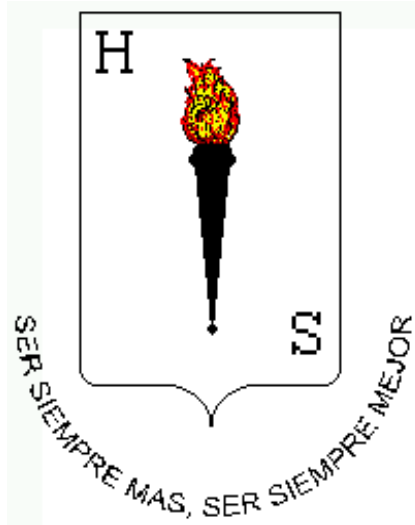


ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE
NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CLAVE: 8722



TESIS

PARTO PRETERMINO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:

ELIZABETH GARCÍA ZAMUDIO

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA MICHOACÁN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mis padres, y mi hermano por haberme apoyado en todo momento de mi carrera, económicamente y darme la oportunidad de continuar estudiando esta carrera de Enfermería, a mi mamá por los esfuerzos y sacrificio que hizo para que yo estudiara esta carrera que concluyo satisfactoriamente llevando buenas experiencias.

PARTO PRETÉRMINO

Contenido

INTRODUCCIÓN	IV
RESUMEN	VI
CAPÍTULO I	1
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	2
1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	2
1.3 OBJETIVO	3
1.4 JUSTIFICACIÓN	3
1.5 VIABILIDAD	3
CAPÍTULO II	4
2.1 CIENCIAS DE LA SALUD	5
2.2 MÉDICINA	6
2.3 OBSTETRICIA	6
2.4 EMBARAZO	6
2.4.1 COMPLICACIONES DEL EMBARAZO	6
2.5 CONTROL PRENATAL	7
2.5.1 LOS OBJETIVOS DEL CONTROL PRENATAL	8
2.5.2 CARACTERÍSTICAS DEL CONTROL PRENATAL	8
2.5.3 ORGANIZACIÓN DE LAS CONSULTAS PRENATALES	9
2.5.4 ATENCIÓN PRENATAL PARA LAS MUJERES DE ALTO RIESGO ...	14
2.6 PARTO	15
2.6.1 FISIOPATOLOGÍA DE PARTO PRETÉRMINO	15
2.6.2 TIPOS DE PARTO	16
2.6.3 PARTO ESPONTANEO	17
2.7 PARTO PRETÉRMINO	17
2.7.1 TRABAJO DE PARTO	18
2.7.2 ETIOLOGÍA	19
2.7.3 IMPORTANCIA DEL PARTO PREMATURO	21
2.7.4 MECANISMOS DE INICIO DEL TRABAJO DE PARTO	21

2.7.5 PARTO PREMATURO PREVIO (James,Danfort.)	22
2.7.6 RIESGOS PARA EL TRABAJO DE PARTO PREMATURO.....	22
2.7.6 EPIDEMIOLOGÍA Y PREVALENCIA EN MÉXICO Y EN MICHOACÁN	23
2.8 ENFERMEDADES INFECCIOSAS DURANTE EL EMBARAZO	24
2.8.1 VAGINITIS POR CANDIDA	25
2.8.2 INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS.....	25
2.8.4 INFECCIONES VAGINALES MÁS FRECUENTES.....	27
2.9 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	28
2.10 POLIHIDRAMNIOS.....	29
2.10.1 RIESGOS MATERNOS	29
2.10.2 RIESGOS FETALES Y NEONATALES.....	30
2.10.3 TRATAMIENTO	30
2.11 PROLAPSO DEL CORDÓN UMBILICAL	30
2.11.1 RIESGOS MATERNOS, FETALES Y NEONATAL.....	31
2.11.2 COMPLICACIONES MATERNAS Y FETALES	31
2.11.3 TRATAMIENTO.....	31
2.12 ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS DEL EMBARAZO	32
2.12.1 LA PRE-ECLAMPSIA	32
2.12.2 ECLAMPSIA.....	33
2.13 RETRASO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO.....	33
2.14 SUFRIMIENTO FETAL	34
2.15 ENFERMEDADES MATERNAS CRÓNICAS	35
2.15.1 DM.....	35
2.15.2 DIABETES GESTACIONAL	36
2.16 ANEMIA	36
2.16.1 ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO.....	36
2.16.2 ANEMIA POR DEFICIENCIA DE ÁCIDO FÓLICO.....	38
2.17 CÁNCER UTERINO.....	39
2.18 DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMO INSERTA	40
2.18.1 FISIOPATOLOGÍA.....	40

2.18.2 RIESGOS MATERNOS	41
2.18.3 RIESGOS FETALES Y NEONATALES	42
2.18.4 TRATAMIENTO.....	42
2.19 EMBARAZO MÚLTIPLES.....	44
2.20 HEMORRAGIA PUERPERAL.....	44
2.20.1 HEMORRAGIA PUERPERAL TEMPRANA.....	45
2.20.2 HEMORRAGIA PUERPERAL TARDIA	45
2.20.3 ATONIA UTERINA.....	45
2.20.4 RETENCIÓN PLACENTARIA.....	46
2.20.5 TRATAMIENTO MÉDICO.....	46
2.21 CONCEPTO DE ENFERMERÍA	47
2.22 ENFERMERÍA SEGÚN LA OMS	47
2.23 ENFERMERÍA OBSTÉTRICA.....	47
2.24 TEORÍA DE DOROTHEA OREM.....	48
2.25 CUIDADOS DE ENFERMERÍA.....	51
2.26 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EMBARAZO PRETÉRMINO.....	52
2.27 HISTORIA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD	54
CAPÍTULO III ALCANCE Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	68
CAPÍTULO IV HIPÓTESIS.....	70
4.1 DESCRIPCIÓN DE LA HIPÓTESIS.....	71
4.2 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES.....	72
4.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LA HIPÓTESIS	75
CAPÍTULO V DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	78
CAPÍTULO VI RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS.....	81
CAPÍTULO VII CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	87
CAPÍTULO VIII BIBLIOGRAFÍA.....	89

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo de investigación realizado se abordaran diferentes temas relacionados con el parto prematuro para empezar se habla de las ciencias de la salud es la disciplina que proporciona los conocimientos adecuados para promoción de la salud y el bienestar tanto del individuo como de la colectividad relacionándolo con la medicina y la enfermería. Se baja el plano de análisis después se habla de la medicina que se dedicada al estudio de la vida, la salud, las enfermedades y la muerte del ser humano, y la obstetricia que se encarga específicamente sobre las enfermedades propias de la mujer, se define el embarazo y sus posibles complicaciones como el aumento de líquido amniótico, embarazo múltiple, presencia de miomas etc. Por lo que es muy importante que toda mujer embarazada acuda a control prenatal desde el momento que se sabe que está embarazada se especifican los objetivos y características del control prenatal y la organización de la mismas especificando cada cuando son las consultas de acuerdo a la edad gestacional.

El parto es el momento del nacimiento del bebe fuera del útero y se divide en tres fases que son: dilatación cuando se va abriendo el cuello de la matriz, expulsión es el momento en el que nace él bebe, y alumbramiento cuando sale la placenta esto incluye el parto se menciona la fisiología y tipos de parto según sea el caso, el parto puede ser vaginal o abdominal.

Se aborda el tema de parto prematuro que el tema principal de esta investigación se describen las principales causas, las semanas de gestación y el peso correspondiente al parto prematuro, la etiología se considera multifactorial y varía de acuerdo con la edad gestacional.

La importancia que se le debe dar al haber presentado un parto prematuro porque es más el riesgo de tener otro, y el parto prematuro es la causa de muertes neonatales que incluye síndrome de insuficiencia respiratoria, hemorragia

ventricular, displasia broncopulmonar, hipoglucemia, daño visual y auditivo, parálisis cerebral, mientras más pequeño sea el lactante, mayores serán los riesgos.

Las enfermedades que con frecuencia se presentan en el embarazo son la infecciones vaginales y de describen algunas de ellas, y las infecciones de vías urinarias, muchos microorganismos se consideran factores contribuyentes de trabajo de parto prematuro, pero solo en unos cuanto se ha comprobado la relación causal. La ruptura prematura de membranas está relacionada con las infecciones vaginales, con el aumento de líquido amniótico, y/o traumatismos.

La enfermedad hipertensiva desarrollada durante el embarazo por lo general desaparece al poco tiempo después del parto, la hipertensión puede causar graves complicaciones para la madre y él bebe habitualmente, las mujeres que desarrollan esta enfermedad son obesas o bien tienen un historial familiar de hipertensión.

De aquí la importancia de llevar un control prenatal adecuado para prevenir una de estas enfermedades que se presentan o se desarrollan con el embarazo y que muchas veces no le mostramos interés a los signos y síntomas que aparecen repentinamente.

Se concluye con los cuidados de enfermería que deben realizarse durante todo este proceso del embarazo y sus posibles complicaciones, la enfermería es un apoyo incondicional para toda persona que lo necesite.

RESUMEN

Se abordaron temas de importancia con relación al parto prematuro dando una breve explicación de cada una de ellas teniendo mayor énfasis en el prenatal ya que es muy importante durante el embarazo por que con este se pueden diagnosticar oportunamente alguna de las enfermedades y complicaciones del embarazo y darle un tratamiento específico para que no dañe él bebe. Y que las mamás tengan conocimiento sobre los signos y síntomas que son normales y se presentan desde el inicio del embarazo, también uno de los temas de suma importancia el de enfermería por que se describe desde el punto de vista de una de las teóricas como es Dorotea Orem, se especifican cuidados y acciones que debe realizar el personal de enfermería para el cuidado de la mujer embarazada y del bebe, la enfermería está encaminada a ayudar a toda persona que lo necesite sin importar el estado socioeconómico, raza y cultura de la personas.

CAPÍTULO I

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El objetivo de esta investigación es identificar las principales causas por las que se desencadena el parto prematuro en la mujeres de 25 a 35 años que acuden a consulta en el hospital de nuestra señora de la salud, los partos prematuros representan cerca del 75% de la mortalidad neonatales. Los antecedentes que existen de parto prematuro tienen relación con infección uterina siendo la principal causa de parto prematuro, la infección uterina que se define por la presencia de microorganismos patógenos, demostrados con cultivo microbiológico en la cavidad amniótica obtenido por amniocentesis trans-abdominal, las vías demostradas para la invasión microbiana de la cavidad amniótica son las ascendentes de la vagina y el cuello uterino, los gérmenes habituales en vaginales son Gardnerella Vaginalis, Candida Albicans, Trichomonas Vaginalis, que también tienen relación significativa con la ruptura prematura de membranas. Las característica para que se presente parto prematuro son en mujeres menores de 18 años o mayores de 35 años, antecedentes de parto prematuro, infección de vías urinarias, gestación múltiple, las tasas de nacimientos prematuros es un indicador de la condiciones de salud de una población y se relacionan con el nivel socioeconómico, salud materna, y el acceso oportuno en la atención.

1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la principal causa de parto prematuro en mujeres embarazadas de 25 a 35 años de marzo a junio del 2012 en el hospital de nuestra señora de la salud?

1.3 OBJETIVO

Identificar cuál es la principal causa de parto prematuro en mujeres embarazadas de 25 a 35 años de marzo a junio del 2012 en el hospital de nuestra señora de la salud.

1.4 JUSTIFICACIÓN

Con la presente investigación se pretende informar a las mujeres embarazadas que presentan infecciones vaginales identificando la causa más comunes por las que se presenta parto prematuro en embarazadas de 25 a 35 años y darles una orientación sobre los riesgos que pueden presentarse durante el embarazo para que acudan al control prenatal para vigilar la evolución del embarazo y diagnosticar oportunamente causas maternas y fetales que afecten el desarrollo del embarazo.

1.5 VIABILIDAD

En la biblioteca de la escuela de enfermería del hospital de nuestra señora de la salud cuenta con libros pero no son suficientes para el estudio de esta investigación por lo que se asistió a la biblioteca de la facultad de medicina de la universidad michoacana de san Nicolás de Hidalgo, también se cuenta con el acceso a internet en donde encontramos documento, libros, revistas que son de gran utilidad para complementar esta investigación, y contamos con acceso al hospital donde asiste suficiente cantidad de mujeres embarazadas a consulta externa a las cuales se le aplicó un cuestionario.

CAPÍTULO II

2.1 CIENCIAS DE LA SALUD (Bernard,1944.)

Ciencias de la salud es la disciplina que proporciona los conocimientos adecuados para la promoción de la salud y el bienestar tanto del individuo como de la colectividad entraña un conjunto de diferentes disciplinas (ciencias aplicadas) que están orientadas o se dedican a la salud de seres humanos y animales.

Las ciencias de la salud se organizan en dos vertientes:

1. El estudio y la investigación para la adquisición de conocimientos sobre la salud-enfermedad.
2. La aplicación de estos conocimientos técnicos.

Ambas vertientes se reúnen para lograr el amplio propósito de: mantener, reponer y mejorar la salud y el bienestar; prevenir, tratar y erradicar enfermedades; y comprender mejor los complejos procesos vitales de los organismos animales y humanos relacionados con la vida, la salud y sus alteraciones (enfermedad). Se dice que las ciencias de la salud son interdisciplinarias por el hecho de entrelazar o combinar varias ciencias para el estudio de un mismo caso clínico desconocido; o para profundizar el estudio de una forma más especializada. Las investigaciones de esta ciencia están basadas en las ciencias puras de biología, química y física aunque también en ciencias sociales, como la sociología médica, la psicología, etc. otros campos que han hecho un aporte excepcional y significativo a las ciencias de la salud son: bioquímica, biotecnología, ingeniería, epidemiología, genética, enfermería, farmacología, farmacéutica, medicina, etc.

2.2 MÉDICINA (Garrison 1966:1-28)

Es la ciencia dedicada al estudio de la vida, la salud, las enfermedades y la muerte del ser humano, e implica el arte de ejercer tal conocimiento técnico para el mantenimiento y recuperación de la salud.

2.3 OBSTETRICIA (Apuntes de ginecología,2011-2012)

Rama de la medicina que se encarga del estudio de la mujer embarazada y que incluye el embarazo, parto y puerperio.

2.4 EMBARAZO (Apuntes de ginecología.)

Es un estado fisiológico y pasajero que se inicia con la unión del ovulo con el espermatozoide y termina con el nacimiento de un nuevo ser.

2.4.1 COMPLICACIONES DEL EMBARAZO

El tamaño del útero es un factor que influye en el momento del inicio del trabajo de parto. El útero distendido más de lo normal tiene, mayor riesgo de iniciar las contracciones en forma espontánea antes del término de la gestación. El útero puede distenderse por un embarazo múltiple o por aumento de volumen de líquido amniótico. Las mujeres en embarazo gemelar tienen un índice de parto prematuro del 50%. La distensión uterina se acompaña de un incremento de la formación de uniones de fisura, lo que a su vez hace que el útero tenga un mecanismo contráctil más sincrónico a una edad gestacional más temprana de lo normal. Las anomalías placentarias y de la implantación de la placenta elevan el riesgo de parto prematuro. El desprendimiento placentario causa irritabilidad y contracciones uterinas, lo que a menudo desencadena el trabajo de parto. Algunos estudios indican que la placenta previa también predispone a las contracciones tempranas.

La incompetencia cervical contribuye al parto prematuro, así como a la pérdida indolora más temprana del embarazo. Es probable que la causa sea la exposición de las membranas a la flora vaginal, lo que inicia un proceso infeccioso. Algunas anomalías uterinas tienen una relación importante con la premadurez. Por ejemplo, en caso de útero bicorne la incidencia de parto prematuro puede ser hasta del 80%. Un útero tabicado completo representa un riesgo mucho menor. La presencia de miomas o anomalías ocasionadas por la exposición intrauterina al dietilestilbestrol también eleva el riesgo.

La actividad sexual y el orgasmo incrementan las contracciones y la estimulación del pezón induce la liberación de oxitocina y ocasiona contracciones. Tanto el orgasmo como el coito se han estudiado como causas posibles del trabajo de parto prematuro. Es posible que el coito provoque contracciones por la alta concentración de prostaglandinas en el semen, las cuales se absorben por vía vaginal. Además, el coito aumenta el número de bacterias presente en la cúpula vaginal. Aunque algunos estudios de los años 70 relacionaron el coito con incrementos del trabajo de parto prematuro, los estudios en el decenio de los 80 no encontraron la misma relación. En los embarazos normales la evidencia general no parece indicar que las mujeres corran mayor riesgo de trabajo de parto prematuro después del coito.

2.5 CONTROL PRENATAL (Rigol ,2004.)

El control prenatal (CP), se define como el conjunto de acciones médicas y asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud, a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el nacimiento y la crianza del recién nacido con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico. Es parte de un proceso destinado a fomentar la salud de la madre, el feto y la familia.

2.5.1 LOS OBJETIVOS DEL CONTROL PRENATAL (Rigol,2004.)

1. Brindar contenidos educativos para la salud de la madre, la familia y del niño.
2. Vigilar el crecimiento y la vitalidad fetal.
3. Aliviar molestias y síntomas menores del embarazo.
4. Preparar a la embarazada para el nacimiento y la crianza del recién nacido.
5. Prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones del embarazo.
6. Detectar alteraciones en la salud materna y fetal.

2.5.2 CARACTERISTICAS DEL CONTROL PRENATAL

(Rigol,2004,cap:8,pg:82)

Para que el control prenatal pueda garantizar resultados favorables para la salud materno-fetal, es necesario que sea precoz, periódico, completo y de alta cobertura. a) Precoz: Debe iniciarse en el primer trimestre del embarazo, en cuanto se haya diagnosticado el embarazo para establecer sin temor a dudas la fecha probable de parto y las semanas de gestación, para posibilitar las acciones de prevención y promoción de la salud y detectar factores de riesgo. b) Periódico: Para favorecer el seguimiento de la salud materna y fetal, es necesario que la mujer asista a sus consultas programadas de manera periódica. La continuidad en las consultas prenatales permitirá efectuar acciones de promoción a la salud y de educación para el nacimiento. También favorecerá la identificación oportuna de factores de riesgo y el seguimiento de problemas de salud materna o fetal que se hayan identificado, así como el efecto de los tratamientos establecidos para recuperar su tratamiento. c) Completo: Las consultas prenatales deben ser completas en contenidos de evaluación del estado general de la mujer, de la evolución del embarazo y de los controles e intervenciones requeridos según edad gestacional.

2.5.3 ORGANIZACIÓN DE LAS CONSULTAS PRENATALES (Rigol, 2004.)

Existen diversos esquemas de visitas prenatales que señalan las acciones que deben de hacerse y el número de visitas a realizar; sin embargo, el establecimiento de un modelo de atención con un número de visitas prenatales para embarazos de bajo riesgo en instituciones de salud, es de suma importancia con la finalidad de garantizar la salud como un resultado óptimo tanto para la madre y su Hijo (a). La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, recomienda que la mujer tenga un promedio de 5 consultas prenatales, programadas de la siguiente manera:

1. Primera visita en el primer trimestre
2. Segunda visita: de la 22 a la 24 semana
3. Tercera visita: de la 27 a la 29 semana
4. Cuarta visita: de la 33 a la 35 semana
5. Última visita: de la 38 a la 40 semana.

En cada visita prenatal se realizan actividades e intervenciones que tienen como objetivo mantener la salud materno – fetal, identificar oportunamente factores de riesgo y en consecuencia actuar para cancelar o atenuar dicho factor, y preparar a la mujer y si es posible a su pareja y familia para el nacimiento, lactancia y crianza de su hijo (a).

2.5.3.1 PRIMERA CONSULTA PRENATAL (Rigol,2004,cap:8,pg:83)

Lo ideal sería que la primera visita se realice durante el primer trimestre o preferentemente antes de la semana 12 de embarazo. Sin embargo, independientemente de la edad gestacional en el momento de la primera consulta, todas las embarazadas serán examinadas de acuerdo a las normas para la primera visita y las visitas subsiguientes. Por la cantidad de actividades que se tienen que realizar, se espera que la primera visita dure de 30 a 40 minutos. Como se mencionó anteriormente, es importante determinar los antecedentes clínicos y obstétricos de las mujeres con el objetivo de diagnosticar el embarazo, particularmente si se presenta antes de las 12 sdg, hacer la valoración inicial, etc.

Acciones:

1. En el caso de que la mujer se presente de manera temprana (antes de las 12sdg) refiriendo amenorrea, será necesario que realices la confirmación clínica y de laboratorio del embarazo.
2. Si confirmas el embarazo, determina la Fecha Probable de Parto y las semanas de gestación.
3. Realiza la Historia Clínica Perinatal y abre el Carnet Perinatal de la gestante.
4. Lleva a cabo la exploración física.
5. Efectúa la exploración obstétrica: En el caso de que el embarazo sea mayor a 12sdg: realiza la Medición de la Altura uterina y percentil de la misma. Si el feto es mayor a 22 sdg, además de la altura uterina, determina: La situación, posición y presentación fetal (dependerá de las sdg), auscultación de FCF y palpación de los movimientos fetal.
6. Valora el Riesgo Obstétrico: Este concepto se aplica durante el embarazo, tanto en el periodo prenatal como en el parto. Existen diferentes sistemas de evaluación de riesgo perinatal.
7. A continuación te presentamos un componente del Sistema de Evaluación de Riesgo Perinatal, utilizado por el Centro de

Investigación Materno – Infantil que permite evaluar el riesgo al inicio del embarazo:

8. Solicita los Exámenes complementarios de rutina: Grupo sanguíneo y factor Rh, Biometría hemática completa, Química sanguínea (particularmente entre las 20 y 24 sdg), examen general de orina.

Es necesario que reciban suplementación con hierro: En gran parte de nuestra población, la ingesta no alcanza para cubrir los requerimientos de hierro durante el embarazo. Se estima que más del 30% de las embarazadas están por debajo de los valores normales de Fe (11g/dl). Esta cifra es la considerada por la OMS para recomendar la suplementación universal con hierro a todas las embarazadas. La dosis diaria es de 60 mg de hierro elemental. También debes de llevar a cabo la administración de ácido fólico en el período preconcepcional y en el primer trimestre del embarazo.

La suplementación preconcepcional de folatos reduce la incidencia de defectos del tubo neural. La dosis diaria es de 400 mg. Para ampliar la información puedes revisar: El ácido fólico y la prevención de defectos al nacimiento. Enseña a la mujer acerca de: Alimentación, la cual deberá ser:

- Completa: es decir que contenga alimentos de los tres grupos: 1. cereales y tubérculos, 2. frutas y verduras; y 3. productos de origen animal y leguminosas.
- Variada: deberá incluir diferentes alimentos de cada grupo para que la dieta no se vuelva monótona y se obtengan todos los nutrimentos que necesita su cuerpo para funcionar y satisfacer sus necesidades y las del feto.
- Equilibrada: que los nutrimentos que le proporcionan los alimentos de los grupos antes mencionados los consuman en las proporciones que necesita su cuerpo.

- Inocua: que el consumo habitual de los alimentos no implique riesgos para la salud, que sean higiénicos y que no estén descompuestos o contengan algún agente patógeno.
- Suficiente: que aporte la cantidad de energía y nutrientes de acuerdo a sus necesidades, sin que tenga deficiencias pero sin caer tampoco en los excesos.
- Adecuada: acorde a sus gustos, cultura y necesidades específicas. Debe consumir alimentos ricos en energía y proteínas, así como aquellos que contienen vitaminas y minerales, principalmente calcio, hierro, ácido fólico y yodo. Como una guía de ayuda, utiliza el “Plato del bien Comer”.

2.5.3.2 SEGUNDA CONSULTA PRENATAL (Rigol,2004,cap:8,pg:83)

La segunda visita prenatal debe de realizarse entre las semanas 22 a 24 de gestación. Se estima una duración aproximada de 20 minutos. Se debe realizar exploración física dirigida a la búsqueda de datos que indiquen la evolución normal del embarazo y la presencia de signos de alarma, en donde se incluya la toma de la tensión arterial, ganancia de peso, altura del fondo uterino además de la auscultación.

Acciones: Si ya se ha corroborado el embarazo, calcula su Fecha Probable de Parto y las semanas de gestación.

- Valora el peso materno: La ganancia de peso gestacional está relacionada con el ingreso nutricional y la ganancia de peso materno es uno de los predictores del peso fetal al término. Un inadecuado ingreso nutricional durante el embarazo está relacionado con bajo peso al nacer, nacimientos prematuros y defectos congénitos. Por otra parte, excesiva ganancia de peso durante el embarazo predispone a diabetes gestacional y es el mayor predictor de obesidad en el

postparto, por ello se recomienda una ganancia ponderal total de 11 a 12Kg a razón de 1.0 a 1.5 KG / mes.

- Valora la presión arterial: La pre eclampsia y eclampsia durante el embarazo constituyen las principales causas de morbi- mortalidad materna, es por ello que su vigilancia adquiere particular importancia. Cuando una mujer acude por primera vez a consulta y tiene más de 20 sdg una presión arterial de 130/90mmHg, puede indicar la presencia de preeclampsia. En una mujer que ya ha tenido consultas subsecuentes, si la presión sistólica es de 30mm/Hg o más y la diastólica de 15mm/Hg o más, puede indicar la presencia de pre-eclampsia.
- Efectúa las Maniobras de Leopold. Estas se podrán realizar a partir de las 20sdg.
- Mide la Altura del fondo Uterino. Esta te permite correlacionar el fondo uterino con las semanas de gestación e identificar oportunamente alteraciones en el crecimiento del feto.
- Auscultación de la Frecuencia Cardiaca Fetal (FCF). Esta la podrás auscultar con estetoscopio de pinar a partir de la semana 20 de gestación.

2.5.3.3 TERCERA CONSULTA PRENATAL (Rigol,2004,cap:8,pg:83)

La tercera consulta se deberá efectuarse entre la semana 27-29, y dependiendo de la valoración del riesgo. Se estima que se requerirán un promedio de 20 minutos. Si no asistió a la segunda visita, la tercera visita también debería incluir todas las actividades de la segunda visita y la duración debería extenderse tanto tiempo como sea necesario. Acciones:

Corroborar la fecha probable de parto y obtener las semanas de gestación.

1. Valora el peso materno.
2. Valora la presión arterial.
3. Realiza las Maniobras de Leopold y pon mayor atención en la posición, presentación y situación del feto.
4. Mide la altura uterina.
5. Valora por palpación los movimientos fetales.
6. Investigar la presencia de signos y síntomas de alarma.
7. Valora el riesgo perinatal durante la evolución del embarazo.

2.5.3.4 CUARTA CONSULTA PRENATAL *(Rigol,2004.)*

La cuarta consulta se deberá efectuarse entre la semana 33 a 35 y dependiendo de la valoración del riesgo. Se estima que se requerirán un promedio de 20 minutos. Acciones: Corrobora la fecha probable de parto y obtén las semanas de gestación. 1. Valora el peso materno 2. Valora la presión arterial 3. Realiza las Maniobras de Leopold. Es importante que ubiques con claridad la situación, posición y presentación fetal, ya que se acerca la fecha probable de parto. 4. Mide la altura uterina y pon énfasis en la cuarta maniobra. 5. Valora la frecuencia cardiaca fetal 6. Valora por palpación los movimientos fetales.

2.5.3.5 ULTIMA CONSULTA PRENATAL *(Rigol,2004,cap:8,pg:84)*

La quinta visita se ubicará entre las y la última 38 a la 40 semanas y dependiendo de la valoración del riesgo.

2.5.4 ATENCIÓN PRENATAL PARA LAS MUJERES DE ALTO RIESGO *(Rigol,2004.)*

Las mujeres identificadas con alto riesgo de trabajo de parto prematuro deben destinarse a un programa prenatal especial. Es necesario que se les

enseñe a reconocer los signos iniciales del trabajo de parto, como el aumento y los cambios de la secreción vaginal, presencia de secreción sanguinolenta, incremento de las contracciones uterinas y cólicos pélvicos, salida de líquido amniótico y sensación de plenitud pélvica o dolor en la espalda. Si se presenta cualquiera de estos signos, la mujer debe avisar a su médico para someterse a evaluación. Este programa educativo de identificación temprana de síntoma es importante y debe forzarse en cada visita prenatal para que las mujeres con trabajo de parto soliciten atención rápidamente, también debe evitarse el ejercicio muy intenso y aumentar su tiempo de reposo.

Durante el periodo de 10 semanas, entre las 22 y 32 de gestación, las mujeres con alto riesgo deben valorarse cada uno o dos semanas. En las visitas se realizan las evaluaciones rutinarias de la atención prenatal, presión sanguínea, niveles de glucosa y albumina en orina, mediciones de la altura del fondo uterino y valoración de la frecuencia cardiaca fetal. Además, debe recordárseles a las mujeres de trabajo de parto prematuro y asesorarlas en cuanto a la nutrición adecuada. Es importante realizar un examen vaginal para valorar cualquier cambio cervical o infección vaginal. También puede realizarse una prueba de PH vaginal y niveles de fibronectina cervicovaginal.

2.6 PARTO (apuntes de ginecología 2011-2012)

Conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del producto, la placenta y sus anexos por vía vaginal. Se divide en tres periodos: dilatación, expulsión y alumbramiento.

2.6.1 FISIOPATOLOGÍA DE PARTO PRETÉRMINO (Palencia, vol:9, pg:11)

El paradigma implícito que ha gobernado la mayor parte del estudio del parto pretérmino es que los denominados parto a término y trabajo de parto pretérmino son fundamentalmente el mismo proceso, excepto por la edad

gestacional en el que ocurren y que comparten 'una vía común. Los componentes uterinos de esta vía consisten en incremento en la contractilidad uterina, maduración cervical (dilatación e incorporación) y activación de la decidua y membranas corioamnióticas. Hace casi dos décadas, se propuso que la diferencia fundamental entre parto a término y parto pretérmino era que el parto a término resultaba de la activación fisiológica de los componentes de la vía común, mientras el trabajo pretérmino era resultado de la activación prematura de uno o más componentes de la vía común del parto.

El desencadenamiento del parto a término comparte algunos eventos fisiológicos con el pretérmino, pero no son exactamente lo mismo. Es importante comprender los mecanismos que suceden en el parto normal para compararlos con el pretérmino. El embarazo que se inicia con la implantación del blastocisto termina con el parto y el retorno del útero a su estado inicial (involución uterina).

2.6.2 TIPOS DE PARTO (Garrison,1966.)

Parto vaginal. En el parto natural, el bebé nace cruzando por la vagina de la madre, siguiendo las indicaciones del profesional de salud, con la asistencia de poca tecnología o ninguna y sin la ayuda de fármacos. En la mayoría de los centros asistenciales el parto vaginal ocurre en una posición ginecológica, con la gestante en posición decúbito dorsal, es decir, acostada sobre su espalda y sus pies sostenidos a la altura de los glúteos con el objetivo de favorecer la comodidad del personal médico. Se conoce con el nombre de posición de litotomía, ha sido usada durante años como rutina en el nacimiento. Sin embargo, es una posición controvertida, pues el parto puede ocurrir naturalmente en posición vertical—por ejemplo agachada— en el cual la gravedad ayuda a la salida natural del niño. En la litotomía existe más probabilidad de descensos lentos, expulsivos prolongados, sufrimiento fetal y desgarros perineales maternos.

Parto vaginal con fórceps: Ocasionalmente el parto vaginal debe verse asistido con instrumentos especiales, como el fórceps o pinza obstétrica que prensa la cabeza del recién nacido con la finalidad de asirlo y jalar de él fuera del canal de parto. Se indica con poca frecuencia en ciertos partos difíciles.

Parto abdominal: Se realizan quirúrgicamente mediante una operación abdominal llamada cesárea. No todas las cesáreas son por indicación médica en casos de partos de alto riesgo, un porcentaje de ellos son electivos, cuando la madre elige por preferencia que su bebé nazca vaginal

2.6.3 PARTO ESPONTANEO (Parsons y Williams,cap:16,pg:274)

Muchos nacimientos pretérmino son desencadenados espontáneamente, o siguiendo a la rotura espontánea de membranas. Los predictores más importantes son los antecedentes de haber tenido la misma patología, o la historia socio-económica de la madre. Las madres que fuman tienen dos veces más posibilidades de tener un parto pretérmino antes de las 32 semanas, que las no fumadoras, aunque esto solo no explica las desventajas todos los riesgo asociados con las desventajas sociales. Existen evidencias a través del meta análisis de estudios bien realizados que la interrupción del fumar puede disminuir la incidencia del parto pretérmino.

2.7 PARTO PRETÉRMINO (James,Danfort.)

Expulsión del producto de organismo materno de 28 semanas a menos de 37 Semanas de gestación. El trabajo de pretérmino es un suceso que ocurre cerca del 8% de los embarazos. Un lactante se clasifica como de pretérmino si el parto ocurre antes de las 37 semanas de gestación. Un lactante que pesa menos de 2,500 g al nacer se considera de bajo peso. A pesar de que antes todos los lactantes son de peso inferior a 2,500 g se consideraban prematuros, casi siempre puede distinguirse entre un lactante de pretérmino y uno con peso bajo con la

medición más exacta de la edad gestacional. De todos los lactantes que pesan menos de 2,500 g al nacer, son maduros hasta en una tercera parte pero muestran retraso en el crecimiento y sufren problemas únicos y diferentes.

La definición del trabajo de parto tiene dos componentes: contracciones uterinas regulares, por lo general tres en 30 minutos, por lo menos, y cambios en el cérvix que incluyen borramiento y dilatación. No obstante el gran esfuerzo, para prevenir el trabajo de parto prematuro, la incidencia ha aumentado en realidad con los últimos 20 años.

El parto prematuro es la principal causa de mortalidad neonatal y morbilidad neurológica a corto y largo plazos. Este problema de salud tiene un costo económico y social considerable para las familias y los gobiernos. Su frecuencia varía entre 5 y 12% en las regiones desarrolladas del mundo, pero puede ser de hasta 40% en las regiones más pobres. Tiene muchas causas y el principal factor de riesgo es el antecedente de parto prematuro, además de la vaginitis bacteriana que se asocia con corioamnionitis. No obstante que varias características maternas se relacionan con el padecimiento, en muchos casos sus causas no son claras; sin embargo, la influencia de las enfermedades infecciosas, sobre todo las intrauterinas, es muy importante. El acceso a un control prenatal temprano y adecuado es particularmente relevante para muchas mujeres con alto riesgo de parto prematuro: madres jóvenes, pobres y sin apoyo social.

2.7.1 TRABAJO DE PARTO (Rigol,2004.)

El trabajo de parto pretérmino es una condición; es improbable que una sola intervención como la tocólisis sea efectiva en prevenir todos los casos de nacimiento pretérmino. La tocólisis y el cerclaje, entre otros, representan el intento de corregir solo uno de los componentes de la vía común del parto pretérmino, pero no necesariamente están orientadas a corregir el proceso patológico subyacente. Por ejemplo, la tocólisis puede prolongar el embarazo

hasta 7 días, dando la oportunidad para que la administración de esteroides sea efectiva, para la transferencia materna a un centro de cuidado terciario o instituir otras medidas que puedan ayudar a mejorar el resultado de embarazo. Pero, esta intervención no reduce la tasa de parto pretérmino ni la morbilidad perinatal asociada al parto pretérmino.

2.7.2 ETIOLOGÍA (Alexis Palencia.)

La etiología de la prematurez rara vez está asociada con una sola condición. Se considera multifactorial y varía de acuerdo con la edad gestacional. Dentro de las principales causas, la infección tiene un rol importante, tanto la local uterina (responsable de la mayoría de los partos prematuros antes de la semana 28) como la sistémica; también están: el estrés materno, la trombosis uteroplacentaria y las lesiones intrauterinas vasculares asociadas con sufrimiento fetal o hemorragia decidual, la sobre distensión intrauterina y la insuficiencia placentaria. Es frecuente que se combinen factores y que ocurra un parto prematuro por infección en la madre y abruptioplacentae. Un parto pretérmino puede ocurrir de diferentes maneras:

- a) Trabajo de parto pretérmino con membranas intactas (espontáneo).
- b) b) Trabajo de parto pretérmino con ruptura prematura de membranas (RPM).
- c) c) Parto pretérmino iatrogénico por causas maternas o fetales.

Existen múltiples evidencias de causalidad entre la relación de infección/parto pretérmino. Las pacientes embarazadas con infecciones sistémicas, como pielonefritis, malaria, neumonía o infección periodontal, tienen más probabilidad de tener un parto prematuro. La bacteriuria asintomática aumenta el riesgo de PP y su tratamiento lo disminuye.

La primera línea de defensa para la infección son las barreras naturales piel y mucosas. La penetración de superficies epiteliales por microorganismos (mucosas) significa la inminencia del inicio de respuesta inflamatoria con el fin de contrarrestar el crecimiento bacteriano. Las formas como puede producirse la infección son:

- a) Vía ascendente: desde la vagina hasta el cérvix.
- a) Hematógena: a través de la placenta.
- b) Retrógrada: desde la cavidad pélvica.
- c) Accidental: trauma o procedimientos invasivos como amniocentesis.

De todas las vías, la más frecuente aceptada como causante de corioamnionitis es la ascendente.

Las infecciones intrauterinas han sido reconocidas como una de las causas más frecuentes de PP. La prevalencia de infección corioamniótica antes de la semana 30 es del 73% en embarazadas que iniciaron su trabajo de parto espontáneamente contra un 16% en aquellas de la misma edad gestacional que no habían iniciado trabajo de parto y que fueron intervenidas por razones médicas.

La evidencia de la relación infección/parto prematuro fue difícil de establecer durante algún tiempo. Cuando se trata de detectar gérmenes por cultivos corrientes, como causantes de parto prematuro, se encuentran tasas muy bajas en LA, sobre todo en partos por debajo de las 30 semanas. Sin embargo, con técnicas de PCR y cultivos específicos para micoplasmas, Romero y colaboradores, en muestras de LA, han encontrado una cantidad apreciable. En mujeres embarazadas con parto prematuro y membranas intactas, la frecuencia de infección intra amniótica es del 22%; mientras que para mujeres con parto prematuro y RPM es hasta del 75%.

2.7.3 IMPORTANCIA DEL PARTO PREMATURO (James,Danfort.)

Aunque el 8% de los lactantes nacen antes de la semana 37 de edad gestacional, la complicación de estos individuos representan más del 70% de las muertes neonatales por causas ajenas a anomalías, además de una gran morbilidad, que incluye síndrome de insuficiencia respiratoria, hemorragia ventricular displasia broncopulmonar, persistencia del conducto arterioso, retinopatía de la pre madurez, sepsis, enterocolitis necrotizante, apnea hiperbilirrubinemia, hipoglucemia, daño visual y auditivo, parálisis cerebral, enfermedad pulmonar crónica y, en años subsecuentes escaso aprovechamiento escolar. Mientras más pequeño sea el lactante, mayores serán los riesgos.

2.7.4 MECANISMOS DE INICIO DEL TRABAJO DE PARTO (James,Danfort,cap:16,pg:269)

El trabajo de parto se presenta cuando se inician los mecanismos que convierten el útero en una cavidad en estado de contención a otra que intenta expulsar el feto. Esta expulsión requiere una coordinación de la contractilidad miometrial y ablandamiento y dilatación cervicales. Casi todos los animales llegan a un punto en el embarazo en el que los mecanismos que producen el trabajo de parto rebasan los que mantienen la gestación. En las mujeres con embarazos únicos, el momento de inicio del trabajo de parto se considera normal si se presenta entre las semanas 37 y 42 desde el inicio del último periodo menstrual. La incomprensión del trabajo de parto obstaculiza la capacidad para instruir tratamientos para prevenirlo o detenerlo. Una vez que se comprende bien el trabajo de parto en embarazos a término, se puede establecer mejores protocolos para el trabajo de parto prematuro.

2.7.5 PARTO PREMATURO PREVIO (James,Danfort.)

Si el primer embarazo de una paciente termina en un parto prematuro, existe una incidencia dos veces más alta de parto prematuro en los embarazos subsecuentes. Si los dos primeros embarazos terminan en partos prematuros, el riesgo se incrementa al triple para el tercer embarazo, por el contrario, un embarazo de término previo reduce la incidencia de parto prematuro en los embarazos posteriores. Aunque el antecedente de un parto prematuro previo es uno de los factores de riesgo más consistentes y aceptados, su riesgo relativo es solo de 2; por tanto, solo el 16% de todos los partos prematuros se identifican con esa información. No es tan claro un papel de aborto inducido previo en el riesgo futuro de parto prematuro. Algunos investigadores hallaron que el riesgo de trabajo de parto prematuro aumenta con cada aborto inducido adicional, mientras que otros no encontraron relación entre los abortos espontáneos o inducidos y el riesgo de trabajo de parto prematuro.

2.7.6 RIESGOS PARA EL TRABAJO DE PARTO PREMATURO (James,Danfort,cap:16,pg:271)

Cerca de dos tercios de los partos prematuros se deben a trabajo de parto prematuro o rotura de membranas y la mayor parte del tercio restante se debe a complicaciones médicas, como hipertensión o hemorragia placentaria. Es importante identificar a las mujeres con riesgo de trabajo de parto prematuro en una etapa temprana del embarazo para que la prevención y el tratamiento tengan éxito. Estos factores de riesgo se describen a continuación.

2.7.6.1 EDAD Y RAZA (James,Danfort,cap:16,pg:271)

Las pacientes en los extremos de la edad reproductiva tienen mayor incidencia de trabajo de parto de pretérmino. No obstante, es probable que el riesgo no sea la edad misma, sino algunos factores relacionados con la edad y que dan

lugar a la confusión. Por ejemplo, las mujeres jóvenes tienen más parejas sexuales e infecciones vaginales, mientras que las mujeres mayores pueden tener más alteraciones uterinas, como miomas. Las pacientes con recursos económicos escasos, así como aquellas con una atención prenatal deficiente, tienen mayor riesgo de trabajo de parto prematuro. En varias series se encontró que la raza es un factor de riesgo independiente para el trabajo de parto prematuro. Algunos estudios demostraron que las mujeres negras tienen periodos gestacionales más cortos y sus hijos pesan menos por semana de edad. Virji y Cottington (1991) encontraron un riesgo dos veces más alto para el trabajo prematuro entre las mujeres negras. Estos índices altos de trabajo de parto prematuro y peso bajo al nacer de las mujeres negras son independientes del nivel económico.

2.7.6 EPIDEMIOLOGÍA Y PREVALENCIA EN MÉXICO Y EN MICHOACÁN

(Secretaria de salud, 2005.)

En México, la tasa de mortalidad perinatal ha disminuido en los últimos 20 años; sin embargo, existen regiones del país con elevada morbilidad y mortalidad materno-infantil, congruente con el perfil epidemiológico de la marginación y el rezago en las condiciones de salud, como lo demuestra un estudio de casos y controles realizado en el Hospital General de Comitán, Chiapas, durante el año 1999, en el que se demostró una relación significativa entre la prematuridad con bajo peso para la edad gestacional y la mortalidad perinatal (RM: 9.20; IC 95%, 4.4-19.2), lo que significa que los nacidos prematuros tienen 9.2 veces más riesgo de muerte perinatal en comparación con los nacidos a término.

En el Hospital General de México se realizó un estudio retrospectivo para el periodo de los años 1995 a 2001, en el que se registraron 57,431 recién nacidos de los cuales 2,400 fueron prematuros (4.18%). De éstos, 1,621 ingresaron en la unidad de cuidados intensivos neonatales (67.5%), fallecieron 758 (46.7%) y 863

egresaron por mejoría. La mayoría de los prematuros (56.2%) tenía al nacimiento entre 30 y 34 semanas de embarazo. Según lo esperado, la mortalidad es mayor conforme se reduce el peso al nacimiento

2.8 ENFERMEDADES INFECCIOSAS DURANTE EL EMBARAZO (James, Danfort.)

Muchos microorganismos se consideran factores contribuyentes de trabajo de parto prematuro, pero solo en unos cuantos se ha comprobado la relación causal. No hay duda que la infección con *Treponema pallidum* es un factor importante en la producción de contractilidad uterina y parto prematuro. Las pacientes con sífilis primaria o secundaria tienen un índice de premadurez hasta del 50%, en comparación con un índice del 8% en los grupos control. La infección gonocócica también conlleva mayor incidencia de parto prematuro. Sin embargo, puede ser un marcador de otras infecciones bacterianas de transmisión sexual. La participación de esta infección como agente causal puede disminuir notablemente con el cultivo de rutina al principio del embarazo y tratamiento de los casos positivos.

Las enfermedades infecciosas implican gran número de riesgos tanto para la madre como para el feto, que comprenden desde la simple incomodidad y dolor de la madre en caso de vaginitis hasta enfermedades que causan complicaciones mucho más graves tanto para ella como para el niño, por ejemplo, ceguera y defectos de nacimiento por sífilis sin tratamiento y en ocasiones la muerte en caso de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Muchas enfermedades infecciosas pueden prevenirse ya sea mediante vacunación o por medio de prácticas sexuales seguras, con frecuencia la educación es la clave para la prevención.

2.8.1 VAGINITIS POR CANDIDA (London,1992,cap:8,pg:214)

Las infecciones por *Candida* no se transmiten en forma sexual aunque en ocasiones sí. Esta infección vaginal tan frecuente es ocasionada por el hongo *Candida albicans*, el cual se encuentra distribuido en forma amplia en la naturaleza y se encuentra con frecuencia en piel y membranas mucosas. Como se desarrolla bien en el tejido vaginal que tiene buen nivel de estrógenos y elevado contenido de glucógeno, se presenta con mayor frecuencia en mujeres embarazadas, que tiene diabetes o toman anticonceptivos orales con alto contenido de estrógenos. Las mujeres que toman antibióticos sistémicos son más susceptibles a las infecciones por *Candida* debido a la supresión de la flora vaginal normal y a los cambios del PH y enzimáticos. La tensión y la disminución de la resistencia contribuyen a la vaginitis por *Candida*, al igual que diversas prácticas de higiene, como uso de duchas, aerosoles perfumados, jabones y ropa interior de nilón.

La secreción de la vagina tiene color blanco característico, es espesa, y se adhiere al cérvix y a las paredes de la vagina.

2.8.2 INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS (Ladewig,1992.)

La infección del tracto urinario constituye la complicación médica más frecuente del embarazo y se puede manifestar como:

Bacteriuria asintomática (en un 4 a un 7 % de mujeres en edad reproductiva se puede demostrar la presencia de 100.000 bacterias por mililitro de orina, pero raramente dan síntomas).

Esta bacteriuria asintomática no tratada desarrolla cistitis sintomática en el 30%, que puede desarrollar pielonefritis en el 50% de los casos.

Además, se asocia con riesgo incrementado de retardo del crecimiento intrauterino y recién nacidos con bajo peso al nacer y de pretérmino secundario a trabajo de parto prematuro, anemia, eclampsia e infección del líquido amniótico.

Cistitis (infección e inflamación de la vejiga) y Pielonefritis (infección renal) La pielonefritis aguda durante el embarazo puede producir complicaciones serias como sepsis (infección generalizada) materna y amenaza de parto prematuro.

2.8.2.1 SIGNOS Y SÍNTOMAS (Ladewig,1992.)

Si tienes infección de las vías urinarias, puedes tener uno o más de estos síntomas:

- a) Dolor o sensación de ardor al orinar.
- b) Necesidad de orinar frecuentemente.
- c) Después de orinar continuas con el deseo de orinar un poco más.
- d) Sensación de urgencia al orinar.
- e) Sangre o moco en la orina.
- f) Dolor o contracciones en la parte baja del vientre.
- g) Dolor durante el acto sexual.
- h) Escalofríos, fiebre, sudoración profusa, incontinencia.
- i) Nicturia.
- j) Poliuria.
- k) La orina tiene un aspecto turbio, huele mal o el olor es muy concentrado.
- l) Dolor, sensación de presión o sensibilidad extrema en la zona de la vejiga.

m) Cuando la bacteria se disemina a los riñones, puedes tener dolor en la parte baja de la espalda, escalofríos, fiebre, náusea y vómito.

2.8.4 INFECCIONES VAGINALES MÁS FRECUENTES

CARACTERISTICAS	CANDIDIASIS	GARNERELLA	TRICHOMONA	VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO
PRURITO	++++	0-+	0-+	Ocasional
FLUJO VAGINAL	blanco grumoso	Amarillo	verdoso, espumoso	No
MAL OLOR	No	si (pescado)	++++	No
IRRITACIÓN	+++	+ -+++	+ -+++	poca, o rara vez
PH	ácido	Alcalino	Alcalino	cualquier PH
COMPLICACIONES	vulvitis, dispareunia	irritación, dispareunia	irritación, dispareunia	origina cáncer cervical
TRATAMIENTO	Itraconazol, miconazol, nistatina	Secnidazol, Tinidazol, Clindamicina	Secnidazol, Tinidazol, Metronidazol	crioterapia conización

2.9 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (Ladewig 1992.)

La ruptura prematura de membranas es definida como la solución de continuidad o pérdida de la integridad de las membranas corioamnióticas antes del inicio de trabajo de parto. Cuando esta se presenta antes de las 37 semanas de gestación se denomina pretérmino (RPPM).

La rotura prematura de membranas es una causa frecuente de trabajo de parto prematuro. El periodo de latencia y de intervalo, el periodo de latencia es el que transcurre entre la rotura de las membranas y el inicio del trabajo de parto. El periodo de intervalo es el que transcurre entre las roturas de las membranas y el nacimiento del feto algunas autoridades denominan a la rotura de membranas que ocurre antes de las 38 semanas de gestación roturas de membranas de pretérmino.

A pesar de que la causa de la rotura prematura de membranas se desconoce, existen varios factores que pueden correlacionarse con su aparición. Una de las causas de RPM durante el segundo trimestre del embarazo es la incompetencia ístmico cervical. Además, la infección polihidramnios, traumatismos embarazo múltiple y anomalías del aparato urinario femenino también pueden producir RPM.

La RPM tiene una frecuencia de 3 a 18.5 de los partos y es más frecuente cuando se trata de un parto de pretérmino. En 80 a 90% de las mujeres con un embarazo de término, las contracciones uterinas regulares se inician dentro de las primeras 24 horas después de que se rompen las membranas. El periodo de latencia excede las 24 horas en aproximadamente 20% de las mujeres con embarazo de término y es mayor de 48 horas en cerca del 10%.

2.10 POLIHIDRAMNIOS (London, 1992.)

El polihidramnios se caracteriza por la presencia de más de 2 000 ml de líquido amniótico. Su causa precisa se desconoce pero es frecuente en caso de alguna anomalía congénita grave. Se cree que una de las principales fuentes de líquido amniótico son las células especiales de amnios localizados sobre la placenta (Cunningham y col., 1989). Durante la segunda mitad del embarazo el feto empieza a deglutir e inhalar líquido amniótico excretándolo a través de la orina, lo que también contribuye a la cantidad existente. En los casos de polihidramnios no ha sido posible encontrar ninguna afección del epitelio amniótico. Sin embargo, esta alteración acompaña a las malformaciones fetales que afectan el mecanismo de deglución fetal y de alteraciones neurológicas en las que las meninges se exponen a la cavidad amniótica. También existe polihidramnios en caso de anencefalia en la que se cree que el feto orina en exceso en caso por sobre estimulación de los centros cerebrospinales. Cuando existe polihidramnios en presencia de un embarazo gemelar monocigótico, es posible que el gemelo con mayor irrigación orine en exceso. Se ha encontrado que el peso de la placenta es mayor en algunos casos de polihidramnios, lo que indica que también puede contribuir el mayor funcionamiento del tejido placentario.

2.10.1 RIESGOS MATERNOS (London, 1992.)

Cuando la cantidad de líquido amniótico es mayor de 3 000 ml la mujer experimenta disnea y edema de las extremidades inferiores debido de la compresión de la vena cava. Si el polihidramnios es suficientemente abundante puede llegar a experimentar dolor intenso. Antes del parto, si se extrae con demasiada rapidez el líquido amniótico, puede producirse desprendimiento prematuro de placenta normoinsera debido a que se reduce el área de adherencia. Por el estiramiento de las fibras puede haber disfunción uterina durante el parto y aumenta La frecuencia de hemorragia.

2.10.2 RIESGOS FETALES Y NEONATALES (London, 1992.)

El polihidramnios suele acompañarse de malformaciones fetales y parto pre término, así que la mortalidad perinatal es elevada. Puede haber prolapso de cordón al romperse las membranas, lo que añade una complicación para el feto. También aumentan las presentaciones anormales.

2.10.3 TRATAMIENTO (London, 1992.)

Cuando la acumulación de líquido amniótico es lo suficientemente abundante como para provocar disnea y dolor en la madre, esta debe hospitalizarse extrayendo el exceso de líquido. Esto puede lograrse por vía vaginal o por amniocentesis. Los peligros de la técnica vaginal son prolapso del cordón e incapacidad para extraer el líquido lentamente. La técnica estéril es indispensable en la amniocentesis.

2.11 PROLAPSO DEL CORDÓN UMBILICAL (Ladewig 1992.)

Este término se refiere a la salida del cordón umbilical a través del cérvix hacia la vagina. Otro tipo del prolapso del cordón es el que se denomina prolapso oculto del cordón. En esta anomalía del cordón yace a un lado o por delante de la cabeza fetal. Las situaciones que pueden acompañarse del prolapso del cordón son presentación pélvica, situación transversa, estrechos contraídos, feto pequeño, cordón muy largo, placenta de inserción baja, polihidramnios y gestación múltiple. Siempre que el estrecho superior no ha sido ocluido y las membranas se rompen existe el peligro de que el cordón se prolapse.

2.11.1 RIESGOS MATERNOS, FETALES Y NEONATAL

(Ladewig 1992, cap,25, pg:762)

Cuando existen factores que predisponen al prolapso de cordón debe considerarse que la mujer tiene riesgo elevado, por lo que se vigilara constantemente. Si el prolapso del cordón ocurre antes de la dilatación completa del cérvix, el método de tratamiento es una cesárea inmediata.

Con cada contracción el cordón umbilical se comprime entre la pelvis materna y la presentación, así que a menudo existe sufrimiento fetal. Si el cordón umbilical deja de pulsar generalmente indica muerte.

2.11.2 COMPLICACIONES MATERNAS Y FETALES (Ladewig 1992.)

Aproximadamente entre el 15% y el 25% de los infantes pretérmino son extraídos por complicaciones maternas o fetales. La razón principal es la hipertensión arterial del embarazo y una restricción del crecimiento fetal severo lo que está frecuentemente asociado con los desórdenes hipertensivos. La decisión de terminar estos embarazos está determinada balanceando los riesgos de parto pretérmino para los neonatos en contra de las consecuencias de proseguir el embarazo tanto para la madre como para el feto. Esta decisión explica porque la incidencia de nacidos muertos ha disminuido en los últimos 20 años.

2.11.3 TRATAMIENTO (Ladewig 1992, cap,25, pg:762)

La mujer en trabajo de parto con membranas rotas debe guardar reposo en cama hasta no demostrar que el feto se ha encajado sin prolapso de cordón. Además, en el momento de la rotura espontanea de las membranas o de la amniotomía, es necesario auscultar la frecuencia cardiaca fetal cuando menos tres durante un minuto y nuevamente al final de una contracción., si se detecta

bradicardia fetal en la auscultación es necesario descartar prolapso del cordón. Cuando el médico, partera o enfermera de obstetricia descubre un asa de cordón durante la exploración vaginal estéril, no debe mover los dedos enguantados de su lugar, tratando de levantar la cabeza para aliviar la compresión del cordón, esta medida puede salvar la vida del feto.

2.12 ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS DEL EMBARAZO

(Olds,1992,cap:19,pg:500)

La presión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra el interior de las arterias. Cuando la presión de las arterias se eleva demasiado, se le llama hipertensión. Algunas mujeres padecen hipertensión antes del embarazo. Este tipo de hipertensión se conoce como hipertensión crónica. Muchas otras desarrollan hipertensión durante el embarazo, en cuyo caso se habla de hipertensión inducida por el embarazo. La hipertensión inducida en embarazo por lo general desaparece al poco tiempo después del parto. Cerca del 8 por ciento de las mujeres embarazadas tiene un cierto grado de hipertensión. No obstante, la hipertensión durante el embarazo puede provocar graves complicaciones para la madre y el bebé. Afortunadamente, por lo general es posible prevenir los problemas graves con una atención prenatal adecuada.

Es la hipertensión que se desarrolla tardíamente en el embarazo y desaparece tras el parto. Habitualmente, las mujeres que desarrollan esta enfermedad son obesas o bien tienen un historial familiar de hipertensión. Debe prestarse atención a la detección de aumentos de proteínas en orina y ácido úrico.

2.12.1 LA PRE-ECLAMPSIA (Ladewig,1992.)

Es un trastorno potencialmente grave que se caracteriza por alta presión arterial y proteína en la orina. Cuando la alta presión arterial no va acompañada de proteína en la orina, se la denomina hipertensión gestacional. Es la hipertensión

que se desarrolla tardíamente en el embarazo y desaparece tras el parto. Habitualmente, las mujeres que desarrollan esta enfermedad son obesas o bien tienen un historial familiar de hipertensión. Debe prestarse atención a la detección de aumentos de proteínas en orina y ácido úrico. Por esta razón, se realiza un seguimiento estricto de todas las mujeres que desarrollen hipertensión durante el embarazo. La pre-eclampsia también puede ir acompañada de edema en las manos y el rostro, y de un aumento repentino de peso. Otros síntomas evidentes pueden incluir vista borrosa, fuertes dolores de cabeza y mareos.

Las mujeres embarazadas deben ponerse en contacto con su médico de inmediato si manifiestan cualquiera de estos síntomas.

2.12.2 ECLAMPSIA (Ladewig,1992.)

En ausencia de otros factores etiológicos, la presencia de convulsiones tónico clónicas generalizadas define la existencia de eclampsia en pacientes que cursan con hipertensión arterial inducida por el embarazo. La mayor parte de las mismas ocurren durante el trabajo de parto o el puerperio inmediato. La gravedad no resulta de la extensión y topografía de las lesiones cerebrales, sino de la persistencia de las convulsiones, del compromiso multiorgánico y de la activación de la coagulación, las complicaciones intracraneales más temidas son los hematomas y el edema cerebral difuso con hipertensión endocraneana.

De la eclampsia frente al gran riesgo materno y fetal que supone la eclampsia, debe recordarse que el único tratamiento efectivo y específico de la enfermedad es la interrupción del embarazo.

2.13 RETRASO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO (Olds,1992.)

Es una deficiencia generalizada aguda grave que ocasiona la disminución en todos los parámetros de la somatometría fetal, la restricción del crecimiento

intrauterino conlleva un déficit en el desarrollo neurológico y funcional con disminución de inteligencia y de otras habilidades neurológicas.

2.14 SUFRIMIENTO FETAL (Olds, cap:25.)

Es una situación clínica que presenta el feto y que nos indica una falta total o parcial de oxígeno y que él bebe se encuentra en peligro inminente para llegar a un buen diagnóstico del sufrimiento fetal se deben conjuntar 2 parámetros anormales ya que un solo parámetro es insuficiente y no valido para detectar sufrimiento fetal.

Cuando el oxígeno es insuficiente para llenar las demandas fisiológicas del feto se produce sufrimiento fetal. Esta situación puede ser aguda, crónica o combinada. Existen varios factores que pueden contribuir al sufrimiento fetal. Los más frecuentes son compresión del cordón e insuficiencia uteroplacentaria por anomalías de la placenta y enfermedades maternas y fetales. Si la hipoxia resultante persiste y se produce acidosis metabólica, la situación amenaza la vida del feto.

Parámetros para valorar sufrimiento fetal:

- Frecuencia cardiaca fetal -120 o más de 160 latidos por minuto.
- líquido amniótico: denso, espeso, oligohidramnios, agua de alfalfa, sopa de chicharos.
- percepción de movimientos fetales: disminuidos, débiles o ausentes.
- PH sanguíneo fetal: acidosis pH -7.4.
- Perfil biofísico fetal: calificación menor de 8.

2.15 ENFERMEDADES MATERNAS CRÓNICAS

2.15.1 DM (Olds,1992,cap:18,pg450)

La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos.

2.15.1.1 DIABETES DE TIPO 1 (Olds, 1992.)

Se caracteriza por una producción deficiente de insulina y requiere la administración diaria de esta hormona.

Sus síntomas consisten, en excreción excesiva de orina (poliuria), sed (polidipsia), hambre constante (polifagia), pérdida de peso, trastornos visuales y cansancio. Estos síntomas pueden aparecer de forma súbita.

2.15.1.2 DIABETES DE TIPO 2 (Olds, 1992,cap:18,pg450)

También llamada no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta). Se debe a una utilización ineficaz de la insulina. Este tipo representa el 90% de los casos mundiales y se debe en gran medida a un peso corporal excesivo y a la inactividad física.

Los síntomas pueden ser similares a los de la diabetes de tipo 1, pero a menudo menos intensos. En consecuencia, la enfermedad puede diagnosticarse sólo cuando ya tiene varios años de evolución y han aparecido complicaciones.

Hasta hace poco, este tipo de diabetes sólo se observaba en adultos, pero en la actualidad también se está manifestando en niños.

2.15.2 DIABETES GESTACIONAL (Olds,1992.)

La diabetes gestacional es un estado hiperglucémico que aparece o se detecta por vez primera durante el embarazo.

Sus síntomas son similares a los de la diabetes de tipo 2, pero suele diagnosticarse mediante las pruebas prenatales, más que porque el paciente refiera síntomas.

El deterioro de la tolerancia a la glucosa y la alteración de la glicemia en ayunas son estados de transición entre la normalidad y la diabetes, y quienes los sufren corren mayor riesgo de progresar hacia la diabetes de tipo 2.

2.16 ANEMIA (London 1992.)

La anemia indica niveles bajos de hemoglobina en la sangre. Durante el embarazo hay anemia si la hemoglobina es menor a 10g/100ml o el hematocrito es menor al 30 %. Las anemias frecuentes del embarazo se deben a producción insuficiente de hemoglobina por deficiencia nutricional de hierro o ácido fólico o a destrucción de hemoglobina por trastornos hereditarios, en especial la anemia de células falciformes y la talasemia.

2.16.1 ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO (London 1992.)

El hierro de la dieta se requiere para sintetizar hemoglobina. Ya que esta es necesaria para el transporte de oxígeno, una carencia de hierro provoca un descenso en la hemoglobina y puede afectar el transporte corporal de oxígeno.

La anemia por deficiencia de hierro es la complicación médica más frecuente del embarazo. Alrededor del 15 al 30% de las mujeres occidentales en edad reproductiva tienen deficiencia de hierro. De las embarazadas que no toman complemento de hierro, el 84% tienen una deficiencia de este mineral al término del embarazo (Kelton y Cruickshank 1984). Se conservan cerca de 200 mg de hierro por la amenorrea funcional del embarazo, pero una embarazada necesita cerca de 1 000 mg más de hierro durante la gestación. Entre 300 y 400 mg del mineral se transfieren al feto; 500 mg se requieren para el aumento de la masa de glóbulos rojos en el mayor volumen circulante de la madre; otros 100 mg se necesitan para la placenta y alrededor de 280 mg para remplazar el miligramo de hierro que se pierde todos los días a través de la heces, orina y sudor.

La mayor necesidad de una ingesta más grande de hierro es durante la segunda mitad del embarazo. Cuando no se cubren las necesidades de este mineral la hemoglobina materna disminuye por debajo de 11g/100 ml. Los niveles séricos de ferritina que indican las reservas de hierro son menores a 12mg/litro.

Muchas mujeres empiezan el embarazo en un estado de anemia ligera. Durante la gestación la anemia leve puede convertirse con rapidez en una más grave; por tanto requiere tratamiento inmediato.

2.16.1.1 RIESGOS MATERNOS (London 1992, cap,18, pg:460)

La mujer con anemia ferropriva puede ser asintomática pero es más susceptible a la infección, puede cansarse con facilidad y tienen mayores probabilidades de hipertensión inducida por el embarazo y hemorragia puerperal y tolera poco una pérdida mínima de sangre durante el parto. Puede retrasarse la curación de la episiotomía o incisión. Si la anemia es grave (hemoglobina menor a 6 g/100 ml), puede desarrollarse insuficiencia cardíaca.

2.16.1.2 RIESGOS FETALES Y NEONATALES (London 1992.)

Existe evidencia de un riesgo mayor de peso bajo al nacimiento, pretérmino, muerte fetal y muerte neonatal en los hijos de mujeres con deficiencia grave de hierro (hemoglobina menor a 6 g/100 ml). El lactante no presenta una deficiencia de hierro al nacimiento por el transporte activo del mineral a través de la placenta, aun cuando las reservas maternas sean bajas. Sin embargo, estos lactantes tienen reservas menores de hierro y tiene mayor riesgo de desarrollar deficiencia del mineral durante la infancia.

2.16.1.3 TRATAMIENTO (London 1992.)

La primera meta de la atención sanitaria es prevenir la anemia por deficiencia de hierro. Si existe, el objetivo es regresar los niveles bajos de hierro y hemoglobina a la normalidad.

Los complementos de hierro son esenciales durante el embarazo porque las fuentes dietéticas no pueden cubrir los requerimientos adicionales. Las dosis orales de una sal ferrosa, como 300 mg de sulfato ferrosos (60 mg de hierro elemental), se toman diariamente para prevenir la anemia. La dosis se aumenta a tres veces al día para tratar la deficiencia y regresar los niveles de hemoglobina a 12 g/ 100 ml. En caso de un embarazo gemelar se requiere una dosis mayor. Si una dosis grande de hierro oral provoca vómito, diarrea, constipación o si se descubre la anemia en una etapa tardía del embarazo, puede ser necesario el hierro por vía parenteral.

2.16.2 ANEMIA POR DEFICIENCIA DE ÁCIDO FÓLICO (Ladewig 1992.)

La deficiencia de folato es la causa más frecuente de anemia megaloblastica durante el embarazo; afecta al 1 a 4% de las embarazadas en estados unidos. Es más frecuente en los embarazos gemelares. El ácido fólico es

necesario para la síntesis de DNA y RNA y para la duplicación celular. Cuando está ausente los glóbulos rojos inmaduros no pueden dividirse, se agrandan, (megaloblastosis) y su número disminuye. Con la multiplicación celular tremenda que existe en el embarazo, es crucial una cantidad normal de ácido fólico. Sin embargo, la mayor excreción urinaria de ácido fólico y el requerimiento fetal puede provocar una deficiencia de ácido fólico con rapidez. Casi siempre se diagnostica en la fase tardía del embarazo o en el puerperio inmediato. Puede encontrarse niveles de hemoglobina hasta de 3 a 5 g/ 100 ml.

2.17 CÁNCER UTERINO (London,1992.)

El cáncer es una enfermedad en la cual las células en el cuerpo se multiplican sin control. El tipo de cáncer se identifica de acuerdo a la parte del cuerpo en la que comienza, aunque después se extienda a otras partes del cuerpo.

El tipo de cáncer de útero más común se llama cáncer de endometrio porque se forma en el revestimiento de su útero, llamado endometrio Malformaciones uterinas.

Los signos y síntomas del cáncer de útero incluyen:

- Secreción o flujo vaginal que no es normal para usted.
- Sangrado vaginal que no es normal para usted. El sangrado puede ser anormal por su abundancia o por el momento en el cual aparece, por ejemplo, sangrado después de la menopausia, sangrado vaginal entre periodos menstruales, u otro sangrado que dure más de lo normal o que sea más abundante de lo normal para usted.

2.18 DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMO INSERTA (DPPNI) (Olds 1992.)

Se llama al desprendimiento de una parte o de toda la placenta después de las 20 semanas de gestación y antes del 3er periodo del trabajo de parto.

En esta afección la placenta, que tiene una inserción normal en la pared uterina se desprende en forma prematura. Este fenómeno se considera catastrófico por la hemorragia tan abundante que se produce. Su frecuencia es de 1 en 75 a 90 nacimientos (Lowe y Cunningham, 1990), y es común en embarazos complicados por uso de cocaína. Su riesgo es mucho mayor en este caso que el de la población general. Karegaard y Gennser (1986) reporto una frecuencia diez veces mayor (1 en cada 25 embarazos) en los embarazos subsecuentes

La causa de desprendimiento prematuro de placenta normo inserta no se conoce. Se han propuesto varias teorías en las que se relaciona con la reducción del flujo a la placenta a través de los sinusoides durante el tercer trimestre del embarazo. También se ha sugerido que algunos de los factores que contribuyen son la presión intrauterina excesiva por polihidramnios o embarazo múltiple, hipertensión materna, tabaquismo, ingestión de alcohol, edad materna avanzada, mayor paridad, traumatismo y cambios repentinos en la presión intrauterina (como la amniotomía).

2.18.1 FISIOPATOLOGÍA (Olds 1992.)

El desprendimiento de placenta normo inserta puede clasificarse en tres tipos:

1. Marginal. La sangre pasa entre las membranas fetales y la pared uterina escapando a través de la vagina. La separación se inicia en

la periferia de la placenta; esta ruptura marginal puede agravarse o no.

2. Central. La placenta se separa en el centro y queda sangre atrapada entre la placenta y la pared uterina este atrapamiento se sangre provoca una hemorragia oculta.
3. Completa. Se produce una separación casi completa que provoca una hemorragia vaginal masiva.

En los casos más graves se forma un coagulo sanguíneo por detrás de la placenta. Al no lograr salir la sangre invade al miometrio entre las fibras musculares, lo que provoca la irritabilidad uterina que constituye uno de los signos principales de esta alteración, si la hemorragia continua, finalmente el útero adquiere una coloración azulada. Después del nacimiento del neonato el útero se contrae con gran dificultad. Este síndrome se conoce como útero de couvelaire y muchas veces requiere de histerectomía.

Como resultado de la lesión de la pared uterina y del coagulo retroplacentario que cubre la separación, se liberan grandes cantidades de tromboplastina hacia la sangre materna, que a su vez dispara su inicio de coagulación intravascular diseminada (CID) con hipofibrinogenemia resultante. La cifra de fibrinógeno que suele elevarse durante el embarazo, puede disminuir hasta cifras que no coagulan en minutos por la separación tan rápida de la placenta.

2.18.2 RIESGOS MATERNOS (Olds 1992, cap,25, pg:755)

Actualmente la mortalidad materna es desconocida aunque la morbilidad es muy frecuente. Los problemas que se producen después del parto dependen, en gran parte, de la gravedad de la hemorragia, los defectos de la coagulación, la hipofibrinogenemia y el tiempo transcurrido entre el desprendimiento y el parto. La hemorragia moderada a abundante produce choque hemorrágico, que puede ser

mortal si no se corrige. Durante el puerperio inmediato la mujer que ha sufrido esta alteración tiene riesgo de presentar otra hemorragia y cursar con insuficiencia renal por el choque, espasmo vascular, coagulación intravascular o una combinación de las tres. Otra causa de insuficiencia renal es la transfusión de sangre incompatible y, en este caso, la alteración renal es directamente proporcional al número de unidades transfundido.

2.18.3 RIESGOS FETALES Y NEONATALES (Olds 1992, cap,25, pg:755)

La mortalidad perinatal por desprendimiento prematuro de placenta normo inserta es de 20 a 35 %. En los casos más graves, donde la separación es prácticamente completa, la mortalidad perinatal es de 100%. En la separación incompleta el resultado del feto depende su grado de madurez. Las complicaciones más graves en el neonato son producidas por el trabajo de parto de pretérmino, anemia e hipoxia fetal progresiva, puede producirse daño cerebral irreversible o muerte fetal.

Si la atención es rápida y eficiente los resultados tanto fetales como maternos pueden mejorar en forma considerable.

2.18.4 TRATAMIENTO (Olds 1992.)

Es indispensable estudiar los resultados de las pruebas de coagulación por el riesgo de CID. En esta afección suele haber reducción del fibrinógeno y de la cuenta plaquetaria; el tiempo de protrombina y el tiempo parcial de tromboplastina es normal o prolongado. Cuando las cifras no son anormales, es útil tomar muestras seriadas para establecer cualquier tendencia anormal indicativa de coagulopatía. Existe otro estudio muy sensible que determina la cifra de los productos de la degeneración de la fibrina; estas cifras se elevan en caso de coagulación intravascular diseminada.

Una vez establecido el diagnóstico es necesario mantener el estado cardiovascular de la madre planeando simultáneamente el parto. La vía de nacimiento depende del estado de la madre y el feto; en muchos casos se prefiere la cesárea.

Si la separación es leve y la gestación es cercana al término, puede inducirse el parto vaginal con el menor traumatismo posible. Si el trabajo de parto no se inicia después ocho horas después de romper las membranas y administrar una solución con oxitocina, generalmente se recurre a la cesárea. Si el parto se retrasa aumenta el riesgo de hemorragia con hipofibrinogenemia resultante.

En caso de un desprendimiento moderado o grave se recurre a la cesárea después de tratar la hipofibrinogenemia mediante la administración intravenosa de plasma. En caso de útero de couvelaire el parto vaginal es imposible, debido a que haría un contacto adecuado durante el trabajo de parto. Si la hemorragia es muy abundante es necesario recurrir a la cesárea para permitir una histerectomía inmediata y así salvar tanto a la madre como al feto. La hipovolemia que acompaña al desprendimiento prematuro de placenta normo inserta amenaza la vida y debe combatirse con sangre completa. Si el feto está vivo pero cursa con sufrimiento, el método de elección es una cesárea de urgencia. Cuando se trata de un óbito se prefiere el parto vaginal a menos que el choque hemorrágico sea incontrolable.

Los exámenes de laboratorio más útiles son los que proporcionan el hematocrito, hemoglobina y estado de la coagulación. Para vigilar la coagulación de la enferma también puede hacerse una prueba mediante observación del coagulo en la cabecera de la paciente. Para esto se agita cuatro o cinco veces un tubo de ensayo con 5ml de sangre materna. También deben tomarse medidas para estimular el trabajo de parto, según el estado de la madre y el feto. Con esta finalidad puede efectuarse una amniotomía y administrar oxitocina.

2.19 EMBARAZO MÚLTIPLES (Olds,1992.)

En estados unidos la frecuencia del embarazo gemelar es 10% de cada 1000 nacimientos (Hollenbach y Hickok, 1990). Los gemelos pueden ser monocigotos. Cuando dos fetos se desarrollan a partir de la fecundación de un solo ovulo, los gemelos se denominan monocigotos.

Los gemelos dicigotos son el resultado de la fecundación de dos óvulos distintos. Son diamnioticos, dicorionicos y fraternales. Pueden ser o no del mismo sexo y no son idénticos.

La frecuencia de los gemelos monocigoticos es independiente de la raza, herencia edad y paridad. La frecuencia de los gemelos dicigoticos aumenta con la edad de la madre, la mayor paridad, los antecedentes familiares de gemelos, la mayor nutrición de la madre, mayor frecuencia del coito, como durante los primeros tres meses.

Las tasas de morbilidad y mortalidad en los gemelos son prácticamente del doble en comparación en los embarazos únicos y la tasa de mortalidad de los gemelos monocigotos es tres veces mayor que la de los gemelos dicigotos. La frecuencia de parto pretérmino es doce veces mayor que en los embarazos únicos y solo el 5% de los gemelos alcanza las 40 semanas de gestación (Hunter, 1989).

2.20 HEMORRAGIA PUERPERAL (London,1992.)

La hemorragia en el puerperio se describe como temprana a tardía. La hemorragia puerperal temprana se presenta en las primeras 24 horas después del parto. La hemorragia puerperal tardía ocurre después de las primeras 24 horas. La hemorragia puerperal se define como la perdida sanguínea de mayor a 500ml, aunque los estudios cuantitativos indican que la pérdida total en un parto normal es entre 500 y 600 ml.

Ya que a menudo se subestima la cantidad de sangre que perdió durante el parto, casi siempre la pérdida en una hemorragia puerperal es muy superior a los 500 ml.

2.20.1 HEMORRAGIA PUERPERAL TEMPRANA (London,1992.)

Las principales causas de la hemorragia puerperal temprana son atonía uterina (relajación del útero), laceración del tracto genital, retención de fragmentos placentarios y problemas de la coagulación sanguínea. Ciertos factores predisponen a la hemorragia: a) sobre distensión uterina por hidramnios, un feto grande o embarazo múltiple; b) gran multiparidad; c) uso de anestésicos para relajar el útero; d) traumatismos por procedimientos obstétricos por la aplicación de fórceps medios, manipulación intrauterina o rotación con un fórceps; e) trabajo de parto prolongado o muy rápido; f) uso de oxitocina para inducir o aumentar el trabajo de parto; g) infección uterina, y h) malnutrición materna, anemia, hipertensión inducida por el embarazo, antecedentes hemorrágicos o antecedentes de problemas de la coagulación.

2.20.2 HEMORRAGIA PUERPERAL TARDIA (London,1992.)

La causa más frecuente de hemorragia puerperal tardía es la retención de fragmentos placentarios. En ocasiones los fragmentos placentarios se retienen durante una semana o más tiempo. En tales casos puede sufrir necrosis, puede depositarse fibrina y los fragmentos forman un pólipo placentario. El desprendimiento del pólipo puede provocar hemorragia súbita.

2.20.3 ATONIA UTERINA (Ladewig,1992.)

Con frecuencia la atonía uterina puede anticiparse en presencia de a) sobre distensión uterina; b) trabajo de parto disfuncional que ya indicaba que el útero se contrae con un patrón anormal; c) uso de oxitocina en el trabajo de parto, y d) uso

de anestesia que provoque relajación uterina. La hemorragia por atonía uterina puede ser lenta, continua o súbita y masiva.

La sangre puede salir por vagina o acumularse en el útero. Es posible que no existan cambios en la presión sanguínea y pulsos maternos hasta que la pérdida sea significativa por el mayor volumen sanguíneo durante el embarazo.

Después de la expulsión de la placenta debe palparse el fondo para confirmar que este firme y bien contraído. Si no es así debe aplicarse masaje sobre el fondo hasta que el útero se contraiga. Si persiste la hemorragia deben inspeccionarse el cérvix y la vagina en busca de laceraciones. El medico puede explorar en forma manual la cavidad uterina en busca de restos placentarios retenidos o puede realizar un legrado. Si la hemorragia no fue grave se decidirá la necesidad de una transfusión sanguínea después de obtener los valores sanguíneos y determinar la gravedad real de la hemorragia. La hemorragia grave y sin control puede requerir transfusión inmediata, inspección en busca de rotura uterina, estudios de coagulación sanguínea, legrado, ligadura bilateral de las arterias ilíacas internas, histerectomía, además de las medidas previas.

2.20.4 RETENCIÓN PLACENTARIA (Olds,1992)

La hemorragia también puede presentarse si la placenta solo se separó en forma parcial. La causa más frecuente de separación parcial es el masaje de fondo antes del desprendimiento placentario, por lo que debe evitarse esta práctica. El manejo de la hemorragia por la separación parcial una vez que ya ocurrió, incluye masaje uterino y retiro manual de la placenta.

2.20.5 TRATAMIENTO MÉDICO (Olds,1992.)

El examen cuidadoso de la placenta después del parto en busca de partes o cotiledones faltantes es la mejor medida preventiva para la hemorragia puerperal

tardía. Deben inspeccionarse las membranas en busca de secciones ausentes o de vasos transversos con respecto al borde de la placenta y que corran hacia afuera de las membranas, lo cual podría indicar placenta accesorio y la retención de un lóbulo. Si se sospecha retención de fragmentos placentarios o membranas, también debe revisarse la cavidad uterina.

La hemorragia se controla con oxitocina intravenosa, maleato de metilergonovina la dosis usual es 0.2 mg cada cuatro horas por 6 dosis, ergotrate o prostaglandina. También se usan antibióticos para prevenir la infección. Se usan los expansores de volumen plasmático o productos sanguíneos si se perdió una gran cantidad de sangre.

2.21 CONCEPTO DE ENFERMERÍA (kozier 1994)

Es el encuentro con el paciente y su familia, durante el cual la enfermera observa, ayuda, comunica, atiende y enseña y contribuye la conservación de un buen estado de salud.

2.22 ENFERMERÍA SEGÚN LA OMS (Díaz 1997)

La enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.

2.23 ENFERMERÍA OBSTÉTRICA (Rosales 2008)

En Enfermería en Obstetricia, se inicia el estudio del ser humano, en su naturaleza biológica, debiendo el estudiante relacionar e integrar estos conocimientos a los que adquiriera, en las unidades curriculares pertenecientes a

las ciencias humanístico-social y profesional, para que su comprensión de ser humano, sea holística.

2.24 TEORÍA DE DOROTHEA OREM (Michelena 1864)

En la disciplina de enfermería se pueden identificar modelos y teorías, éstas últimas son menos abstractas que las primeras y posibilitan su aplicación a la práctica, de hecho existen las grandes teorías y las teorías de mediano rango que son las más aplicables. A pesar de la importancia de estos conocimientos teóricos, hay autores que plantean que existe una brecha entre las teorías y la práctica, esta brecha existe a pesar de que las teorías surgen de investigaciones y tienen como objetivo contribuir a la práctica.

Un estudio realizado por Juan Reyes, Patricia Jara y José Merino en 2006 concluyó que los profesionales de enfermería, en términos de conducta adherente a utilizar un modelo teórico en la práctica, no evidenciaron cambios con posterioridad a una capacitación de inducción de modelos y teorías de enfermería, pero sí obtuvieron resultados positivos en términos cognitivos ya que se manifestó una “actitud adherente” a trabajar con un modelo, pero esta manifestación de intención no se evidenció en el trabajo diario.

Es un desafío avanzar en la implementación de teorías de enfermería en la práctica, pues trae beneficios a la disciplina, ya que contribuyen a diferenciarla de otras profesiones de la salud, involucra la utilización de un lenguaje profesional característico, también se manejan conceptos de persona, ambiente, salud y enfermería desde la perspectiva de la teoría que se aplica. Usar las teorías contribuye a distanciar a la enfermería del enfoque biomédico que por mucho tiempo ha primado y la ha influenciado.

En el presente trabajo se aplicará el modelo de Dorothea Orem al trabajo de enfermería con un grupo comunitario, a través del proceso de enfermería, que es

una herramienta que permite entregar estos cuidados a través de un método de planificación sistemático y racional; además se propone el uso de las tres teorías del modelo de Orem, ya que hay experiencia de la utilización de una u otra de las teorías, o de conceptos del modelo. Sin embargo, Orem advierte de que el uso adecuado de los detalles de su modelo comprende el uso de las tres teorías, la de autocuidado, la teoría de déficit de autocuidado y la teoría de sistema de enfermería.

En esta oportunidad se dará a conocer la experiencia de la aplicación del Modelo de D. Orem en un grupo, donde uno de los criterios de inclusión fue la presencia de Hipertensión arterial, por ser esta uno de los principales factores de riesgo modificables de las enfermedades cardiovasculares. A pesar de ello, su prevalencia sigue siendo muy elevada.

La eficacia del tratamiento de HTA ha sido puesta de manifiesto por numerosos ensayos clínicos, no obstante, menos del 50% de los sujetos hipertensos tienen sus cifras de tensión controladas. En relación con este fenómeno, el V Informe del Joint National Committee ha señalado que la principal causa del fracaso en el control de la HTA es el incumplimiento del tratamiento. De hecho, la efectividad de un tratamiento no depende exclusivamente de que sea adecuada la decisión terapéutica, sino que está condicionada en última instancia por la colaboración del paciente, que también influye en la adherencia al tratamiento no farmacológico como lo son el régimen y la actividad física.

Es precisamente esto último lo que nos lleva a pensar en la utilidad del aporte de Dorothea Orem. Ella concibe a quienes reciben los cuidados de enfermería como personas racionales, pensantes, con la capacidad de reflexionar sobre sí mismos y su entorno, y también capaces de guiar sus esfuerzos para hacer aquellas actividades que son beneficiosas para sí mismos, es decir para realizar el autocuidado. Desde ésta perspectiva, se educará al grupo comunitario para mejorar su autocuidado y así contribuir a lograr una mejor adherencia al

tratamiento farmacológico y no farmacológico, para finalmente alcanzar la compensación de la patología.

Descripción general del modelo de dorothea orem

Dorothea Orem presenta su “Teoría de enfermería del déficit de autocuidado” como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas: la teoría de autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas; la teoría de déficit de autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente, y la teoría de sistemas de enfermería, que describe y explica las relaciones que hay que mantener.

Para aplicar el Modelo de Orem es necesario conocer cómo este define los conceptos paradigmáticos de persona, enfermería, entorno y salud. Dorothea Orem concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante; los seres humanos tienen la capacidad de reflexionar sobre sí mismos y su entorno, capacidad para simbolizar lo que experimentan y usar creaciones simbólicas (ideas, palabras) para pensar, comunicarse y guiar los esfuerzos para hacer cosas que son beneficiosas para sí mismos y para otros, define los cuidados de enfermería como el ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de ésta. El entorno es entendido en este modelo como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona, finalmente el concepto de salud es definido como un estado que, para la persona, significa cosas diferentes en sus distintos componentes y cambia a medida que cambian las características humanas y biológicas de la persona.

Para Orem el objetivo de la enfermería radica en: "Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de

dicha enfermedad”. Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda, actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

2.25 CUIDADOS DE ENFERMERÍA (Durán 2000)

Es importante seguir un listado de comprobaciones que nos ayude a recordar todas las atenciones y cuidados que precisa el enfermo.

Medición de la temperatura, del pulso y de la tensión arterial. Deben registrarse dos veces al día, como mínimo (cada 4 horas en enfermedades graves), y anotarse los resultados (Hoja de Temperatura. Hacerlo siempre a las mismas horas.

Registro escrito de la enfermedad, y cambios que se vayan produciendo.

Tener por escrito la dieta del paciente, si es la habitual o si, por su enfermedad, tiene una dieta especial, con algún alimento limitado. Comprobar lo que el paciente come, y registrar su apetito.

Comprobar y anotar si el paciente ha vaciado el vientre cada día, y si las heces difieren de lo normal.

Comprobar la cantidad de líquidos consumidos y perdidos. En determinados casos habrá que medir y apuntar estas cantidades.

Medicación que debe tomar el paciente, con indicación de las horas, cantidad y vía de administración.

Si el paciente tiene vómitos o expectoración, anote si presentan alguna característica especial como, por ejemplo, presencia de restos de sangre, etc.

Además, habrá de asegurarse que el paciente esté cómodo y disponga de lo que precise.

2.26 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EMBARAZO PRETÉRMINO (UNAM 2008)

- a) Debe de estar acondicionada para el nacimiento del prematuro, para ello debe de haber:
- b) Cuna térmica:
- c) Fuente de calor: A temperatura que debe de oscilar entre 26,5 y 37 °C.
- d) Fuente de luz: Encendida
- e) Sistema de administración de Oxígeno.
- f) Sistema de vacío: preparado para hacer succión de las vías áreas.
- g) Material para asegurar la vía aérea.
- h) Monitor de ECG neonatal.
- i) Fonendoscopio neonatal.
- j) Ambú neonatal adecuando al tamaño del prematuro.
- k) Mascarillas de resucitación adecuadas al tamaño del prematuro
- l) Sondas de Nelatón de varios tamaños (nº 7 y 8) para succión de secreciones nasales y orales
- m) Laringoscopio rígido (mango normal y corto) con palas rectas de Miller y curvas de Macintosh, de distintos tamaños. Pilas de repuesto.
- n) Cintas adhesivas en pantalón para la fijación del tubo endotraqueal.
- o) Ventilador de transporte neonatal.
- p) Oxígeno, comprobada de que funciona adecuadamente.

- q) Sistemas y conexiones perfectamente adaptados.
- r) Frecuencia respiratoria de 60.
- s) Material para canalización de vía venosa de urgencias:
- t) Canalización de catéter corto números 26 al 22 G.
- u) Tiras adhesivas para fijación de catéteres cortos.
- v) 2 Bombas de infusión continúa.
- w) Las soluciones de perfusión más utilizadas son:
- x) Suero Salino al 0,9% (suero fisiológico).
- y) Suero Glucosado al 10%.
- z) Material para administración de drogas de urgencias:
 - aa) Jeringas de: 1 ml, 2 ml., 5 ml, 10 ml y 20 ml
 - bb) Adrenalina 1:1.000: Se prepara la dilución al 1:10.000 (una ampolla de adrenalina 1mg/ml, diluida en 9 ml de suero fisiológico), tendríamos 0,1 mg por ml.

Drogas para intubación:

- a) Atropina: Se prepara una ampolla diluida en 9 ml de suero, obtenemos 0,1 mg por ml.
- b) Midazolam: preparado a una dilución de 1mg/ml.
- c) Fentanilo: se preparan 2 ml (100 microgramos) en 10 ml, así tenemos 10 microgramos por ml.
- d) Atracurium: La presentación suele ser de 10 mg/ml, se diluye 1 c.c. de la dilución en 9 de suero así tenemos 1 mg/ml.

Transporte a la Unidad Neonatal.

2.27 HISTORIA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD

El mismo día reciben la escuela la hermana Sor Gloria Osornio Gutiérrez, Sor Gloria Hinojosa, Sor María de Lourdes Monroy Gutiérrez en este momento la institución está sufriendo cambios académicos, ya que después de 36 años de formar enfermeras generales incorporadas a la UNAM se suspende este programa y se pide avanzar a nivel licenciatura, pero para esto es necesario reacondicionar los espacios educativos y renovar el mobiliario, así como implementar los laboratorios de química, de informática, simultáneamente se busca la incorporación a la SEP ya que las solicitudes de las jóvenes que terminan la secundaria seguían llegando a la escuela. Se logra la acreditación con la DGETI y así el 7 de agosto de 1999 se abre la matrícula y se reciben 19 alumnas con bachillerato para cursar la carrera de licenciadas en enfermería y obstetricia y 58 estudiantes con secundaria para cursar la carrera de Bachillerato Tecnológico en Enfermería General, conjuntamente aparece otro problema a resolver que es el espacio físico iniciando nuevamente la gestión para lograr éste y son las hermanas Sor Gloria Osornio Gutiérrez administradora general del HNSS, Sor María Elena Vega Zarate y Sor Gloria Farías exponen al señor Arzobispo Don Alberto Suarez Inda, las escucha y tiene a bien permitirnos ocupar el edificio de la Avenida Zaragoza 226 (Antiguo Sanatorio del Sagrado Corazón de Jesús), y es Sor María Teresa Méndez Leyva, Sor Ángela Morales Correa, Sor María Elena Vega Zarate y Sor Gloria Farías a quienes les toca trabajar para acondicionar el área física y fuera funcional, y así tener las aulas necesarias para iniciar las clases con ambos niveles en este mismo momento otro requisito que cubrir como es la certificación de la escuela ante el CIFRHS en donde se deben cubrir varios requisitos de la infraestructura, dos años más tarde se emprende un nuevo proyecto que es la profesionalización de las enfermeras generales en funciones con la apertura del ingreso a dos años posteriores al primero SUA recibiendo hasta este momento dos generaciones.

Mientras esto sucedía en la escuela, en el hospital de igual manera fue necesario hacer restauraciones de áreas físicas agregando los siguientes servicios:

- a) Hemodiálisis.
- b) Construyen los consultorios pediátricos.
- c) Remodelación de las habitaciones de los servicios privados.
- d) Se cambian las maquinas del servicio de lavandería.
- e) Se remodela la Consulta Externa.
- f) Se construyen las instalaciones del laboratorio clínico.
- g) Se reubican las farmacias, tanto interna como la de servicio al público.
- h) Se acepta el departamento de trabajo social.
- i) Se hace remodelación de las salas generales de Gineco-obstetricia.
- j) Remodelación de la sala de UCIN.
- k) Se amplió el departamento de contenedores de oxígeno.
- l) Se remodela totalmente el área administrativa.
- m) Se construye el departamento de enfermería, supervisión y vestidor de enfermeras.

Todo esto se hace para llenar los requisitos de pre certificación ya que en el momento actual se inician las obras para condicionar las áreas quirúrgicas.

Así pues al paso de estos 60 años las hermanas trabajadoras sociales de la iglesia, el personal de enfermería y medico así como el personal administrativo y de servicios especiales seguimos esperándolos con las puertas abiertas y nuestro

corazón a cuantos pobres y necesiten de sus salas y a cuantos amantes de los pobres quieran ocupar los servicios privados y con ello ayudar.

Agradecemos a todas las personas que de una u otra forma ha cooperado a mantener la buena marcha del hospital y augurándonos muchos años más de servicio. (L.E.O. Martha Alcaraz Ortega s/f)

Las solicitudes de ingreso fueron aumentando año con año haciéndose insuficientes los locales del hospital lo que ocasiono la imperiosa necesidad de construir un edificio aparte que fuera funcional y amplio para dar cabida a 150 estudiantes.

En ese momento se contaba con una pequeña cantidad destinada para la escuela así se adquirió un terreno a un costado del hospital en la calle Eduardo Ruíz #152, para ello se aunaron esfuerzos y sacrificios de todos, se multiplicaron las actividades para reunir fondos como: fiestas, rifas, colectas dominicales en las parroquias de la ciudad, y en los pueblos de Michoacán, así como en los estados vecinos de Guanajuato y Jalisco.

Colaborando en gran manera el Pbro. Contreras párroco de san José en ese momento.

Y así poco a poco con la ayuda del pueblo y bienhechores se terminó de construir la escuela se inauguró el 13 de agosto de 1970, siendo la superiora en ese momento la Hermana Sor María Casellas Fábregas; y el primer director de la escuela fue el Dr. Arturo Alvarado Torres valle de 1964 a 1972 posteriormente el Dr. Rafael Morales Valdés de 1972 a 1976.

Respetando los estudios de la U.N.A.M. que la letra dice las escuelas de enfermería deben ser dirigidas por en enfermeras, en este momento se propone a

la hermana Sor Edith Hernández Ángeles, siendo aceptada para asumir la dirección de la escuela.

Algunos datos estadísticos de la Escuela desde su fundación hasta nuestros días se han titulado 1650 Enfermeras 1964-1998 por una exigencia profesional, en 1999 se inicia la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia así como el bachillerato tecnológico de Enfermería General de ambos niveles el egreso y la titulación ha sido de la siguiente manera:

ACTUALMENTE:

Bachillerato tecnológico en enfermería General

- I, II, III, IV Generación
- 67 Enfermeras Licenciadas
- Egresadas y Tituladas.

Licenciatura en Enfermería y Obstetricia

- I, II, III, IV Generación
- 67 Enfermeras Licenciadas
- Egresadas y Tituladas.

Sistema de universidad Abierta

- I, II Generación
- 40 Enfermeras
- Licenciadas Egresadas.

Está proyectado a futuro el avance académico de impartir en esta escuela cursos de especialización y maestrías para lograr el rango de facultad de Enfermería.

Como toda obra el hospital tiene altibajos económicos y de servicios y en 1971 se reestructuro el consejo de administración quedando integrado de la siguiente manera:

Presidente : Don Gregorio Gómez Gutiérrez

Tesorero: Don Salvador López

Secretario: Licenciado Miguel Estrada Iturbide, Sr. J. Jesús Servín B. y Sr. Felipe Torres P.

Por segunda ocasión asume la dirección del Hospital el Dr. Francisco Rivadeneyra Hinojosa, en enero de 1972 hasta septiembre de 1976; es justo en este momento que nos detengamos para recordar la labor del Dr. Francisco Rivadeneyra Hinojosa y del Dr. Rafael Morelos Valdez no solo como médicos reconocidos sino por su gran labor social al servicio del hospital de la escuela en el primero atendiendo a personas necesitadas en las salas generales prodigándoles todo en interés y competencia profesión para salvarles la vida y en la segunda, enseñanza dando todos sus conocimientos y experiencias tanto a las enfermeras como a los médicos en formación estimulando el interés por prepararse cada día profesión y humanamente gracias.

En 1977 siendo Director Medico el Dr. Morelos Valdés nombra jefes de servicio quedando esta directiva como sigue:

- ❖ Dr. Rafael Morelos Valdés: Director y jefe de servicio de medicina interna.
- ❖ Dr. Jaime Murillo Delgado: subdirector y jefe del servicio Gineco-obstetricia.
- ❖ Dr. Francisco Rivadeneyra H. jefe del servicio de cirugía.

- ❖ Dr. Fabio torres Ortega: jefe de servicio de neuropsiquiatría.
- ❖ Dr. Neftalí Pimentel: jefe del servicio de traumatología y ortopedia.
- ❖ Dr. Daniel Calderón Cisneros: jefe de servicio de anestesiología.
- ❖ Dr. Luis Felipe Maciel: jefe del servicio de consulta externa.
- ❖ Dr. Juan Abraham Bermúdez: jefe del servicio de enseñanza.

Y así continua la vida de nuestro hospital aumentando servicios como: neurocirugía hombres y mujeres, electroencefalografía, medicina celular, medicina celular, laboratorio clínico, departamento de hemodiálisis, terapia intensiva neonatal, terapia intensiva de adultos, departamento de trabajo social, farmacia de atención al público, departamento de método de Billings entre otros.

Muchos han sido los médicos que han pasado por este hospital, en las últimas dos décadas algunos colaboradores en puestos administrativos como es; el Dr. Jaime Murillo Delgado como director médico en dos periodos, y el Dr. Francisco Preciado González durante dos periodos y como jefe de enseñanza, y el Dr. Rafael García Morales, quien deja la dirección en manos del Dr. Guillermo Tena Morales, actual director médico que le ha tocado vivir todo tipo de situaciones adversas pero que ha sabido sortear atinadamente, debemos hacer resaltar que el hospital siempre se ha distinguido por el alto nivel de enseñanza tanto para las alumnas de la escuela de enfermería como para los alumnos de la facultad de medicina, internos y residentes los cuales durante su estancia identifican la especialidad a la que ingresan y algunos de ellos regresan a colaborar en la atención a los pacientes dando sus conocimientos y experiencias a las nuevas generaciones de médicos, sería muy largo nombrar a todos y omitiría sin querer algunos sin embargo quiero en este día mencionar a médicos que siguen los pasos de los eminentes médicos fundadores de este hospital.

En cirugía el Dr. Tito Medina Cervantes con autorización definitiva de la UNAM como maestro de la escuela

En Gineco-bstetricia el Dr. Rafael Solís Hernández que en unos días más cumple 25 años de atender a las mujeres con problemas Gineco-obstetricos.

Medicina Interna el Dr. Francisco Javier Morales Borja y en otro momento ocupo la dirección de enseñanza medica

Pediatría el Dr. Juan Melo Pedraza actual jefe de enseñanza

Terapia Intensiva el Dr. Rafael García Morales y autorización definitiva de la UNAM como maestro de la escuela, y el Dr. Jaime Gutiérrez Farías

Psiquiatría el Dr. Carlos Bedolla Zavala y el Dr. Carlos Rodríguez con autorización definitiva de la UNAM como maestro de la escuela.

Traumatología y Ortopedia el Dr. Juan Manuel Escobar.

Anestesiología el Dr. Alejandro Velázquez Contreras y Manuel Munguía Viveros.

Radio Diagnostico el Dr. Alvarado, Miguel Ángel y Marco Antonio Arceo García.

También quiero hacer mención de médicos especialistas que han dado su tiempo y servicio durante muchos años en el departamento de consulta externa:

- ❖ El Dr. Mario Alberto Coria Saucedo Oftalmólogo
- ❖ El Dr. Guillermo Chávez Rodríguez Neurocirugía
- ❖ El Dr. Adolfo Estrada Hurtado Neurocirujano
- ❖ La Dra. Araceli Avilés Loeza Odontóloga
- ❖ El Dr. Rogelio Acuña García Traumatólogo Y Ortopedista

- | | |
|-----------------------------------|---------------------|
| ❖ El Dr. Marciano Prado Pallares | Cirujano Pediatra |
| ❖ El Dr. Raúl Martínez Segura | Angiólogo |
| ❖ E L Dr. Enrique García Martínez | Urólogo |
| ❖ El Dr. Roberto Efraín Dávalos | Otorrinolaringólogo |
| ❖ El Dr. Jaime Calderón Ortiz | Otorrinolaringólogo |

Como todo evoluciona y cambia nuestro hospital no ha sido la excepción inicia un periodo de transición en el que las hermanas de la caridad hijas de san Vicente de Paul tuvieron que dejar este hospital para asistir a otra obra que requiere mayor dedicación ya que su carisma es servir y proteger a los más necesitados y en instituciones a su cuidado esto sucede las hermanas de la caridad entregan el hospital y la escuela al Sr. Arzobispo den Estanislao Alcaraz Figueroa, el cual busca entre las congregaciones religiosas las que tenían el perfil para estas dos obras y así pide la colaboración de las hermanas “trabajadoras sociales de la iglesia”, las que aceptan venir a colaborar con su entrega, dedicación y juventud recibiendo al hospital 12 de febrero de 1993 siendo directora general la madre Sor Gloria Hinojosa Juntamente con:

- ❖ Sor Gloria Osornio Gutiérrez.
- ❖ Sor María Elena Pérez Pérez
- ❖ Sor Isabel Doñate Valdés
- ❖ Sor Georgina Gómez Gómez
- ❖ Sor Marisela
- ❖ Sor María Teresa Méndez Leyva

Excelentes personas fundaron la Asociación Privada Dr. Simón W. García afiliándose desde entonces a la H. junta de beneficencia Privada del Estado de Michoacán de Ocampo y así el 24 de junio de 1947 se reúnen los señores:

- ❖ Rafael Ramírez Jones
- ❖ José lino cortes
- ❖ Lic. Miguel estrada Iturbide
- ❖ Luis tena veles
- ❖ Lic. Adolfo Sánchez
- ❖ Lic. José Ugarte
- ❖ Lic. Filiberto torres caballero
- ❖ Ing. Alfredo Lara acosta
- ❖ Sr. Agustín carrillo
- ❖ Sr. José Laris rubio
- ❖ Sr. Salvador Garmendia
- ❖ Sr- Manuel llano Androca
- ❖ Dr. Rafael Alarcón Navarrete
- ❖ Prof. Fidel león Luviano

Firmado el acta constitutiva en escritura pública el día 16 de julio de 1947.

El siguiente paso era saber quiénes atenderían a los pacientes y de primera intención se pide a las madres josefinas; las cuales no pudieron por falta de personal entonces monseñor contreras consulto al Sr. Arzobispo, y este le aconsejo que fuera a solicitar hermanas "hijas de la caridad en san Vicente de paúl que hacía poco que habían llegado a México, después de una ausencia de 75 años; de inmediato sor mercedes acepto el ofrecimiento y mandaron traer de España 10 hermanas para hacerse cargo de la fundación conjuntamente con la asociación de hijas de María: así pues fue el 22 de abril de 1952 cuando llegaron las hermanas y desde ese momento iniciaron a confeccionar toda la ropa y material de curación y así se inaugura el 8 de diciembre de 1952 el Dr. Juan

Alanís sume la dirección del hospital, después de un tiempo se vio que la buena voluntad de los sacerdotes, del patronato, para dar asistencia gratuita totalmente era imposible por la gran demanda y que la ayuda de las tres parroquias y la ayuda mensual de la mitra no era suficiente, se toma la decisión de construir un tercer piso para clínica privada, donde todos los enfermos hospitalizados cubrirían sus cuotas en su totalidad, lo que ayudaría para la atención de salas generales contribuyendo con ello al fin con el que fue construido el hospital.

Más tarde con la necesidad de ampliar se adquirió un terreno ubicado al oriente, para lo cual nuevamente se organizan colectas y donativos de particulares destacándose entre ellos el bienhechor señor Gregorio Gómez Gutiérrez quien fuera presidente del patrón durante 25 años, y así el 15 de marzo de 1954 se construye el desayunador para niños aprovechando el desnivel de terreno Eduardo Ruiz, ingresando a esta obra social 85 niños necesitados, entre desayuno se servía a las 7:30 horas. A las 10:00 a.m. prodigándoles no solo los alimentos sino normas de formación cristiana y educación higiénica.

El mismo día reciben la escuela la hermana Sor Gloria Osornio Gutiérrez, Sor Gloria Hinojosa, Sor María de Lourdes Monroy Gutiérrez en este momento la institución está sufriendo cambios académicos, ya que después de 36 años de formar enfermeras generales incorporadas a la UNAM se suspende este programa y se pide avanzar a nivel licenciatura, pero para esto es necesario reacondicionar los espacios educativos y renovar el mobiliario, así como implementar los laboratorios de química, de informática, simultáneamente se busca la incorporación a la SEP ya que las solicitudes de las jóvenes que terminan la secundaria seguían llegando a la escuela. Se logra la acreditación con la DGETI y así el 7 de agosto de 1999 se abre la matrícula y se reciben 19 alumnas con bachillerato para cursar la carrera de licenciadas en enfermería y obstetricia y 58 estudiantes con secundaria para cursar la carrera de Bachillerato Tecnológico en Enfermería General, conjuntamente aparece otro problema a resolver que es el espacio físico iniciando nuevamente la gestión para lograr éste y son las

hermanas Sor Gloria Osornio Gutiérrez administradora general del HNSS, Sor María Elena Vega Zarate y Sor Gloria Farías exponen al señor Arzobispo Don Alberto Suarez Inda, las escucha y tiene a bien permitirnos ocupar el edificio de la Avenida Zaragoza 226 (Antiguo Sanatorio del Sagrado Corazón de Jesús), y es Sor María Teresa Méndez Leyva, Sor Ángela Morales Correa, Sor María Elena Vega Zarate y Sor Gloria Farías a quienes les toca trabajar para acondicionar el área física y fuera funcional, y así tener las aulas necesarias para iniciar las clases con ambos niveles en este mismo momento otro requisito que cubrir como es la certificación de la escuela ante el CIFRHS en donde se deben cubrir varios requisitos de la infraestructura, dos años más tarde se emprende un nuevo proyecto que es la profesionalización de las enfermeras generales en funciones con la apertura del ingreso a dos años posteriores al primero SUA recibiendo hasta este momento dos generaciones.

Mientras esto sucedía en la escuela, en el hospital de igual manera fue necesario hacer restauraciones de áreas físicas agregando los siguientes servicios:

- ❖ Hemodiálisis.
- ❖ Construyen los consultorios pediátricos.
- ❖ Remodelación de las habitaciones de los servicios privados.
- ❖ Se cambian las maquinas del servicio de lavandería.
- ❖ Se remodela la Consulta Externa.
- ❖ Se construyen las instalaciones del laboratorio clínico.
- ❖ Se reubican las farmacias, tanto interna como la de servicio al público.
- ❖ Se acepta el departamento de trabajo social.
- ❖ Se hace remodelación de las salas generales de gineco-obstetricia.

- ❖ Remodelación de la sala de UCIN.
- ❖ Se amplió el departamento de contenedores de oxígeno.
- ❖ Se remodela totalmente el área administrativa.
- ❖ Se construye el departamento de enfermería, supervisión y vestidor de enfermeras.

Todo esto se hace para llenar los requisitos de pre certificación ya que en el momento actual se inician las obras para condicionar las áreas quirúrgicas.

Así pues al paso de estos 60 años las hermanas trabajadoras sociales de la iglesia, el personal de enfermería y medico así como el personal administrativo y de servicios especiales seguimos esperándolos con las puertas abiertas y nuestro corazón a cuantos pobres y necesiten de sus salas y a cuantos amantes de los pobres quieran ocupar los servicios privados y con ello ayudar.

Agradecemos a todas las personas que de una u otra forma ha cooperado a mantener la buena marcha del hospital y augurándonos muchos años más de servicio. (L.E.O. Martha Alcaraz Ortega s/f).

Años más tarde se construye el Auditorio y sobre este la Capilla quedando terminada e inaugurándose el 15 de agosto de 1959 y siguen los bienhechores así el Señor Pablo Díaz donde el elevador lo que vino a facilitar y mejorar gradualmente el trabajo y servicio del hospital.

Es importante mencionar que el hospital sigue en marcha cada día aumentando servicios y recibiendo a un número mayor de pacientes. El segundo director fue el Dr. Francisco Rivadeneyra Hinojosa prominente Médico Cirujano su periodo fue desde 1953 a 1963 dejando una huella profunda en todos los que tuvimos la fortuna que fuera nuestro maestro así como sus pacientes que hasta

hoy siguen recordándolo y preguntando por él. Posteriormente el Dr. Enrique Sotomayor de 1964-1971 el Dr. Alvarado Torres Valle 1971-1973.

El 24 de febrero del 1963 llegó al hospital como superiora la hermana Sor Isabel Olarte Porcal a cumplir con otro de los objetivos sociales que se habían planteado las Hermanas de la caridad que era la fundación de la Escuela de Enfermería cuya filosofía fue y es preparar elementos jóvenes en el campo de la enfermería impregnándolas de una ética profesional profunda despertando y animando en ellas un elevado concepto de la vida social y deseos de superación teniendo como meta el lema SER SIEMPRE MAS, SER SIEMPRE MEJOR y así, dar a la profesión y a la sociedad enfermeras integrales, moral y científicamente preparadas de gran calidad humana mediante un programa de estudios organizados, humanista y dinámico, basado en el plan de estudios de la U.N.A.M. Respondiendo objetivo así a las necesidades de salud de la ciudad, del estado y del país.

Se inician todos los trámites correspondientes y el 15 de marzo de 1964 se abren las inscripciones ingresando en ese momento solo 14 estudiantes de las cuales únicamente lograron titularse 8 como ya hemos dicho la escuela era el segundo objetivo que el hospital se planteó como obra benéfica de amplio y halagador futuro, la formación de enfermeras bien preparadas profesional y éticamente.

2.28 EXPEDIENTE CLÍNICO

El expediente suele incluir:

1. Hoja de ingreso.
2. Hoja frontal.
3. Hoja de órdenes médicas.

4. Hoja de historia clínica.
5. Notas de las enfermeras.
6. Otros informes.

CAPÍTULO III

ALCANCE Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Se realizó este estudio con un enfoque cuantitativo hipotético deductivo y con un alcance descriptivo con tendencia predictiva y aplicación transversal para poder describir cuál es la principal causa por la que se presenta parto prematuro en mujeres de 25 a 35 años del hospital de nuestra señora de la salud.

Se tomó como punto de partida las ciencias sociales y se fue bajando el plano de análisis a través de la medicina, la obstetricia, la enfermería, etc., hasta llegar a los cuidados específicos de enfermería en el parto pretérmino.

Con todo lo anterior se construyó la hipótesis desarrollada en el siguiente capítulo, lo que define la tendencia predictiva del alcance de la investigación), donde se establecen sus variables y dimensiones y con base en éstas se construyeron los cuestionarios que sirven para la descripción de las características concluyentes del sujeto de investigación.

CAPÍTULO IV

HIPÓTESIS

4.1 DESCRIPCIÓN DE LA HIPÓTESIS

La principal causa de que se presente parto prematuro es la infección vaginal que está relacionado con la bacteria *Gardnerella vaginalis*.

4.2 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición de la variable o dimensión	Operacionalización de la variable (instrumento de medición)	Que se va a medir
PARTO PREMATURO	EXPULSIÓN DEL ORGANISMO MATERNO DE 28 A 37 SEMANAS DE GESTACIÓN.	ENCUESTA	EXPULSIÓN, SEMANAS DE GESTACIÓN
EMBARAZO	ES UN ESTADO FISIOLÓGICO Y PASAJERO QUE SE INICIA CON LA UNIÓN DEL OVULO CON EL ESPERMATOZOIDE Y TERMINA CON EL NACIMIENTO DE UN NUEVO SER	ENCUESTA	NACIMIENTO
SEMANAS DE GESTACIÓN	LA GESTACIÓN ES EL PERIODO EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LA CONCEPCIÓN Y EL NACIMIENTO DE UN BEBE DURANTE EL CUAL EL FETO CRECE Y SE DESARROLLA DENTRO DEL ÚTERO DE LA MADRE.	ENCUESTA	CONCEPCIÓN, DESARROLLO
EXPULSIÓN	PERIODO QUE COMPRENDE DESDE LA DILATACIÓN COMPLETA HASTA LA EXPULSIÓN DEL FETO Y SU DURACIÓN ES DE 1-2 HORAS.	ENCUESTA	DILATACIÓN

Variable	Definición de la variable o dimensión	Operacionalización de la variable (instrumento de medición)	Que se va a medir
DILATACIÓN	SE INICIA CON LAS CONTRACCIONES UTERINAS Y TERMINA CON LA DILATACIÓN COMPLETA QUE VA DE 0-10 CM.	ENCUESTA	CONTRACCIONES UTERINAS
DIABETES GESTACIONAL	ES UN ESTADO HIPERGLUCEMICO QUE APARECE O SE DETECTA POR PRIMERA VEZ EN DURANTE EL EMBARZO.	ENCUESTA	HIPERGLUCEMIA
ANEMIA	LA ANEMIA INDICA NIVELES BAJOS DE HEMOGLOBINA EN SANGRE.	ENCUESTA	HEMOGLOBINA
ANEMIA POR DEFICIENCIA DE ACIDO FÓLICO	LA DEFICIENCIA DE FOLATO ES LA CAUSA MAS FRECUENTE DE ANEMIA MEGALOBLASTICA DURANTE EL EMBARAZO.	ENCUESTA	DEFICIENCIA DE FOLATO
PRE-ECLAMPSIA	ES LA HIPERTENSIÓN QUE SE DESARROLLA TARDIAMENTE EN EL EMBARAZO Y DESAPARECE DESPUES DEL PARTO.	ENCUESTA	HIPERTENSIÓN

Variable	Definición de la variable o dimensión	Operacionalización de la variable (instrumento de medición)	Que se va a medir
GARDNERELLA VAGINALIS	SE TRANSMITE POR CONTACTO SEXUAL Y SE CARACTERIZA POR LA PRESENCIA DE UN FLUJO VAGINAL AMARILLO FETIDO CON OLOR A PESCADO EN DESCOMPOSICIÓN.	ENCUESTA	FJUJO VAGINAL Y SUS CARACTERISTICAS

4.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LA HIPÓTESIS

ESCUELA DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD INCORPORADA A LA UNAM

LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

INSTRUCCIONES: SEA USTED TAN AMABLE DE SUBRAYAR LA RESPUESTA CORRESPONDIENTE A CADA PREGUNTA.

1.- ¿SABE USTED QUE ES PARTO PREMATURO?

A) SI B) POCO C) NADA

2.- ¿SABE USTED CÚALES SEMANAS DE GESTACIÓN CORRESPONDEN AL PARTO PREMATURO?

A) 20-28 B) 28-37 C) 37-42

3.- ¿HA PRESENTADO PARTOS PREMATUROS?

A) 1 B) 2 C) NINGUNO

4.- ¿USTED HA PRESENTADO RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS?

A) SI B) NO

5.- ¿LE INFORMARON QUE SI TIENE PARTO PREMATURO SU BEBE PASA AL SERVICIO DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES?

A) SI B) NO

6.- ¿LLEVO USTED CONTROL PRENATAL DURANTE SU EMBARAZO?

A) SI B) NO

15.- ¿CÚANTOS KILOS SUBIO DE PESO DURANTE SU EMBARAZO?

A) 9 A 10KG

B) 11 A 13 KG

C) 15 A 18 KG

16.- ¿DURANTE SU EMBARAZO PRESENTO FLUJO VAGINAL?

A) SI

B) NO

17.- ¿DE ESTAS CARACTERISTICAS COMO FUE EL FLUJO VAGINAL?

A) BLANCO GRUMOSOS

B) AMARILLO

C) OTRO

CAPÍTULO V

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Esta investigación es no experimental descriptiva transaccional y el plan de acción del diseño de la investigación está encaminado a determinar si la principal causa de que se presente parto prematuro es la infección vaginal que está relacionado con la bacteria *Gardnerella vaginalis* es falsa o verdadera.

Para fines de esta investigación se tomó como población a las mujeres de 25 a 35 años que acuden a consulta externa del Hospital de Nuestra Señora de la Salud de la ciudad de Morelia.

Se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia y se estableció arbitrariamente el tamaño de la muestra de 30 individuos.

Como instrumento de medición se construyó un cuestionario de 15 preguntas cerradas con temas relacionados con el parto prematuro.

En la operacionalización de la hipótesis se muestra la secuencia de construcción del cuestionario que se utilizó para obtener los datos con relación al parto prematuro.

Se realizó la prueba piloto a 10 alumnas de cuarto año de la licenciatura de la Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud de la ciudad de Morelia.

Para la recolección de datos el cuestionario se aplicó en el servicio de consulta externa del Hospital de Nuestra Señora de la Salud en el turno matutino.

El proceso de construcción del cuestionario, empieza con el establecimiento de la pregunta y el objetivo de investigación, para con base en sus conceptos principales determinar la construcción y estructura del marco teórico, para después dar la respuesta a la pregunta de investigación en forma de hipótesis, mediante la determinación de sus variables y dimensiones para su

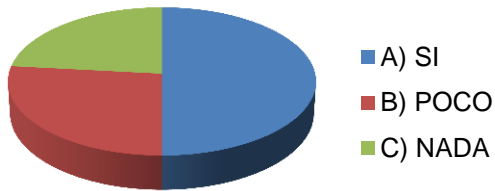
operacionalización, asegura que la construcción del instrumento de medición es confiable.

Para ordenar los datos y luego poder analizar, los resultados del cuestionario se vaciaron los datos en Excel y se construyeron gráficas para su estudio.

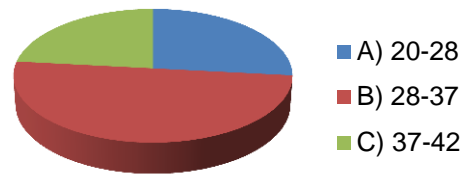
CAPÍTULO VI

RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

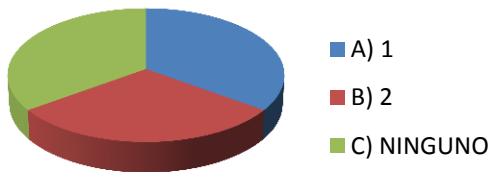
1.- SABE USTED QUE ES PARTO PREMATURO?



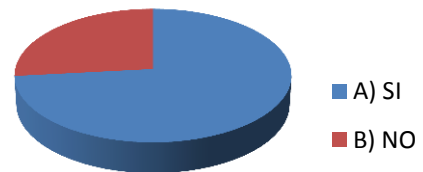
2.- SABE USTED CUALES SEMANAS DE GESTACION CORRESPONDEN AL PARTO PREMATURO?



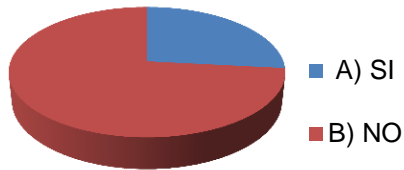
3.- HA PRESENTADO PARTOS PREMATUROS?



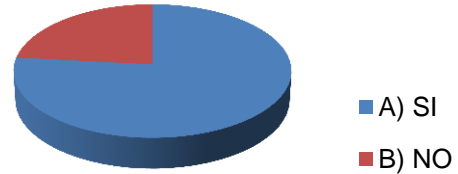
4.- USTED A PRESENTADO RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS?



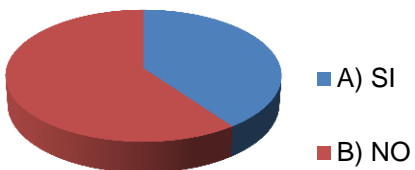
5.- LE INFORMARON QUE SI TIENE PARTO PREMATURO SU BEBE PASA AL SERVICIO DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES?



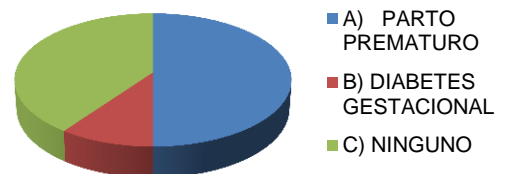
6.- LLEVO CONTROL PRENATAL DURANTE SU EMBARAZO?



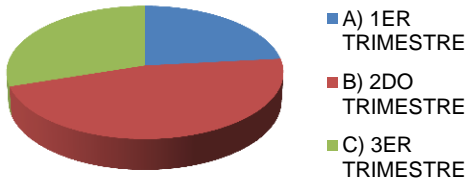
7.- SU MEDICO LE HA INFORMADO QUE SI USTED NO ACUDE A CONTROL PRENATAL PUEDE PRESENTAR PARTO PREMATURO?



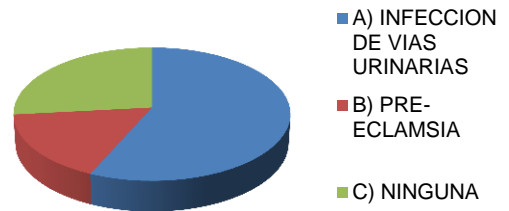
8.- SABE USTED QUE LA HIPERTENSION ARTERIAL DURANTE EL EMBARAZO PUEDE CAUSAR?



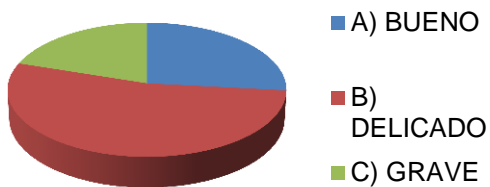
9.-EN QUE PERIODO DEL EMBARAZO ACUDIO USTED POR PRIMERA VEZ A CONTROL PRENATAL?



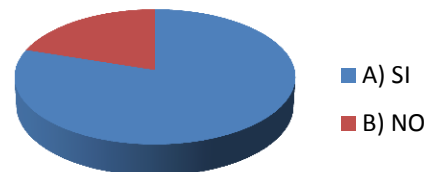
10.- PRESENTO ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDAD DURANTE SU EMBARAZO?



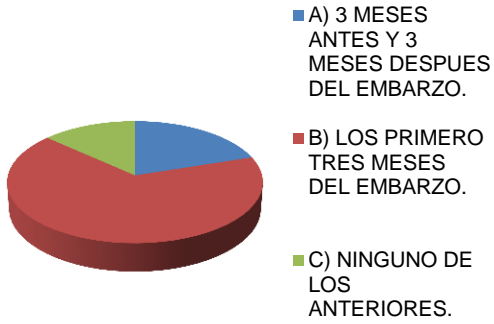
11.- EL ESTADO DE SALUD DEL BEBE DESPUES DEL NACIMIENTO FUE?



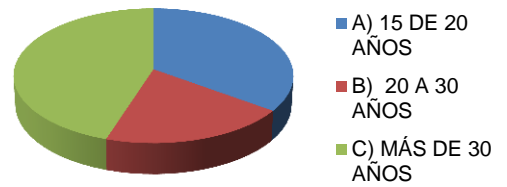
12.- LE INFORMARON CÚAL FUE EL MOTIVO DEL PARTO PREMATURO?



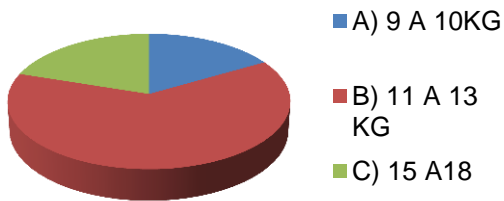
13.- CONSUMIO ACIDO FOLICO EN ALGUNO DE ESTOS MESES?



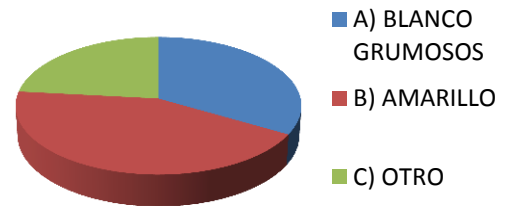
14.- QUE EDAD TENIA CUANDO PRESENTO PARTO PREMATURO?



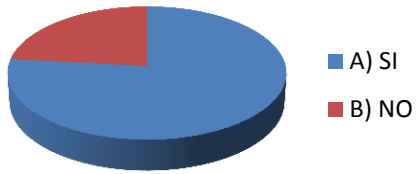
15.- CUANTOS KILOS SUBIO DE PESO DURANTE SU EMBARAZO?



17.- ¿DE ESTAS CARACTERISTICAS COMO FUE EL FLUJO VAGINAL?



**16.- ¿DURANTE SU
EMBARAZO PRESENTO FLUJO
VAGINAL?**



CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Con la presente investigación concluí que el parto prematuro tiene relación con infecciones vaginales que ascienden por la vagina ocasionando infección intrauterina, de vías urinarias y corioamnionitis que también tiene relación con la ruptura prematura de membranas lo que provoca que se presente parto prematuro.

Recomendación que las enfermeras impartan platicas de higiene personal en los centros de atención más cercana para todas las mujeres para prevención de infecciones vaginales.

CAPÍTULO VIII
BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Ernesto Mariscal (1968) Maniobras y operaciones Obstétricos Ed founier S.A., Arquitectura 29, México.
- 2.- Olds, London y Ladewig 1995 el recién nacido de alto riesgo en enfermería materno infantil Mc Graw interamericana.
- 3.- Armando Ortega Gutiérrez 2004 Obstetricia II 3ª edición septiembre 2006, vol II, México D, F.
- 4.- Camel, Fayad, v: 1966 estadísticas médicas y de salud pública, universidad de los Ángeles, Mérida, Venezuela.
- 5.- Gutiérrez Alfaro, P.A, Archila, R 1955 la obstetricia en Venezuela. Editorial Rogan C.H, Caracas.
- 6.- Suarez Herrera 1961- 1965 índice de la revista de obstetricia y ginecología de Venezuela.
- 7.- Michelena 1869 nueva teoría sobre el mecanismo del parto imprenta Hallet.
- 8.- Vázquez Nava F. Impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal. Revista médica del instituto mexicano del seguro social 2005 septiembre; 43 (5): 377-380.
- 9.- Kozier Bárbara; Erb Glenora; Mc Kay Bufalin Patricia. Fundamentos de Enfermería. 1º Edición en español. Interamericana. Mc. Graw- Hill. México 1994.
- 10.- Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Plan de estudios de la licenciatura en enfermería y obstetricia, México D. F. 2000.
- 11.- Universidad nacional autónoma de México escuela nacional de enfermería y obstetricia. Materiales de apoyo para el aprendizaje - 2008
- 12.- Francés. Diccionario Ilustrado de la Lengua Española. Barcelona: Editorial Ramón SopenaSA;1972.
- 13.- Garrison FH. Introducción a la historia de la medicina. México DF: Interamericana; 1966:1-28,41,52.
- 14.- Bernard C. Introducción al estudio de la medicina experimental. Buenos Aires: Emecé Editores SA.; 1944.p.11.

- 15.- Revista de Posgrado de I 24 a VIa Cátedra de Medicina - N° 165 – Enero 2007 Sánchez Nuncio HR, Pérez Toga G, Pérez Rodríguez P,
- 16.- Larousse P. Pequeño Larousse Ilustrado: Nuevo diccionario enciclopédico. Paris: Librería Larousse; 1920.
- 17.-Thomas C. (Editor). Taber's Cyclopedic Medical Dictionary. Philadelphia: Davis CompanyPublishers; 1949.
- 18.- Díaz A, Schwarcz R, Díaz Rosello J et al. Sistema Informático Perinatal. 3ª ed. Montevideo, Uruguay, 1997. (Publicación Científica CLAP-OPSOMS).
- 19.-Jaqueline Rosales Lucio**** GinecolObstetMex 2008;76(9):542-8 Artículo de revisión.
- 20.- Enfermería materno maternoinfanti I Olds London Ladewis 4ed 1992.
- 21.- Alexis Palencia C.MD pediatra neonatologo UIS universidad de Antioquia-UMNG volumen 9.
- 22.- Orlando Rigol Ricardo ciudad de la Habana, 2004. Ginecología y Obstetricia. Editorial ciencias médicas.
- 23.- Durán M. Aspectos Conceptuales del Cuidado de Enfermería y su relación con la Práctica y la Investigación. 2000