

INDICE PAGINA

ETAPAS DE LA GESTACION 3

EMBARAZO ECTOPICO 8

HEMORRAGIAS 11

TOXEMIA GRAVIDICA 11

ENFERMEDADES TROFOBlastica 12

ISOINMUNIZACION MATERNO-FETAL 14

MORTALIDAD MATERNO FETAL 15

ABORTO 16

RIESGO REPRODUCTIVO 19

TOXOPLASMOSIS 22

RUBEOLA 23

HERPES VIRUS 24

SIDA 26

HEPATITIS 27

INFECCION URINARIA 29

DIABETES MELLITUS 29

HIPERTENSION 31

HIPOTIROIDISMO 31

HIPERTIROIDISMO 32

NUTRICION EN EL EMBARAZO 32

BIBLIOGRAFIA 33

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FES ZARAGOZA

CARRERA MEDICO CIRUJANO

NOMBRE:

GRUPO:

MATERIA: EPIDEMIOLOGIA

ETAPAS DE LA GESTACIÓN

Al crecer el huevo, las deciduas parietales y capsular se unen formando una membrana que aísla el interior del útero de los órganos genitales inferiores, el producto de la concepción queda aislado de posibles alteraciones externas. La decidua Inter. Útero- placentaria o basal y constituyen la porción uterina (materna) de la placenta. La porción fetal de la placenta está constituida por la vellosidades coriales (prolongaciones de las células del trofoblasto).

Cada vellosidad tiene numerosos vasos sanguíneos que se unen hasta formar dos arterias y una vena y se dirige al embrión a través del funículo (cordón) umbilical, absorben oxígeno y sustancias nutricionales y los llevan al embrión a través de la vena umbilical; el bióxido de carbono y las sustancias de desecho del producto llegan a través de la arteria umbilical a los lagos maternos.

Después de la fecundación, el huevo o cigoto se divide en dos células llamadas blastómeros; luego, en 4, 8, 16 y así sucesivamente hasta formar un conjunto de nombre de mórula. Cada blastómero tiene características de diferenciación.

Las células continúan dividiéndose y se distribuyen en una capa periférica llamada trofoblasto y un conjunto de células íntimamente unidas que recibe el nombre de la mórula. Cada blastómero tiene características de diferenciación.

Las células continúan dividiéndose y se distribuye en una capa periférica llamada trofoblasto y un conjunto de células en el interior llamada masa celular interna o embrioblasto.

Se forma en una cavidad llena de líquido o blastocele, llamado blástula, que llega a la cavidad uterina, siete días después de la fecundación. Las células del trofoblasto nutren a la masa celular interna intervienen en el proceso de implantación, dan origen a las vellosidades coriales.

El embrioblasto organiza sus células constituyen el disco embrionario. Ahora la blástula se va a transformar en gastrula, dos capas de células recibe el nombre de ectodermo, células más pequeñas llamado endodermo, el blastocele forma al saco vitelino.

Semana 2

Al final de la segunda semana se forma entre la capa del trofoblasto y las células del saco vitelino, otra cavidad, la cavidad corionica, también llena de líquido,

Semana 3

En la tercera semana aparece en el disco embrionario una estructura, la notocorda que condicionan la migración de células para que formen una tercera capa de células el mesodermo.

Al final de la tercera semana, aparecen a los lados del tubo neural unas estructuras dispuestas por pares llamadas somitas.

El mesodermo origina así al tejido muscular, cartílago, hueso, tejido adiposo, tejido hematopoyetico, el epitelio

de los riñones, uréteres, la pleura, el peritoneo y el pericardio (cavidades esplancnicas o celomicas), el epitelio de las gónadas y sus conductos y el epitelio de la corteza suprarrenal.

El endodermo crece para cubrir el saco vitelino; durante la cuarta semana se forman dos espacios: la cavidad celomica delimitada por el mesodermo que da origen a las cavidades torácica y abdominal y el intestino primitivo que se formo del saco vitelino.

Del endodermo derivan también estructuras del tracto gastrointestinal como el hígado, la vesícula biliar, los conductos biliares y el páncreas; pulmones, laringe, traquea, bronquios, tuba uterina, tonsilas (amígdalas), el epitelio de las glándulas tiroideas, paratiroideas.

Semana 4

En esta etapa, el bebé en desarrollo es llamado un embrión. La cabeza se ha formado y comienzan a crecer brotes en las extremidades que pronto se convertirán en piernas y brazos. Los primeros órganos en formarse son el corazón y los pulmones; a los 25 días el corazón comenzará a latir. El cerebro y la médula espinal comienzan a formarse como un tubo neural. El embrión pesa menos de una onza y tiene una longitud de aproximadamente 0.014 de pulgada.

Semana 6

Comienzan a tomar forma la cabeza, la boca, el hígado y los intestinos de la nueva vida en gestación. Se puede ya registrar la actividad cerebral; se forma el esqueleto y se desarrollan los reflejos. Los ojos permanecen abiertos, sin párpados. Los dedos crecen hasta la primera articulación. El embrión tiene una longitud de aproximadamente 0.16 de pulgada.

Semana 8

Comienza la formación de todos los órganos y sistemas principales del cuerpo. Se forman los ojos, oídos, nariz, labios, lengua y brotes para los dientes. Los párpados están sellados. Los órganos comienzan a ser controlados por el cerebro. Los dedos de las manos y de los pies, los tobillos y las muñecas están completamente formados. El embrión pesa menos de una onza y tiene una longitud de aproximadamente 0.68 de pulgada. Aunque no del todo formadas, todas las partes del cuerpo – brazos, piernas, ojos, genitales y demás órganos – se encuentran presentes. Se desarrollan los pulmones y el estómago y los intestinos se forman rápidamente. El cordón umbilical está completo. El embrión, mide 2,5 cm. de longitud, y pesa 1,98 g.

Semana 10

El feto mide ahora de 1 a 2 pulgadas y pesa poco menos de una onza. Le han crecido uñas blandas en los dedos de manos y pies. El feto ahora tiene 20 brotes que algún día serán dientes. Ahora comenzará a madurar la formación completa de todos los órganos principales y el feto comienza a ganar peso durante todo el embarazo. El feto ahora puede mover sus brazos y sus piernas. El feto pesa alrededor de una onza y mide aproximadamente de 2 a 3 pulgadas.

Semana 11

Se puede determinar el sexo del feto. El cabello del feto comienza a crecer y las uñas de los dedos de las manos y de los pies se hallan perfectamente formadas. La cabeza y el cuerpo del bebé adquieren las debidas proporciones y el cuello toma forma. Los brazos y las piernas comienzan a alargarse. El feto mide ahora aproximadamente de 3 a 4 pulgadas de longitud

Semana 12

El movimiento aumenta y el feto mueve su cuerpo y traga. También se puede escuchar una voz. La piel es transparente y de color rosado. El cordón umbilical es ahora lo suficientemente grueso para llevar sustancias nutritivas de la madre al feto, así como toxinas y venenos del humo de tabaco, alcohol y otras drogas. El cordón umbilical continúa creciendo y la placenta está completamente formada. El feto pesa unas cinco onzas y mide aproximadamente de 4 a 5 pulgadas de longitud.

Semana 13

Comienzan a sentirse los movimientos del feto al empezar a mostrarse más activo, extendiendo los brazos y pateando las piernas. Se activan las cuerdas vocales y el feto puede llorar. El feto puede chuparse el pulgar y se manifiesta el llamado cálculo gustatorio (corpúsculo del gusto). El feto mide ahora aproximadamente de 5 a 6 pulgadas de longitud.

Semana 14

El feto puede ahora volver todo su cuerpo de lado a lado y de enfrente hacia atrás. Las uñas están ahora completamente crecidas y llegan a la punta de los dedos. El feto ahora tiene un patrón de sueño regular. El crecimiento rápido en este mes lleva al feto a pesar de media a una libra y mide aproximadamente de 6 a 7 pulgadas de longitud.

Semana 15

El feto demuestra función y capacidad plenas del movimiento del ojo. Y también puede oír el mundo exterior, con sus voces, sonidos y canciones. En esta etapa, el feto manifiesta múltiples actividades: tose, tiene hipo, mira con los ojos entrecerrados y hasta frunce el ceño. Mide alrededor de once pulgadas y media y pesa, más o menos, una libra. El feto pesa aproximadamente 1 libra y mide de 7 a 8 pulgadas de longitud.

Semana 16

La piel es de color rojo, arrugada y cubierta con un vello suave y fino. Si nace en esta etapa, el feto pudiera sobrevivir mediante un cuidado intensivo, aunque los pulmones no están todavía funcionando completamente. Los ojos ahora se pueden abrir conforme los párpados comienzan a separarse. Ahora se pueden apreciar las huellas digitales en los dedos de pies y las manos. El feto mide 16,5 cm. y pesa 141,7 g.

Semana 17

Uno puede detectar el latido del corazón del feto, escuchándolo a través del abdomen de la madre. La actividad del cerebro del feto demuestra que puede responder al sentido del tacto. Además, responde a la luz que se refleja sobre el abdomen de la madre, moviendo su cabecita hacia la luz. El feto mide aproximadamente de 9 a 10 pulgadas de longitud.

Semana 18

El feto ejercita los músculos pateando y estirándose. Tornándose más activo, el feto se chupa el pulgar, llora y puede abrir y cerrar los ojos. El feto tendría buenas probabilidades de sobrevivir si nace en esta etapa de su desarrollo. El feto pesa unas tres libras y mide aproximadamente de 9 a 10 pulgadas de longitud.

Semana 20

Una capa de grasa llamada vernix caseosa producida por las glándulas sebáceas empieza a depositarse sobre su cuerpo, esta capa es protectora, su cuerpo se ve erguido y comienza el reflejo de succión. Se comienza a incrementar tanto el tamaño como el peso. El feto mide ahora 25,4 cm., y pesa 340,08 g.

Semana 24

Abre los párpados aunque la pupila aun esta cubierta por una membrana opaca que tiempo después desaparece. El feto sigue como siempre en posición cabeza hacia abajo. Mide 33,02 cm., y pesa 589,6 g.

Semana 28

Si nace en este momento tiene buenas posibilidades de sobrevivir, ya que puede diferenciar sabores, llorar, respirar y deglutir. Los testículos comienzan el descenso hacia el escroto. el feto cambia de posición, esto suele pasar en esta semana. Mide 36,8 cm., y pesa 907,2 g.

Semana 32

Su piel se ve menos arrugada por que debajo de ella se está depositando tejido adiposo; los testículos ya descendieron. El feto cambia nuevamente de posición, con la cabeza hacia el cervix de la madre. Mide ahora 40,6 cm., y pesa 1,58 Kg. Semana 36 se le cae el lanugo, desapareció la vernix caseosa, las uñas cubren los extremos de sus dedos y tiene mayor cantidad de tejido adiposo. Ya esta a punto de llegar a su fase de maduración total. Mide 45,7 cm., y pesa 2,49 Kg.

Los órganos del feto son completamente maduros, y están perfectamente formados. Entre la semana 8 y el final del embarazo (semana 40) la longitud del feto aumenta veinte veces y su peso se incrementa en 1700 veces. Ahora mide 50,8 cm., y pesa 3, 40 Kg.

Embarazo ectopico

Consiste en la implantación del huevo fuera de la cavidad uterina, y también se denomina embarazo extrauterino.

Su frecuencia es de 200 embarazos hasta uno por cada 500, según el tipo de institución.

La incidencia es difícil dar verdaderos datos, varia de 1 en 64 a 1 en 241 embarazos, con un promedio de aproximadamente 10 por 1000 gestaciones. En los últimos 20 años ha habido un incremento casi del cuádruple. En 1989 ocurrieron 34 muertes por embarazos ectópicos con un índice de mortalidad de 3.8 por mitad de la gestación y la segunda más común en total.

El incremento se debe a la combinación de una mayor frecuencia de salpingitis y los mejores antibióticos, que permiten la permeabilidad tubarica. La trompa resultante es permeable, pero con daño de la luz.

La estimación típica es de 1 en 30 000, pero un estimado más probable es de 1 en cada 4 000 a 15 000. Es probable que los métodos más recientes para inducir la ovulación y las técnicas in Vitro aumentan la incidencia.

Desde hace ya dos decenios, la incidencia del EE crece de modo alarmante en todos los países industrializados (Estados Unidos, Reino Unido, Francia, Suecia, Finlandia, etc.). En los estados Unidos, por ejemplo, se ha pasado de 17800 casos en 1970 a 78400 en 1985.

Se inculpan como causas principales de esa mayor incidencia la epidemia de enfermedades de transmisión sexual iniciada en los años sesenta y el empleo de dispositivos intrauterinos.

Otros factores inculpados son ciertas intervenciones médicas (inducción de la ovulación; administración de estrógenos o de gestágenos –la minipíldora de sólo progestina, por ejemplo–, la fivet, el aborto inducido, la cirugía reparadora de la trompa) o algunas circunstancias que se dan en la mujer (la tendencia a retrasar el

momento de tener hijos, la presentación anterior de otro EE o la infertilidad). La distribución topográfica de los EE se puede esquematizar así: el 98% de los EE son de asiento tubárico, un 1% se desarrollan en el ovario y un 1% más se implantan primaria o secundariamente en el abdomen. Un número insignificante lo hace en el cérvix uterino, el ligamento ancho, en un cuerno uterino rudimentario y en otras localizaciones excepcionales.

CRITERIOS MÍNIMOS EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE SALUD MATERNO-INFANTIL

Documento de consenso elaborado por grupo de expertos en prevención y promoción de la salud tomando como guía las actividades del Programa de Salud Materno-infantil

Este documento es consecuencia del trabajo de coordinación durante 10 años de diversos grupos de trabajo, de publicaciones y del trabajo de muchos profesionales dedicados a diferentes áreas de salud materno-infantil.

La Ley 30/85 General de Sanidad faculta a las Comunidades Autónomas para que asuman las competencias en Salud Pública, teniendo el Ministerio de Sanidad la obligación de armonizar y homogeneizar las actividades que realicen en aras de conseguir los principios básicos que la inspiran, de atención universal y equidad en todo el territorio.

Existen un conjunto de objetivos, criterios para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y actividades con los mismos fines que constituyen un programa básico de salud materno-infantil, que permitan en lo fundamental garantizar una igualdad de atención en salud materno-infantil a todos los españoles.

La situación actual que enmarca hoy la atención en salud materno-infantil está definida por las siguientes características:

- a) El descenso de la toxemia es otra complicación seria de la última etapa del embarazo, e la mortalidad.
- b) El descenso de natalidad.
- c) Un cambio de la morbilidad.
- d) La aparición de nuevas tecnologías.

Por razones didácticas el programa de salud materno-infantil debe dividirse en subprogramas, todos naturalmente interrelacionados entre sí, pero con características y actividades específicas diferentes entre ellos.

Está fundamentalmente dividido en dos grandes áreas:

Salud de la mujer

Salud del niño.

La salud del niño se promocionará a través de seis grandes grupos de actividades:

- * Prevención de minusvalía psíquica.
- * Vigilancia del niño hasta los 14 años.
- * Promoción de la salud de los escolares.
- * Nutrición.

- * Prevención de accidentes.

- *Salud bucodental.

La promoción de la salud de la mujer abarcará las siguientes grandes áreas de actividades:

- * Atención a la planificación familiar.

- * Detección precoz de cánceres ginecológicos.

- * Atención a los trastornos del climaterio.

- * Atención al embarazo, parto y puerperio.

- * Consejo genético y diagnóstico prenatal.

El embarazo, parto y puerperio, incluido el Diagnóstico Prenatal en aquellos embarazos que presentan riesgo de malformaciones constituyen el tema fundamental dentro del área de la mujer así como la satisfacción del derecho a que los embarazos sean deseados y en condiciones óptimas a través de la planificación familiar.

También la promoción de la salud en el climaterio y los procesos prevalentes en esta etapa de la vida, incluidos la detección precoz de cáncer de cervix y de mama.

En el área de la salud del niño son prioritarios los programas de seguimiento del niño sano, incluidos los que se refieren al ambiente escolar, nutrición, etc. Siendo fundamental en este programa la detección precoz de minusvalías bien debidas a malformaciones congénitas, o debidas a accidentes infantiles cuya prevención es otro de los aspectos importantes del programa de salud materno–infantil.

El objetivo de este documento es proporcionar directrices a los profesionales que realizan atención en salud materno infantil en el área de la promoción de la salud y la prevención de procesos patológicos, a través de la detección de los factores de riesgo que puedan permitir la realización de actuaciones sanitarias.

El ámbito de aplicación de este programa es fundamental en la Atención Primaria de Salud.

Los objetivos generales, por tanto de la promoción y prevención de la salud materno infantil son alcanzar cobertura universal en todos aquellos aspectos básicos de este área y disminuir la morbilidad materna e infantil

Los contenidos de este documento pretenden ser los criterios mínimos que en prevención y en promoción de la salud materno–infantil deben seguirse para hacer llegar a toda la población una correcta atención materno infantil.

La conclusión que se deduce de las mismas es que la atención en salud materno infantil precisa unas actividades realizadas de forma integrada según las necesidades planteadas por los procesos biológicos y por la situación social y demográfica de nuestra época.

Y en este momento tienen una gran importancia en las cifras de salud materno–infantil, todos aquellos datos referentes a los grupos de riesgo que en el documento hemos definido, las cuales precisan actuaciones específicas y prioritarias para llegar a conseguir los objetivos planteados en este documento.

Hemorragias

Se entiende por hemorragia durante el embarazo todo aquel sangrado que se produzca a través de la vagina en cualquier momento de este periodo. Clásicamente las hemorragias durante el embarazo se han dividido en dos grandes grupos, aquellas que se producen durante el primer trimestre y aquellas que se producen durante el tercer trimestre.

En el caso de las hemorragias que se producen durante el primer trimestre de la gestación, es decir, durante los tres primeros meses, las causas principales son: el aborto y la amenaza de aborto. Pueden existir otras causas distintas, como son lesiones a nivel de la vagina o a nivel del cuello uterino que pueden dar manifestaciones hemorrágicas.

En el tercer trimestre, es decir, en los tres últimos meses del embarazo, aunque habría que señalar que también pueden ocurrir antes, las principales causas de hemorragia son la placenta previa (esto quiere decir una placenta que se inserta sobre o muy cerca al cuello uterino), el desprendimiento prematuro de placenta (esto quiere decir que la placenta se desprende antes de su debido tiempo, que sería normalmente después del nacimiento del bebé) y lo que se denomina vasa previa (quiere decir que se rompen unos vasos del cordón que se sitúan por delante de la presentación fetal).

Las causas principales de hemorragia durante el primer trimestre son el aborto, la amenaza de aborto. No existe una correlación entre la cantidad del sangrado y la causa que lo provoca. Generalmente va a acompañarse de molestias en el abdomen inferior o incluso de dolor más o menos intenso. En el caso del aborto estas molestias se localizan fundamentalmente en el hipogastrio.

Toxemia gravidica

Enfermedad propia del embarazo (último trimestre, en el parto o en el postparto inmediato), que se caracteriza por una hipertensión arterial severa, proteinuria, edemas, insuficiencia renal y convulsiones generalizadas tónico-clónicas, que pueden llevar a una situación de coma. Puede afectar al hígado (ictericia, necrosis hepática, etc.), a la placenta (infarto, desprendimiento prematuro, insuficiencia placentaria, etc.) y a otros órganos. Es frecuente la coagulación intravascular diseminada con una afectación multisistémica. La lesión orgánica más característica se localiza en el riñón (tumefacción de las células endoteliales glomerulares y depósitos subendoteliales de fibrina e IgM). Requiere la hospitalización urgente del paciente por su elevada morbimortalidad, tanto materna como fetal. También se denomina eclampsia.

Enfermedad trofoblástica

Se entiende por tal el conjunto de alteraciones caracterizadas por proliferación anormal de tejido trofoblástico de la gestación, con potencial maligno progresivo. Incluye la mola no invasora (parcial o completa), la mola invasora y el coriocarcinoma gestacional.

Mola hidatidiforme completa (o clásica)

Es la enfermedad trofoblástica más frecuente. Aparece entre 11 y 25 semanas de embarazo, en promedio, a las 18 semanas. Ocurre en 1/2.000 embarazos. Es más frecuente en el Oriente. El riesgo de que ocurra esta enfermedad es mayor en embarazadas menores de 15 años y mayores de 40.

El útero se encuentra aumentado de tamaño difusamente, la mayoría de las veces, el aumento de tamaño es de mayor grado que el que corresponde a la edad gestacional, pero en 1/3 de los casos el útero es pequeño. Macroscópicamente se aprecia tumefacción quística de las vellosidades, agrupadas en masas como racimo de uvas.

Histológicamente los elementos diagnósticos principales son: edema de las vellosidades y proliferación del trofoblasto, éste con diversos grados de atipias nucleares. Se reconocen los tres tipos de trofoblasto. Las

vellosidades tienen un estroma con canales dilatados (cisternas), en el 90% de los casos ellas son avasculares y son de contornos irregulares. Así, todas o la mayoría de las vellosidades están edematosas. La proliferación del trofoblasto es difusa (hay elevada concentración de gonadotrofina coriónica en la sangre). Existe el riesgo de hipertensión arterial precoz del embarazo (preeclampsia).

El cariotipo en la mola es diploide, 44XX, con todo el material cromosómico derivado de espermatozoides (androgénesis): fertilización por un espermio 22X de un óvulo con cromosomas ausentes o inactivados. Rara vez hay fertilización por dos espermios, cada uno 22X. El embrión muere precozmente y generalmente no se reconoce embrión.

Mola parcial o incompleta

Constituye alrededor del 30% de los embarazos molares. El útero rara vez está aumentado de tamaño, la preeclampsia es menos frecuente y más tardía, el alza de las gonadotrofinas es menor. Entre las vellosidades alteradas hay vellosidades normales. Las alteraciones son edema de las vellosidades y proliferación focal del trofoblasto. Las vellosidades tienen contornos muy irregulares, con hendiduras, y frecuentemente hay brotes de trofoblasto inmersos en el estroma y sin conexión con el de la superficie. Estas alteraciones también se encuentran en abortos con cariotipo triploide. El trofoblasto presenta escasas atipias. El cariotipo de esta mola es triploide: 66XXY, resultante de la fertilización de un óvulo 22X (con el material cromosómico completo) por dos espermios (22X y 22Y). El embrión es viable algunas semanas. Histológicamente pueden encontrarse partes del embrión y eritroblastos en las vellosidades.

El 8 a 40% de las molas en general pueden progresar a molas invasoras y el 2,5%, a coriocarcinomas. No hay correlación entre el grado de atipia nuclear y el riesgo de progresión de la enfermedad. Se acepta que este riesgo es mayor en las molas completas que en las parciales, en esta última el riesgo alcanzaría a sólo 4%.

Mola invasora

Se manifiesta principalmente en la invasión del miometrio por vellosidades completas, también pueden estar comprometidos los parametrios. Hay proliferación del citotrofoblasto y del sinciotrofoblasto y concentración elevada de gonadotrofina coriónica en la sangre. También se reconoce trofoblasto intermedio. En alrededor de un 30% de los casos se producen embolias de vellosidades al pulmón o cerebro, pero no se desarrollan como metástasis tumorales. La mortalidad se debe fundamentalmente a complicaciones locales, como ruptura uterina. En la mola invasora existe mayor riesgo de que se desarrolle un coriocarcinoma que en las molas no invasoras.

Coriocarcinoma

Ocurre en 1/20.000 embarazos. Corresponde al tumor maligno derivado del trofoblasto gestacional. Se origina en un embarazo que puede ser molar un embarazo anterior ectópico o normal y también puede originarse de un aborto previo. El 50% de los casos se originan en molas; el 25%, en abortos espontáneos previos y el 22%, en embarazos anteriores ectópicos o normales.

El tumor primario suele ser pequeño o inaparente. El tejido tumoral tiene tendencia a la hemorragia y necrosis. Histológicamente se reconocen citotrofoblasto y sinciotrofoblasto atípicos con estroma ricamente vascularizado. No se encuentran vellosidades. Hay muy elevadas concentraciones de gonadotrofina coriónica en la sangre.

Las metástasis son linfógenas y especialmente, hematógenas, estas últimas ampliamente distribuidas. El 90% de ellas ocurre en el pulmón y el 20–60% en vagina, cerebro e hígado, menos frecuentemente en riñones y otros órganos. El tumor es muy sensible a la quimioterapia, a diferencia de los coriocarcinomas no gestacionales.

Tumor del sitio trofoblástico

Es poco frecuente, puede ser nodular o difuso y está formado casi exclusivamente por células del trofoblasto intermedio. Las células son mononucleares y multinucleadas, no se forman vellosidades, el tejido tumoral tiene tendencia a la invasión vascular. A pesar de esto, la mayoría es de comportamiento benigno. La mortalidad alcanza al 10%.

La mola hidatidiforme en forma global es de 1/1000 embarazos

8 a 10% serán malignas

3% serán coriocarcinoma

1% tumor trofoblástico placentario

Incidencia según raza:

Blanca, negra, judía, europea, latinoamericana, china, india, africana.

Incidencia por edad:

Más frecuente en primigesta joven o añosa.

Isoinmunización materno fetal

La isoinmunización materno-fetal también llamada eritoblastosis o enfermedad hemolítica del recién nacido, es el cuadro patológico caracterizado por la destrucción excesiva de eritrocitos fetales debida a la formación de isoglutininas maternas que llegan al producto antes del nacimiento. el termino isoinmunización obedece a que el antígeno causal proviene de un individuo de la misma especie.

La isoinmunización materno-fetal puede producirse principalmente por: grupo sanguíneo (sistema ABO) y factor Rh.

Es más frecuente que haya incompatibilidad al sistema ABO que el factor Rh, pero esta última reviste una gravedad mayor.

Mortalidad materna

muerte materna: Es la que ocurre en una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días de la terminación del mismo, independientemente de la duración y lugar del embarazo producida por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales.

La Tasa de Mortalidad Materna registrada en la Región de América Latina y el Caribe es de 87 por 100.000 nacidos vivos (NV), con rangos entre 239 (Caribe Latino) y 74 en Sud América y México y 73 en el Caribe No Latino. Mueren por año en el total de la Región 9.900 madres o sea 27 madres por día (1 madre cada 50 minutos). En general el subregistro es grande por lo que estas cifras están probablemente sub-evaluadas.

A nivel de los países (42 países con esta información), 17 tienen tasas por debajo de 30 por 100.000 nacidos vivos y 9 países tienen tasas superiores al 100 por 100.000. Doce países (34%), superan la tasa de la Región (87 por 100.000 NV).

MORTALIDAD MATERNA

Concepto		Cifra	Fecha	Fuente
Número de muertes maternas		1,399	1992	Maternidad sin riesgos
Tasa de mortalidad materna		5.8%	1992-1994	CONAPO II
Lugar que ocupa el aborto como causa de mortalidad materna		3º	1992-1994	CONAPO II
PAIS	Periodo	Nacimientos	Defunciones	Defunciones infantiles
México	2001	2 767 610	443 127	35 911

Aborto

Un aborto es la terminación de un embarazo. Un aborto que pasa naturalmente, como en un malparto, se llama espontáneo. Se le define como la pérdida del embarazo, clínicamente reconocida antes de las 20 semanas de gestación.

La realidad en cuanto a pérdida de embarazos es mucho mayor que la observada clínicamente. Los estudios con gonadotrofina coriónica humana (GCH) mostraron que el porcentaje de pérdida de embarazos después de su implantación es del 30 al 40%.

Aborto: Expulsión del producto de la concepción de menos de 500 gramos de peso o hasta 20 semanas de gestación.

El aborto espontáneo (AE) es la complicación más frecuente del embarazo (ocurre en el 10 al 15% de las gestaciones).

Las alteraciones cromosómicas constituyen la causa más común de esta alteración. El aborto espontáneo recurrente (AER) ha sido definido como la verificación de 3 o más AE reconocidos clínicamente.

Datos epidemiológicos indican que el riesgo de un nuevo aborto después de un AE (aborto espontáneo) es del 24%, pero asciende a un 40% después de 4 AE (abortos espontáneos) consecutivos.

También se han propuesto como causa de AER (aborto espontáneo recurrente) las alteraciones de la arteria uterina. Entre los factores anatómicos adquiridos están las adherencias intrauterinas, los miomas, la adenomiosis, las cirugías tubarias y la endometriosis que es una enfermedad que ocurre cuando el tejido endometrial, es decir, el tejido que reviste internamente el útero y que se expulsa durante la menstruación, crece fuera de él.

En el caso de los miomas, se dice que su asociación con los AER (aborto espontáneo recurrente) puede obedecer a factores mecánicos, tales como reducción de la cantidad de sangre que se irriga, alteraciones de la placenta y contracciones uterinas que determinan la expulsión fetal.

Se cree que el AER (aborto espontáneo recurrente) en mujeres con endometriosis puede deberse a la secreción de toxinas o a una mayor producción de prostaglandinas, que generan contracciones uterinas y alteraciones hormonales. Sin embargo, no se sabe si el aborto es ocasionado por la endometriosis o por mecanismos inmunológicos indirectos.

Los problemas de salud de la madre pueden ser las causas de un aborto. Fumar, consumir alcohol, los traumas y el abuso en el consumo de drogas, aumentan las posibilidades de un aborto.

Concepto	Cifra	Fecha	Fuente
Número de abortos en México (incluye espontáneos e inducidos)	1,700,000	cada año	Maternidad sin riesgos
Número de abortos en México (incluye espontáneos e inducidos)	200,000	cada año durante el periodo 1993–1995	CONAPO II
Número de abortos espontáneos en México	850,000	cada año	Maternidad sin riesgos
Número estimado de abortos inducidos en México	533,100	1990	Instituto Alan Guttmacher
Número estimado de abortos inducidos en México	850,000	cada año	Maternidad sin riesgos
Número estimado de abortos inducidos en México	110,000	1995	CONAPO II
Proporción de abortos por cada 100 nacidos vivos en México	21	no especificado	Instituto Alan Guttmacher
Tasa anual de abortos en México por cada 100 mujeres en edad fértil	2.33%	no especificado	Instituto Alan Guttmacher
Porcentaje de mujeres en edad fértil, que han experimentado un aborto en México	17.8%	1995	CONAPO
Número de camas que se ocupan a causa del aborto en los servicios de salud en México	600,000	cada año	Maternidad sin riesgos
Número de casos de hospitalización por aborto en México	166,380	1994	INEGI I

Eventos relacionados con el aborto

El 35% pensó que había recibido la visita de su hijo abortado.

El 54% tuvo pesadillas relacionadas con el aborto.

El 69% experimentó síntomas de "locura".

Al 73% le venían a la memoria recuerdos de esta experiencia.

El 81% mostró preocupación por el bebé abortado.

Problemas de comportamiento más comunes después del aborto

El 61% incrementó el uso del alcohol.

El 65% tuvo pensamientos suicidas.

El 69% tuvo problemas sexuales.

El 77% experimentó incapacidad para comunicarse.

El 81% lloró con frecuencia.

El 91% de las mujeres conoce algún método anticonceptivo (Estado de la Población Mundial 2000, FNUAP).

La prevalencia del uso de anticonceptivos es de 67% de todos los métodos y de 58% de métodos modernos de planificación familiar.(Estado de la Población Mundial 2000, FNUAP).

En septiembre de 1999 el grupo interinstitucional de salud reproductiva colaboró en la propuesta para la introducción de la anticoncepción de emergencia en la norma de planificación familiar y se preveía su obtención tanto en unidades de atención médica como en los programas de planificación familiar en los sectores públicos y privados (Citado en Mujeres del Mundo: Leyes y Políticas que afectan sus vidas reproductivas. América Latina y el Caribe. CRLP/DEMUS, Suplemento 2000, p 77).

En agosto del 2000 los artículos del Código Penal y Códigos de Procedimientos Penales del Distrito Federal relacionados con el aborto, fueron modificados para ampliar la posibilidad de obtener un aborto legal a los casos en que la salud de la mujer está en peligro o existe algún tipo de malformación fetal. La modificación también disminuye la pena máxima del delito de aborto y establece los procedimientos para obtenerlo cuando se trata de casos de violación (Citado en Mujeres del Mundo: Leyes y Políticas que afectan sus vidas reproductivas. América Latina y el Caribe. CRLP/DEMUS, Suplemento 2000, p 77).

Riesgo reproductivo

Muchas veces los servicios de maternidad y de planificación familiar utilizan el concepto "Riesgo Reproductivo" para poder decidir qué mujeres van a usar qué servicio. Frecuentemente para ello se recurre a un sistema de medición que permite clasificar a las mujeres de acuerdo al nivel de riesgo que enfrentan.

El riesgo no es una enfermedad, no lo podemos curar ni eliminar. De hecho, no podemos tener una vida, un nacimiento o un embarazo sin riesgo. El riesgo es parte de la vida. En su sentido técnico y práctico es una probabilidad.

El alto riesgo En sentido estricto se trata sólo de una comparación de probabilidades. Por ejemplo, existen riesgos en actividades simples como tomar un refresco de dieta o comer mantequilla. Los riesgos altos y bajos existen solamente en comparación entre sí o con una norma.

Su utilización como una herramienta para la prestación de servicios descansa en tres supuestos: primero, que mujeres con ciertas características enfrentan una probabilidad de muerte materna mayor que otras, segundo, que es posible identificar a estas mujeres y, tercero, que esas muertes pueden ser prevenidas.

La muerte y bajo peso al nacer, así como la muerte neonatal son mucho más fáciles de documentar y mucho más comunes que la mortalidad materna. Por lo tanto, lo que hacen muchos de los llamados sistemas de riesgo es predecir la mortalidad infantil y no la mortalidad materna.

Los sistemas de riesgo también necesitan ser aplicados de manera correcta para ser efectivos; sin embargo, esto casi nunca sucede.

MEXICO

México tiene una población total de 98,9 millones de habitantes. La tasa media de crecimiento demográfico entre 1995 – 2000 es de 1,6% al año (Estado de la Población Mundial.2000, FNUAP).

La tasa de fertilidad de las adolescentes en 1998 fue de 69 nacimientos por cada 1000 mujeres entre 15 y 19 años (Mujeres del Mundo: Leyes y Políticas que afectan sus vidas reproductivas. América Latina y el Caribe. CRLP/DEMUS, Suplemento 2000, p. 73).

Según el Informe de Desarrollo Humano 2001 del PNUD, la esperanza de vida al nacer para las mujeres en 1999 es de 75,8 años y para los hombres de 69,8 años

La tasa de mortalidad para niñas menores de 5 años en 1998, es de 34 por mil y para mujeres entre 15 y 59 años es de 108 por mil (The World Health Report 1999. Making a Difference. Geneva: OMS/WHO, 1999).

SALUD MATERNA

La tasa de fecundidad total por mujer entre 1995 y 2000 es de 2,8 (Informe de Desarrollo Humano 2001, PNUD).

La proporción de mortalidad materna entre 1980 y 1999 es de 55 por cien mil nacidos vivos (Informe de Desarrollo Humano 2001, PNUD).

En México el 75% de los partos son atendidos por personal capacitado (Estado de la Población Mundial 2000, FNUAP).

Entre 1993 y 1998, el 15,6% de los nacimientos vivos era de mujeres menores de 20 años (Informe de Desarrollo Humano 2000, PNUD).

VIH/SIDA Y ETS

En 1999, 22.000 mujeres entre 15 y 49 años vivían con VIH/SIDA (Informe de Desarrollo Humano 2001, PNUD).

AFLICCION PERSONAL

Entre 1993 y 1998, 1,0 mujeres por cien mil habitantes se suicidaron comparado con 5,4 hombres (Informe de Desarrollo Humano 2000, PNUD).

La Población Total estimada para el año 2001, para América Latina y el Caribe es de 525 millones de habitantes habiéndose incrementado en 30% en los últimos 20 años. Los menores de 15 años fueron el 33% o sea un total de 172 millones en la Región. La mayor prevalencia de niños predomina en Centro América y el Caribe No Latino con 41%.

La Población Urbana, es 72%, con rangos entre 48% en Centro América y 75% en Sud América y México.

La Densidad de Población es 25 habitantes por Km² con rangos entre 162 en el Caribe Latino y 16 en el Caribe No Latino.

El total de Nacidos Vivos registrados, fue de 11.5 millones, habiendo permanecido estable en los últimos 20 años. El 83% de los nacimientos se produjeron en Sud América y México.

La prevalencia en la Región (información 1990–1999) de Bajo Peso al Nacer (BP) (< 2500g), es de 8.6% y el número registrado de neonatos de BP es de 1 millón. Los rangos oscilan entre 10.7% en el Caribe Latino y 8.1% en el Sud América y México.

La Población de Analfabetas (mayores de 14 años) fue de 12.1% en la Región, lo que suma 43 millones de habitantes. De ellos, 33 millones viven en Sud América y México, 5.2 millones en Centro América, 4.1 millones en el Caribe Latino y 0.4 millones en el Caribe No Latino.

La Esperanza de Vida al Nacer fue 73.7 años (ambos sexos) con rangos entre países de 53 y 79 años.

La Tasa Bruta de Natalidad (nacimientos por cada 1000 habitantes) es de 19.8 con rangos entre países de 11.9 y 35.4 Latino.

La Tasa Global de Fecundidad (hijos por cada mujer en edad reproductiva) es de 2.5, con rangos entre países de 1.5 y 4.7.

La Atención del Embarazo (madres con nacidos vivos) por personal técnicamente capacitado fue de 70% con rangos entre 69.0% (Sud América y México) y Centro América y 89.7% (Caribe No Latino). La tercera parte de ellos, un total de 3.8 millones no fueron atendidos durante el embarazo o lo fueron por personal no capacitado.

La Atención del Parto (madres con nacidos vivos) por personal técnicamente capacitado fue del 86.5% con rangos entre 77.7% en Centro América y 96% en el Caribe No Latino. El total de partos no atendidos o atendidos por personal no capacitado fue de 1.6 millones.

El Uso de Contraceptivos (cualquier método) tiene rangos entre 53% (Caribe No Latino) y 71% en el Caribe Latino.

La Tasa de Mortalidad Perinatal registrada en la Región, fue de 34.4 por 1000 nacidos vivos, con rangos que van entre 54 en Caribe Latino y 32 en Sud América y el Caribe No Latino. El total registrado de muertes perinatales anuales fue de 390.029 o sea 1.069 por día o 45 muertes feto-neonatal por hora.

A nivel de los países (31 países con esta información), 10 tienen tasas iguales o menores a 20 por 1000 nacidos vivos, mientras que 9 países tuvieron tasas iguales o mayores a 40 por 1000. Trece países (42%), superan la tasa media de la Región (34.4 por 1000 NV).

La Tasa de Mortalidad Infantil registrada en la Región, fue de 26.8 por 1000 nacidos vivos, con rangos que oscilan entre 41.3 (Caribe Latino) y 19.3 (Caribe No Latino). El total registrado de muertes infantiles anuales fue de 308.914 o sea 846 muertes por día o 35 por hora.

TOXOPLASMOSIS

La toxoplasmosis en general, es una parasitosis causada por el protozoo *Toxoplasma gondii* con manifestaciones clínicas en inmunosuprimidos y recién nacidos con la infección adquirida in útero. La toxoplasmosis humana es una zoonosis, cuyo agente etiológico es el *Toxoplasma gondii*, un protozoo de la clase Coccidiae. El gato doméstico y otros félidos son los únicos huéspedes definitivos conocidos. Su ciclo vital comprende una fase sexual que tiene lugar en el epitelio del intestino de los félidos y una fase tisular asexual que ocurre tanto en los huéspedes definitivos como en los huéspedes intermediarios. El gato excreta ooquistes que luego de su esporulación (entre 3 y 40 días después) contienen 8 esporozoitos que son capaces de infectar una gran variedad de huéspedes intermediarios como roedores, aves y seres humanos. Otra forma de infectarse consiste en la ingestión de quistes tisulares contenidos en carne cruda o insuficientemente cocida .

Su aparición produce quistes, formas microscópicas de paredes duras, que se transmite por los excrementos de huésped primario o principal: el gato. Afecta a todos los animales, incluso a los seres humanos pero la mayoría de estos los retiene en su cuerpo. En países donde se tienen mascotas, las personas pueden contraerlo al cambiar las bandejas donde se recogen los excrementos de los gatos, al trabajar en el jardín sin guante, (en la tierra, las heces pueden permanecer infectadas durante 14 meses), y hasta por comer verduras de la huerta sin lavar. Los gatos no son los únicos responsables de la incidencia de esta enfermedad. Como ya se dijo, la carne mal cocida y el incremento en el consumo de leche de cabra (sin pasteurizar) son otros dos factores que hay que considerar.

Es necesario tener especial cuidado con los gatos contaminan los jardines y vegetales en sus vagabundeos, y a pesar de que entierran sus excrementos, siempre se puede entrar en contacto con ellos, por lo que como resultado, se ingiere el quiste de la toxoplasmosis. Los niños que juegan en los parques de arena también pueden contraer la infección, lo que constituye una de las razones por las que hay que renovar y estilizar la arena cada año.

Afortunadamente, la enfermedad es en general muy leve. Puede parecer una afección glandular o presentar los síntomas de una gripe leve. En una mujer embarazada sin embargo, aunque la infección no constituye un riesgo para ella, puede causar anomalías congénitas en el feto hasta en un 40% de los casos.

Si se contagia la enfermedad al principio del embarazo, es menos probable que el parásito atraviese la placenta y llegue al feto, pero si lo hace los efectos son más serios (teniendo en cuenta que las primeras semanas se consideran las principales etapas del desarrollo intrauterino). Si la mujer embarazada contrae la infección más tarde (es más posible que esto ocurra) las consecuencias en el feto son menos severas.

Por lo general, el 40% de los bebés de madres afectadas son portadores de la enfermedad. De estos, es factible que 10% tenga una afección seria.

Los bebés que nacen con toxoplasmosis (usualmente, cuando han recibido la infección entre el tercer y sexto mes) pueden desarrollar síntomas severos. Esto incluye hidrocefalia, calcificación en el cerebro y coreoretinitis (lesión de la retina). También pueden padecer, sordera y epilepsia. La mayor preocupación es que el problema visual quizás no se desarrolle hasta el final de la adolescencia.

rubeola

La rubeola también llamada Sarampión Alemán, es una enfermedad contagiosa aguda, causada por un virus que se propaga por núcleos de gotitas transportadas por el aire o por contacto íntimo. El individuo enfermo, puede transmitir la enfermedad desde una semana antes del inicio del exantema (brote en la piel), hasta una semana después de que éste desaparezca.

Los lactantes que adquirieron el virus a través de sus madres (intraútero), son potencialmente infecciosos durante muchos meses después del nacimiento.

Muchos casos de rubeola son diagnosticados erróneamente o pasan inadvertidos, al presentar síntomas muy leves.

Las epidemias usualmente aparecen a intervalos irregulares durante la primavera.

El período de incubación del virus es de 14 a 21 días, con un período llamado prodrómico (de 1 a 5 días antes de la presentación de la infección que se presenta solo en niños, no en adultos). Produce malestar general y tumefacción (hinchazón) dolorosa característica en los ganglios cervicales (alrededor del cuello y por detrás de las orejas). El exantema (brote de la piel) es similar al del sarampión. Se inicia en la cara y el cuello y se extiende luego hacia el tronco y las extremidades.

A nivel del paladar se pueden observar unas manchas de color rosado, que más tarde se pueden unir formando una placa roja. Se presenta también enrojecimiento de la faringe, sin dolor de garganta.

El ras (brote de la piel) por lo general dura 3 días. En el adolescente o adulto se presentan escasos síntomas constitucionales o ninguno, se puede presentar malestar general, dolor de cabeza, fiebre, dolor en las articulaciones y mucosidad nasal moderada.

La enfermedad cobra importancia durante el embarazo, sobre todo en los primeros cuatro meses de gestación. Se pueden producir abortos, niños nacidos muertos a la hora del parto y defectos congénitos.

La Rubeola congénita es una infección producida en el feto como resultado de infección en la madre durante el embarazo. Si la madre presentó la infección 2 a 3 meses antes del embarazo, habrá riesgo para el feto también.

Las primeras 8 semanas de gestación son las más susceptibles para el feto, con mayor probabilidad de defectos congénitos, ya que es una época muy importante del crecimiento fetal, con numerosos órganos y sistemas en pleno desarrollo, que pueden ser afectados por el virus.

Afortunadamente, gran parte de los niños con Rubeola congénita no presentaran anomalías al nacimiento. Pero, si presentan anomalías, se puede encontrar una combinación de defectos cardiacos, oculares y del sistema nervioso central.

La lesión del corazón más frecuente es un defecto en el desarrollo de la arteria pulmonar y otro padecimiento llamado persistencia del conducto arterioso. Los niños también tenderán a ser de bajo peso al nacer y presentar anomalías en los ojos (enfermedades de la retina y cataratas). Las anomalías a nivel del Sistema Nervioso Central pueden presentarse como sordera, deficiencias intelectuales (retraso mental) y problemas motores.

Los niños con Rubeola congénita pueden diseminar el virus durante los primeros 6 meses de vida. Se pueden encontrar virus en la faringe, orina, leucocitos, conjuntiva de los ojos, heces y el líquido céfalo-raquídeo.

Es recomendable la vacuna en la población susceptible como la mujer en edad reproductiva, sin embargo, la vacuna no deberá de ser aplicada a la mujer embarazada o 3 meses antes del embarazo. Se enfatiza mucho la vacuna con virus vivos atenuados en niños, para reducir los chances de un brote epidémico y de este modo proteger también a la mujer embarazada.

La vacuna no deberá de ser aplicada a individuos con el sistema inmune alterado (leucemia, linfoma, o cualquier otra en enfermedad maligna, en tratamiento con esteroides, radiación o quimioterapia).

La única prueba de inmunidad al virus, deberá de realizarse con exámenes de laboratorio, para demostrar la presencia de anticuerpos contra el virus de la Rubeola. La enfermedad produce una inmunidad permanente.

La enfermedad en el adulto es moderada y no se necesita un tratamiento específico. No hay tratamiento para la infección materna o congénita, por lo tanto la prevención es el arma fundamental para combatir el virus.

Herpes virus

Características

Es una enfermedad provocada por un virus de ADN que pertenece a la familia de los Herpes Virus, que se transmite por múltiples fluidos corporales (contacto persona a persona, sexo oral, vaginal o anal, transfusiones de sangre, compartir jeringas, embarazo, parto y lactancia). La enfermedad presenta sus síntomas en aquellas personas que posean una disminución de sus defensas naturales (SIDA, pacientes con tratamientos corticoideos prolongados o alteraciones inmunológicas).

Se la considera como la infección viral congénita más común en los Estados Unidos, afectando a aproximadamente 40.000 niños por año.

Cuando ocurre una primoinfección (que ocurre por primera vez) durante el embarazo hay mayores riesgos de

infección en el feto y el recién nacido. Puede ser causa de parto prematuro y recién nacidos de bajo peso para su edad gestacional.

Las vías de transmisión en el embarazo son:

1. Transplacentaria.
2. En el nacimiento, por ingesta de secreciones infectadas.
3. Postnatal, a través de la lactancia o por contacto con secreciones.

Síntomas

Las infecciones son generalmente asintomáticas, pero a veces puede provocar inflamación de ganglios, cansancio, fiebre, debilidad general, náuseas, diarrea o alteraciones de la visión.

El mayor riesgo de transmisión fetal lo tienen aquellas embarazadas con serología negativa que desarrollan su primo-infección durante el embarazo.

La infección viral congénita se presenta en aproximadamente entre el 0.5 al 2.5% de los recién nacidos. Es más alto el porcentaje cuando es consecuencia de una primo-infección, con transmisión de la enfermedad al bebé entre el 14 y 50%. Cuando resulta de una preinfección el bebé se encuentra protegido por los anticuerpos maternos, y hay un riesgo de sólo el 1% de enfermarse.

Síntomas en el recién nacido

En general la primoinfección es asintomática en el 90% de los casos. Sin embargo en el 5 al 15% de los casos pueden aparecer hipoacusia, alteraciones motoras, retraso mental, coriorretinitis con alteraciones en la visión y alteraciones dentales. Todos estos síntomas pueden presentarse después de años de nacido.

En un 5% de los recién nacidos pueden aparecer síntomas de infección generalizada que comprenden hepatomegalia (hígado grande), esplenomegalia (bazo grande), microcefalia, ictericia y petequias (pequeños hematomas en la piel y las mucosas).

No se produce la enfermedad en el caso de que la infección se contagie al bebé después del nacimiento.

Diagnóstico

El diagnóstico se realiza mediante estudios en sangre. El más exacto es la detección del virus en orina o secreciones. También la detección de anticuerpos IgG e IgM son útiles en el diagnóstico de la enfermedad.

Tratamiento

Esta enfermedad no tiene cura aunque existen vacunas protectoras en fase experimental. Se pueden tratar únicamente los síntomas con diferentes medicaciones antivirales, pero no tiene éxito durante el embarazo.

Prevención

El uso de preservativos bajan las probabilidades de contagio durante las relaciones sexuales, pero los besos y otras formas de contacto íntimo también son contagiosas. Por lo cual, lo más recomendable son las relaciones estables.

SIDA

El SIDA es una enfermedad infecciosa producida por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH, o HIV en las siglas en inglés).

Esta enfermedad se transmite por sangre, semen o secreciones vaginales de las personas infectadas.

Estar infectado por el virus HIV no es lo mismo que tener SIDA. Pueden transcurrir muchos años luego de la infección con el virus HIV antes de que aparezcan síntomas de enfermedad. Pero el que está infectado, puede contagiar el virus a otras personas. El bebé en gestación es una de ellas.

El contagio de madre a hijo puede ser a través de la placenta durante el embarazo, o en el canal del parto en el momento del nacimiento. Esta en discusión la transmisión a través de la leche materna, motivo por el cual se aconseja que las madres infectadas o que padecen de SIDA no amamenten.

Conocer tu condición frente a la infección con el virus HIV es muy importante si estás embarazada o piensas estarlo, ya que con un tratamiento adecuado, una persona infectada o enferma puede evitar que su bebé adquiera la enfermedad.

Puedes saber si estás infectada mediante un análisis sencillo realizado con una muestra de tu sangre. Consúltalo con tu ginecólogo. Solo se realiza con tu consentimiento y el resultado es siempre confidencial.

Un resultado positivo significa que estas infectada con el virus HIV.

En estos casos es fundamental un control prenatal regular desde el inicio de la gestación. El tratamiento con medicamentos específicos disminuye mucho el riesgo de contagio de tu bebé y se inicia a las 14 semanas de gestación. Durante el parto la mamá con HIV recibirá una droga llamada AZT y el bebé la recibirá después del nacimiento.

Los recién nacidos de mamás con HIV, tienen anticuerpos de ella circulando en su sangre para este virus y por lo tanto el resultado del análisis de HIV será positivo aunque no este infectado. Pero a los 15–18 meses de vida, luego de recibir tratamiento adecuado, la mayoría se torna HIV negativo.

Hepatitis

Hepatitis A

Es la más frecuente de todas las hepatitis, y por lo general se la padece en la infancia o adolescencia.

La hepatitis A es una enfermedad sin riesgos para la madre y su bebé.

Se transmite por vía fecal-oral. Comienza a eliminarse el virus por materia fecal dos semanas antes de la aparición de síntomas y persiste durante dos semanas después. La fuente de contagio son los alimentos y el agua contaminada con el virus.

Los síntomas más frecuentes son decaimiento, debilidad, a veces fiebre y puede o no aparecer ictericia (coloración amarilla de la piel) o materia fecal color blanquecino (acolia).

La enfermedad se confirma mediante estudios en sangre que muestran un gran aumento de las enzimas que determinan la función del hígado, llamadas transaminasas hepáticas y los marcadores específicos de esta hepatitis.

No existen evidencias de que pueda afectar al bebé, por lo que se la considera una enfermedad benigna y sin complicaciones a largo plazo.

Se puede aplicar al grupo familiar inmunoglobulinas para disminuir la posibilidad de contagio.

El tratamiento se basa en reposo, dieta hepato-protectora durante dos o tres semanas, tiempo en el que la enfermedad se cura sin secuelas.

Hepatitis B

La hepatitis B puede ser transmitida por la madre a su bebé, poniendo en peligro su salud, si no se toman los recaudos necesarios.

Es muy importante la realización de un test en sangre materna para saber su condición inmunológica en relación con este tipo de hepatitis. Se pueden detectar embarazadas que solo son portadoras del virus, y no padecen la enfermedad, pero pueden transmitirla al bebé intra-útero o en el post parto, durante la lactancia.

Sus síntomas son parecidos a los de la hepatitis A, pero el tiempo de incubación de la enfermedad puede ser de hasta 6 meses.

El problema de esta enfermedad es que en un 10% de los casos se transforma en un proceso crónico que puede evolucionar después de 10 a 25 años a una cirrosis o cáncer hepáticos. Con una frecuencia muy baja, puede ser fulminante y destruir el hígado en pocos días, siendo en este último caso, el trasplante hepático, la única solución para evitar la muerte.

La vía de contagio es diferente a la de la hepatitis A, en esta enfermedad el contagio se produce a través de las relaciones sexuales, accidentes con materiales contaminados (jeringas o equipos de diálisis no bien esterilizados) transfusiones de sangre o compartiendo jeringas en los casos de drogadicción..

El diagnóstico se confirma mediante test de laboratorio específicos.

Cuando la enfermedad se diagnostica en el tercer trimestre del embarazo hay muchas posibilidades de que sea transmitida al bebé, con serias consecuencias para su salud, incluso padecer una hepatitis crónica con riesgos de muerte.

Se puede disminuir la posibilidad de contagio del bebé si se le administra gammaglobulina específica y vacunación en el momento del nacimiento. El mismo tratamiento deberán recibir los recién nacidos de madres portadoras crónicas del virus de la hepatitis B.

No existen tratamientos específicos para la enfermedad declarada. Solo la prevención mediante vacunas específicas.

Hepatitis C

La vía de contagio de este tipo de hepatitis es por relaciones sexuales o transfusiones. Es una enfermedad muy poco frecuente y al igual que la hepatitis B, puede transformarse en una enfermedad crónica.

No existen vacunas para prevenirla, ni gamaglobulina que pueda usarse como tratamiento posible. En los casos de cronicidad de esta hepatitis se está probando tratamiento con interferón, pero sin resultados concluyentes.

Afortunadamente, no existen evidencias de que provoque anomalías fetales o enfermedad en recién nacido aunque puede transferirse al bebé si se la contrae en el último trimestre del embarazo.

Hepatitis Delta

Esta infección sólo se la encuentra en pacientes que ya padecen hepatitis B y es extremadamente rara.

No se conocen efectos sobre el embarazo ni sobre el bebé y no existen, al momento actual, tratamientos especiales.

Infecciones urinarias

La infección de la vejiga o riñones es a veces difícil de diagnosticar porque el bebé no nos puede contar qué es lo que está sintiendo. Debe realizarse en base a algunos síntomas que el niño presenta. Los más frecuentes son cambios en su carácter, rechazo por su alimento, fiebre, poco aumento de peso, cambios en la coloración de su piel, etc.

El diagnóstico definitivo se hace mediante un estudio de orina llamado urocultivo.

La recolección de la orina debe realizarse en condiciones estériles, cosa que muchas veces resulta más que difícil!

Se trata con antibióticos de uso pediátrico. Deben realizarse urocultivos por lo menos tres meses después de tratado para confirmar su curación total.

Diabetes mellitus

La diabetes es una enfermedad que se caracteriza por la imposibilidad de ingresar la glucosa en las células de los diferentes tejidos, por falta de producción o por resistencia a la insulina, sustancia responsable de este proceso.

Aquí te contamos qué es lo que pasa cuando una mujer diabética se embaraza o por qué una mujer sana puede tornarse diabética durante el embarazo.

Estas son algunas de las preguntas más frecuentes que se formula una mujer diabética que busca un embarazo y dudas que le pueden surgir en el transcurso de los nueve meses de gestación.

La diabetes mellitus es un desorden en el metabolismo de los hidratos de carbono (azúcares). El páncreas produce una hormona llamada insulina, que es necesaria para la absorción de la glucosa del torrente sanguíneo. El páncreas de una persona diabética no produce suficiente insulina o la insulina que produce no funciona correctamente y los niveles de glucosa en la sangre y en la orina son muy elevados debido a que no puede ingresar a los tejidos para aportar energía.

Hay dos tipos de diabetes dependiendo de la necesidad o no de aplicarse insulina inyectable. La diabetes insulino-dependiente que aparece por lo general antes de los treinta años y los que la sufren requieren de inyecciones de insulina varias veces al día para mantener un buen nivel de glucosa. Si tienes este tipo de diabetes deberías hablar con tu obstetra antes de quedar embarazada.

La diabetes no-insulino dependiente aparece después de los 50 años, pero los cambios hormonales del embarazo pueden poner de manifiesto una predisposición para padecer una diabetes durante el embarazo.

Esta "diabetes gestacional" desaparece por lo general después del parto.

Síntomas

La hiperglucemia por lo general provoca mucha sed, pero como la embarazada siempre ingiere grandes cantidades de líquido no es un síntoma que lleve a la consulta médica.

En toda mujer embarazada deben realizarse por lo menos dos determinaciones de glucemia durante la gestación normal y varios estudios de orina en los que puede evidenciarse glucosuria (pérdida de azúcar por la orina).

En los casos en que hay antecedentes familiares de diabetes, se debe chequear mas seguido el nivel de glucosa o realizar la curva de tolerancia a la glucosa. Cuando hay un aumento de peso exagerado de la madre durante el embarazo o si el bebé tiene un tamaño mucho mayor que el esperado también está recomendado este tipo de controles.

El embarazo en una mujer previamente diabética, requiere controles muy estrictos porque es muy difícil mantener niveles estables de glucosa en sangre durante el embarazo.

La mujer embarazada con diabetes previa o diabetes gestacional entra en la categoría de embarazo de alto riesgo y debe ser evaluada más frecuentemente durante toda la gestación para prevenir complicaciones asociadas a la diabetes, estas pueden ser polihidramnios, más chances de infección urinaria durante la gestación y mayor riesgo de desarrollar pre-eclampsia.

Con respecto al bebé, en los casos de diabetes no controladas hay mas riesgo de anomalías congénitas. El bebé puede desarrollar un peso excesivo porque el alto nivel de glucosa materna atraviesa la placenta y estimula al páncreas fetal a producir un grandes cantidades de insulina que induce un crecimiento de los órganos fetales mayor a lo normal.

Paradójicamente estos bebés, muy grandes al nacer, se comportan como prematuros porque la madurez, especialmente del pulmón fetal, esta muy retrasada y puede producir los típicos problemas pulmonares del bebé prematuro sin serlo.

Sin embargo si los niveles de glucosa en sangre han sido bien controlados, no han aparecido complicaciones asociadas y los controles de vitalidad fetal son normales puede esperarse el desencadenamiento de un parto espontáneo. Si esta situación no se da, se deberán tomar medidas antes del término para evitar riesgos mayores para el bebé y la mamá. Existen algunos centros obstétricos que prefieren el nacimiento en la semana 38 aunque todos los controles sean normales, porque en las últimas semanas del embarazo es más frecuente la

aparición de complicaciones.

En los días que siguen al nacimiento, el nivel de glucosa en sangre del bebé deberá ser controlado frecuentemente, porque el nivel elevado de insulina persiste por varios días y puede provocar hipoglucemias (niveles muy bajos de azúcar en la sangre) que pueden traerle también problemas.

Hipertensión arterial

Cuando tus cifras de presión sanguínea son superiores a 140/90 mmHg se te considera una persona hipertensa. Las causas de hipertensión arterial pueden relacionarse con problemas en las arterias renales, producción de sustancias que inducen una constricción de los vasos sanguíneos y hasta tumores, como los de las glándulas suprarrenales. Otras veces, no se encuentra ninguna razón que la justifique y a esto se denomina hipertensión esencial.

Es más frecuente en personas mayores de 40 años pero puede ocurrir a cualquier edad. Si tienes hipertensión antes de quedar embarazada, es probable que debas programar tu embarazo con tu médico de cabecera ya que muchas veces debes cambiar los medicamentos por algunos permitidos durante el embarazo.

Tu presión puede modificarse durante el embarazo y hasta complicarse con la llamada pre-eclampsia o enfermedad hipertensiva del embarazo, debido a la acción de algunas sustancias producidas por la placenta. Seguramente tendrás que hacer mucho reposo para favorecer el crecimiento de tu bebé y tener un control obstétrico muy estricto.

Hipotiroidismo

La glándula tiroides ubicada a nivel del cuello, es una de las más importantes del organismo. A partir de un sustrato que es el yodo esta glándula produce hormonas que intervienen en la regulación de muchas funciones como la reproductiva, el control de la temperatura corporal y la tensión arterial.

La hormona tiroidea más importante es la tiroxina y cuando sus niveles plasmáticos son inferiores a lo normal provoca síntomas clínicos como cansancio, somnolencia, sequedad de la piel, incremento del peso, caída de cabello entre otros.

A veces su causa es la falta de ingestión de suficiente yodo (proviene del agua que ingerimos) y se lo denomina bocio endémico o a falta de capacidad de la glándula para aprovechar el yodo de la alimentación. A este cuadro se lo denomina hipotiroidismo.

El hipotiroidismo se trata con la administración de hormona tiroidea exógena. Es muy importante que si buscas un embarazo, te encuentres bajo correcta medicación ya que niveles subnormales de tiroxina pueden afectar al bebé.

Hipertiroidismo

Es un cuadro caracterizado por un exceso de actividad o producción de hormona tiroidea. Cuando sus niveles plasmáticos son superiores a lo normal provoca síntomas clínicos como taquicardia, irritabilidad, insomnio, exoftalmía, sudoración e hipertensión arterial.

Esta enfermedad puede agravarse con embarazo debido a que la placenta produce tiroxina (la hormona que está en exceso). Debes programar tu embarazo con tu médico de cabecera y solo buscarlo cuando tu enfermedad se encuentre compensada.

NUTRICION DURANTE EL EMBARAZO

Pirámide alimenticia de la embarazada

La dieta de la embarazada debe incluir proteínas, carbohidratos, vitaminas, minerales y grasas. Estos alimentos proveen energía a la mamá y ayuda al crecimiento saludable del bebé. Siempre se debe de tomar un suplemento de vitaminas recetado por el médico.

La mayoría de las mujeres no embarazadas necesitan entre 1,600 y 2,200 calorías. Las embarazadas necesitan unas 300 calorías más. La cantidad de peso que necesite aumentar dependerá del IMC– índice de masa corporal. Si el IMC es mayor de 30 es obesa. Estas están a riesgo de sufrir problemas de salud que incluyen diabetes, hipertensión arterial y tener bebé demasiado grande.

La pirámide de alimentos fue preparada por el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos. Se divide en seis grupos de alimentos:

Pan, cereal, arroz y pasta. Una porción equivale a:

- ð 1 rebanada de pan
- ð 1 onza de cereal frío
- ð ½ taza de cereal, arroz o pasta cocidos

Verduras Una porción equivale a:

- ð 1 taza de ensalada
- ð ½ taza de verdura
- ð ¾ taza de jugo de vegetales

Frutas Una porción equivale a:

- ð 1 manzana, guineo o china
- ð ½ taza de frutas cortadas en pedazitos
- ð ½ taza de jugos de frutas
- ð ¼ taza de pasas

Leche, yogur y queso Una porción equivale a:

- ð 1 taza de leche
- ð 8 onzas de yogurt
- ð 1 ½ onzas de queso(42,52g)

Carne, aves, pescado, habichuelas, huevos y nueces Una porción equivale a:

- ð 2–3 onzas de carne(56,7 –85,35g) de carne magra, aves o pescado

- ð 1 taza de habichuelas secas cocidas
- ð 1 huevo
- ð 2 cucharadas de mantequilla de maní

Grasas, aceites y dulces

- ð Estos alimentos tienen un alto contenido calórico y tienen pocas vitaminas o minerales. No debe obtener más del 30% de sus calorías diarias de grasa. Consumir alimentos fat free siempre que pueda. Evitar el exceso en la mantequilla, la margarina, aderezos, los postres, dulces y sodas carbonatadas.

Se debe consultar a una nutricionista para verificar la cantidad de las porciones que necesitas diariamente dependiendo del peso al momento de quedar embarazada.

BIBLIOGRAFIA:

–GINECOOBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

J. ROBERT WILLSON,M.D.

EDITORIAL MANUAL MODERNO

1991

–OBSTETICIA BASICA ILUSTRADA

HECTOR MONDRAGON CASTRO

EDITORIAL TRILLAS

1995

–INTERNET

PAGINA DE GOOGLE