

Esta afección se denomina aspiración de meconio y puede causar problemas respiratorios debido a la hinchazón (inflamación) en los pulmones del bebé después del nacimiento.

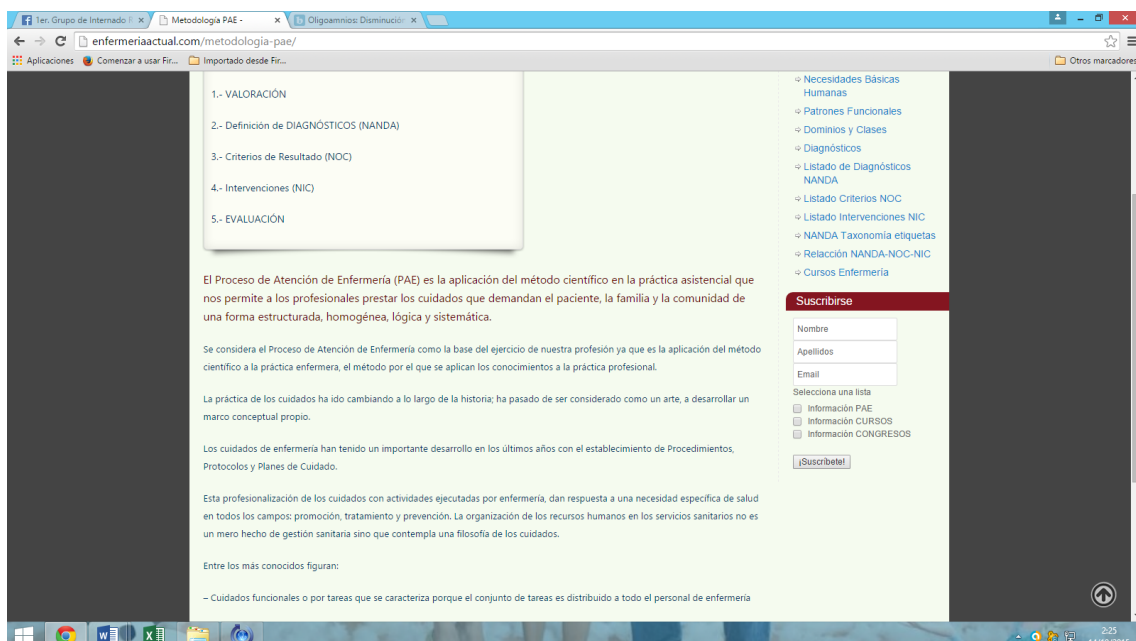
Los factores de riesgo que pueden causar estrés en el bebé antes de nacer abarcan:

- "Envejecimiento" de la placenta si el embarazo se pasa de la fecha prevista para el parto

9. Rol de la monitorización electrónica fetal intraparto en el diagnóstico fetal agudo .
 R, Enrique Valdes. 5, 2009, vol. 68. Disponible (1)ISSN 0717-7526.



10. Metodología PAE. Enfermera, Nanda, NIC, NOC metodología.
 Enfermeriaactual.com/metodologia-pae/.



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

DX CLINICO: EMBARAZO PROLONGADO

HC:

DX ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS	PLAN DE INTERVENCIONES	RESULTADO CONSAGRADO/EJECUTADO
<p>00078 Gestión ineficaz de la propia salud</p> <p>➤ (00028) Riesgo de déficit de volumen de líquidos</p>	<p>1601 - conducta cumplimiento</p> <p>DOMINIO 1 promoción de las salud</p> <p>CLASE 2 gestión de la salud</p>	<p>4360 modificación de la conducta</p> <p>4410 establecimientos de objetivos comunes</p> <p>4420 acuerdo con la paciente</p>	<p>Buscar el equilibrio emocional de la paciente</p>
<p>(00146) Ansiedad</p>	<p>1112 niveles de ansiedad</p> <p>DOMINIO 9 afrontamiento y tolerancia al estrés</p>	<p>5270 apoyo emocional</p> <p>5820 disminución de la ansiedad</p> <p>5880 técnica de relajación</p>	<p>Tranquilidad y aceptación</p>

	CLASE 2 respuesta al afrontamiento		
(00028) Riesgo de déficit de volumen de líquidos	1902 control del riesgo DOMINO 2 nutrición CLASE 5 hidratación	6610 identificación del riesgo 6483 manejo ambiental seguridad 7110 fomentar implicación familiar	Bienestar de la paciente

