

24. 80



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA APLICADO A PACIENTE CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS COMPLICADO CON CORIOAMNIONITIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERIA
Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :
AMADO PEÑALOZA PEÑALOZA

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
COORDINACION DE S.S. Y O.I.T.

U. N. A. M.
México, D. F.

1987



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 está 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.

I N D I C E

PAG.

I N T R O D U C C I O N

I.	O B J E T I V O S	6
II.	M E T O D O L O G I A	7
	2.1 CAMPO DE INVESTIGACION	7
III.	G E N E R A L I D A D E S D E L M A R C O T E O R I C O	8
	R U P T U R A P R E M A T U R A D E M E M B R A N A S	30
	E T I O L O G I A	32
	S I G N O S Y S I N T O M A S D E R . P . M	33
	D I A G N O S T I C O D E R U P T U R A P R E M A T U R A D E M E M B R A N A S . .	34
	T R A T A M I E N T O D E L A R U P T U R A P R E M A T U R A D E M E M B R A - N A S	38
	C O M P L I C A C I O N E S	47
	P R O F I L A X I S	49
	. S E X U A L I D A D E N E L E M B A R A Z O	50
	. N U T R I C I O N D U R A N T E E L E M B A R A Z O	53
IV.	H I S T O R I A N A T U R A L D E L A R U P T U R A P R E M A T U R A D E M E M B R A N A S	55
	H I S T O R I A C L I N I C A D E E N F E R M E R I A	60

V. PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA. 67

 Problema

 Acciones de Enfermería

 Evaluación

CONCLUSIONES 74

REFERENCIAS 79

ANEXOS 85

I N T R O D U C C I O N .

Las funciones de reproducción están limitadas a cierto período de la vida que coincide con el máximo desarrollo físico e intelectual de la mujer. Su aptitud para la reproducción se manifiesta esencialmente por una serie de cambios sucesivos y periódicos a nivel de su órgano reproductor.

La obstetricia estudia las funciones de reproducción en la mujer. Dichas funciones comprenden un ciclo de fenómenos que se van sucediendo cada vez que la mujer tiene un hijo.

Mientras que en el hombre la función de reproducción se limita al acto de la cópula, en la mujer dicho momento es la iniciación de un proceso que pondrá a contribución todo su organismo para la formación de un nuevo ser.

El embarazo es el período funcional en la vida de la mujer durante el cual alberga en su organismo un huevo fecundado y lo incuba, por así decirlo hasta que el fruto de la concepción es capaz de vivir fuera del organismo materno en las condiciones ordinarias del ambiente. No hay otro acontecimiento que tenga tanta importancia en la vida de la mujer lo cual determina cambios importantísimos no solo ma-

teriales, sino también desde el punto de vista psíquico.

Durante este período es posible la aparición de situaciones patológicas que ponen en peligro el producto de la concepción, tal es el caso de la Ruptura Prematura de Membranas, la cual se analizará mediante este estudio clínico en Proceso de Atención de Enfermería.

Una causa muy importante de morbilidad y de mortalidad perinatal y de morbilidad e incluso de mortalidad materna es la ruptura prematura de membranas.

El feto está contenido dentro de una bolsa constituida por las membranas que son tres: la decidua o caduca, el corion y el amnios.

La caduca, tapiza la cara externa del huevo, es de color rojizo, de aspecto vellosos o aterciopelados, su espesor es de medio milímetro, se encuentra íntimamente adherida a la membrana subyacente que es el corion. La caduca está formada por una capa compacta y otra en donde están los fondos de sacos glandulares, que es la capa esponjosa a cuyo nivel se hace el despegamiento.

La hoja intermedia es el corion, que en un principio

está todo cubierto de vellosidades, que después se atrofia en toda la porción que corresponde a las membranas y solamente persisten y proliferan al nivel de la placenta, es más resistente que la caduca pero también se rompe con facilidad, es de color blanquizco.

El amnios tiene un aspecto brillante; es la membrana más resistente y está constituido por dos capas; un epitelio de células cúbicas y una capa de tejido conjuntivo, tapiza toda la cavidad del huevo cubriendo la cara interna de la placenta y formando vaina al cordón umbilical hasta la inserción de éste en la piel.

El líquido amniótico es el líquido contenido en la cavidad del amnios, su cantidad es variable según la época del embarazo, por sí solo es claro y transparente pero es turbio ya que contiene en suspensión partículas de grasa producto de las glándulas sebáceas del feto; vello de la piel (lanugo) y células epiteliales. El papel del líquido es proteger al feto contra las presiones exteriores, facilitar sus movimientos y contribuir al parto.

La importancia de la rotura de las membranas es grande por tres razones. Primera, si la parte de presentación no está fijada en la pelvis, aumentan enormemente las posii

bilidades de prolapso de cordón y comprensión de cordón. Segunda, es probable que se inicie rápidamente el parto si el embarazo ha llegado o está llegando a término. Tercera, si el feto permanece en el útero durante 24 horas o más después de la rotura de las membranas, existe un peligro real de infección intrauterina que puede ser especialmente perjudicial para el feto, aunque la madre reciba antibióticos.

Más a menudo la rotura prematura de la membrana ocurre de manera espontánea y por razones desconocidas. A veces, por desgracia la causa es yatrogénica, como consecuencia de un intento mal controlado en lo que respecta al tiempo de inducir el parto. Por otro lado se han postulado factores predisponentes tales como: desarrollo inadecuado de las membranas, multiparidad, cervicitis, incompetencia del orificio cervical, traumatismos, aumento de la tensión intrauterina, infecciones vaginales entre otros.

Dentro del cuadro clínico generalmente la salida de líquido por la vulva es de instalación brusca sin causa aparente, indolora, continua pero en cantidad variable, aumenta con el ortostatismo, la deambulación, los cambios de posición, las contracciones uterinas y con el rechazamiento lateral de la presentación.

Los métodos auxiliares de diagnóstico se dividen en mé todos indirectos como la determinación del PH vaginal y en métodos directos, que investigan líquido amniótico y/o componentes fetales en la cavidad vaginal.

Una vez confirmado el diagnóstico de ruptura prematura de membranas, es imperativo evaluar la edad gestacional del feto. El conocimiento de una fecha probable de parto exacta y un registro prenatal cuidadoso son de gran valor para documentar la duración de la gestación, para que de esta manera se establezca el tratamiento apropiado para cada caso en especial.

I. OBJETIVOS.

En este proceso a realizar se expondrán los objetivos trazados para la atención del paciente que presentó ruptura prematura de membranas, complicado con corioamnionitis.

OBJETIVO GENERAL.

Elaborar un plan de trabajo de enfermería para la atención del paciente con ruptura prematura de membranas complicado con corioamnionitis de acuerdo a la metodología científica.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Con dicho proceso de atención de enfermería se pretende llevar a cabo un trabajo final de titulación para obtener el grado de Licenciado en Enfermería y Obstetricia.
- Identificar las necesidades del paciente, tomando en cuenta las tres esferas, biopsicosocial.
- Conllevar un plan de acción congruente con las necesidades detectadas para beneficiar al paciente.

- Ejecutar el proceso de atención de enfermería en todas sus etapas para un caso clínico de ruptura de membranas complicado con corioamnionitis.

- Proyectar experiencias logradas, con el fin de que sirvan para la orientación metodológica, tanto al sector hospitalario como al educativo de Enfermería.

II. METODOLOGIA.

Los procedimientos utilizados para la elaboración de este trabajo están basados en los pasos de la investigación científica, teniendo como finalidad coadyuvar de manera eficiente la recuperación del paciente, este en base a necesidades detectadas, llevando a cabo el plan de atención de enfermería y el Proceso de Atención de Enfermería en todos y cada una de sus etapas dando a conocer las experiencias logradas.

2.1 CAMPO DE INVESTIGACION.

El estudio clínico en Proceso de Atención de Enfermería será aplicado a un paciente con Ruptura Prematura de Membranas, atendida en el Hospital de Gineco Obstetricia de la Raza.

III. GENERALIDADES DEL MARCO TEORICO.

Los órganos femeninos de la reproducción se dividen en externos e internos. Los externos y la vagina sirven para el coito y los órganos internos para el desarrollo y expulsión del feto.

ORGANOS GENITALES EXTERNOS.

Las partes pudendas, u órganos genitales externos, suelen designarse con el nombre de vulva, que incluye todas las estructuras visibles externamente desde el borde inferior del pubis hasta el perineo, a saber; monte de Venus, labios mayores y menores, clítoris, vestíbulo, himen, orificio uretral y diversas estructuras glandulares y vasculares.

Monte de Venus. Se da este nombre a la almohadilla adiposa que descansa sobre la cara anterior de la sínfisis púbica. Después de la pubertad su piel se reviste de pelo en sortijado, el vello pubiano. En general, la distribución del vello pubiano es diferente en los dos sexos. En la hembra ocupa un espacio triangular cuya base corresponde al borde superior de la sínfisis y con algunos pelos que se extienden hacia abajo hasta la superficie externa de los labios mayores. En el varón el vello pubiano no está tan cir-

mujer nùlpara la cara interna es húmeda, pareciéndose a una membrana mucosa, mientras que en las múltiparas, presenta un aspecto parecido al de la piel, pero no está cubierta de pelo. Contiene gran abundancia de glándulas sebáceas. Por debajo de la piel hay una capa de tejido conjuntivo denso, rica en fibras elásticas y en tejido adiposo, pero sin elementos musculares. En contraste con el epitelio escamoso de la vagina y del cuello uterino normales, algunas zonas de la piel de la vulva contienen gran cantidad de anexos epiteliales. Debajo de esta capa hay una masa de tejido adiposo, que da a los labios la mayor parte de su volumen, con abundante plexo venoso. De producirse traumatismo externo puede romperse y originar un hematoma.

Labios Menores. Al separarse los labios mayores mues--tran dos pliegues planos y rojizos, los labios menores o ninfas que se juntan en el extremo superior de la vulva. Varían grandemente en tamaño y forma. En la mujer nulipara están cubiertos, de ordinario, por los labios mayores; en la nulipara sobresalen de éstos.

Cada labio menor consta de un delgado pliegue de tejido, que cuando está cubierto por los labios mayores presenta un aspecto húmedo y rojizo, similar al de una mucosa. Sin embargo, está cubierto de epitelio estratificado en el

mujer nùlpara la cara interna es húmeda, pareciéndose a una membrana mucosa, mientras que en las múltiparas, presenta un aspecto parecido al de la piel, pero no está cubierta de pelo. Contiene gran abundancia de glándulas sebáceas. Por debajo de la piel hay una capa de tejido conjuntivo denso, rica en fibras elásticas y en tejido adiposo, pero sin elementos musculares. En contraste con el epitelio escamoso de la vagina y del cuello uterino normales, algunas zonas de la piel de la vulva contienen gran cantidad de anexos epiteliales. Debajo de esta capa hay una masa de tejido adiposo, que da a los labios la mayor parte de su volumen, con abundante plexó venoso. De producirse traumatismo externo puede romperse y originar un hematoma.

Labios Menores. Al separarse los labios mayores muestran dos pliegues planos y rojizos, los labios menores o ninfas que se juntan en el extremo superior de la vulva. Varían grandemente en tamaño y forma. En la mujer nùlpara están cubiertos, de ordinario, por los labios mayores; en la nùlpara sobresalen de éstos.

Cada labio menor consta de un delgado pliegue de tejido, que cuando está cubierto por los labios mayores presenta un aspecto húmedo y rojizo, similar al de una mucosa. Sin embargo, está cubierto de epitelio estratificado en el

que sobresalen numerosas papilas. No tiene pelos, pero si muchos folículos sebáceos y algunas glándulas sudoríparas. El interior de los pliegues labiales está formado por tejido conjuntivo rico en vasos y pobre en fibras musculares lisas, como las estructuras eréctiles. Son sumamente sensibles y están abundantemente provistos de diversas clases de terminaciones nerviosas.

Los labios menores convergen hacia delante y cada uno se divide, cerca de su extremidad superior, en dos laminitas, de las que las inferiores se unen y forman el frenillo clitoris y las superiores se desvanecen en el prepucio. Hacia atrás se desvanecen de manera casi impercible en los labios mayores o se aproximan a la línea media en forma de elevaciones bajas que se unen y constituyen la horquilla.

Clitoris. El clítoris es una estructura pequeña, cilíndrica y eréctil situada en el extremo anterior de la vulva y que sobresale entre las extremidades ramificadas de los labios menores, las cuales forman su prepucio y su frenillo. Consta de glande, cuerpo y dos pilares. Es el homólogo del pene. El glande está formado por células fusiformes y el cuerpo contiene dos cuerpos cavernosos en cuyas paredes hay fibras musculares lisas. Los pilares son estructuras largas y estrechas que se inician en la cara inferior de cada rama

isquiopúbica y que se unen inmediatamente por debajo de la porción media del arco púbico para formar el cuerpo del clítoris. El clítoris rara vez supera los 2 cm. de longitud ni siquiera en estado de erección. Permanece muy doblado a causa de la fuerte tracción que ejercen los labios menores sobre él. A consecuencia de esto, su extremidad libre apunta hacia abajo y adentro, hacia el orificio vaginal. El glande que rara vez supera los 0.5 cm. de diámetro, está cubierto de epitelio estratificado, tiene abundantes terminaciones nerviosas y es extraordinariamente sensible. Los vasos del clítoris eréctil se comunican con los bulbos vestibulares. El clítoris es la principal zona erógena de la mujer.

VESTIBULO. El vestíbulo es el área en forma de almendra limitada por los labios menores, que se extiende desde el clítoris a la horquilla. Es el resto del seno urogenital del embrión y está perforado por cuatro orificios: la uretra, la vagina y los conductos de las glándulas de Bartholin. La porción posterior del vestíbulo, situada entre la horquilla y el orificio vaginal, se designa como fosa navi-
cular. Sólo suele observarse en la mujeres nulíparas, ya que se oblitera después del parto.

Las glándulas vestibulares mayores o glándulas de Bartholin son dos pequeñas glándulas de 0.5 a 1 cm de diámetro,

situadas por debajo del vestíbulo a ambos lados del orificio vaginal. Están localizadas debajo del músculo constrictor de la vagina y algunas veces aparecen cubiertas en parte por los bulbos vestibulares. Sus conductos, de 1.5 a 2 cm de longitud, desembocan en los lados del vestíbulo, inmediatamente por fuera del borde lateral del orificio de la vagina. Su pequeño calibre sólo permite el paso de la sonda más delgada. Estas glándulas secretan material mucosa durante la excitación sexual. Los conductos albergan, en ocasiones, gonococos que pueden penetrar hasta la glándula y provocar la supuración de todo el labio.

Orificio uretral. El meato urinario está situado en la línea media del vestíbulo, de 1 a 1.5 cm por debajo del arco púbico y algo por encima del orificio vaginal. Suele estar como arrugado. El orificio se ve en forma de hendidura vertical que al distenderse alcanza los 4 ó 5 mm de diámetro. Los conductos parauretrales desembocan, por lo general en el vestíbulo a ambos lados de la uretra, pero algunas veces lo hacen en su pared posterior inmediatamente por encima del orificio. Son de poco calibre ya que suelen tener 0.5 mm de diámetro y de longitud variable. Generalmente se les conoce con el nombre de conductos de Skene.

La uretra en sus dos tercios inferiores, atraviesa la

pared vaginal anterior, de la cual es relativamente inseparable. La musculatura circular del tercio inferior de la vagina rodea la uretra por encima y por debajo.

Bulbos vestibulares. A cada lado del vestíbulo, por debajo de su mucosa, se hallan los bulbos vestibulares, que son unos conjuntos de venas en forma de almendra de 3 a 4 cm de longitud, 1 a 2 cm de anchura y 0.5 a 1 cm de espesor. Están muy próximos a las ramas isquiopúbicas y cubiertos en parte por los músculos isquiocavernoso y constrictor de la vagina. Sus extremos inferiores suelen terminar aproximadamente en la mitad del orificio vaginal mientras que los anteriores se extienden por arriba hacia el clítoris.

ORIFICIO VAGINAL E HIMEN. El orificio vaginal ocupa la porción inferior del vestíbulo y es de tamaño y forma muy variable. En las vírgenes queda oculto por los labios menores superpuestos y, cuando se apartan estos, aparecen casi por completo cerrado por el himen.

El himen es sumamente variable en cuanto a forma y consistencia. Está compuesto principalmente por tejido conjuntivo, rico en fibras elásticas y en fibras colágenas.

Su inervación nerviosa es discreta. En la mujer adulta

virgen constituye una membrana de espesor variable que cierra más o menos completamente el orificio vaginal y que presenta una abertura cuyo tamaño varía desde el de una punta de un dedo o incluso de dos dedos. La abertura himenal suele tener forma de media luna o circular, pero en ocasiones puede ser cribiforme, tabicada o franjeada. Como la forma franjeada puede confundirse con un himen desgarrado, es necesario, por razones medicolegales, proceder con cautela al hacer declaraciones categóricas acerca de la ruptura del himen.

Por regla general, el himen se desgarrá por varios puntos, generalmente en la porción posterior al efectuarse el primer coito. Los bordes del desgarro cicatrizan pronto y el himen queda dividido de manera permanente en dos o tres porciones separadas por estrechas hendiduras que se extienden hasta su base. El grado de ruptura es variable y depende de la estructura del himen y del grado de distensión. Aunque se creó generalmente que la ruptura del himen va acompañada de hemorragia, esta no siempre se presenta. Sin embargo, algunas veces la hemorragia es muy abundante.

En algunos casos la membrana himenal es muy resistente de modo que llega a ser necesaria la incisión quirúrgica para que pueda efectuarse el coito.

Por regla general las alteraciones producidas por el parto se reconocen con facilidad. Después del puerperio los restos del himen dan lugar a varios nódulos cicatrizados de tamaño variable, las carúnculas multiformes. En la práctica, son signos incontrovertibles de parto previo. En algunos ca sos existe un himen imperforado que ocluye el orificio vagi nal e impide eliminar la menstruación.

VAGINA. La vagina es un conducto músculo membranoso que se extiende desde la vulva hasta el útero y se encuen-- tra entre la vejiga y el recto. Es el conducto excretor del útero, por el que salen su secreción y la menstruación; es el órgano femenino del coito y, por último, forma parte del canal del parto. Por delante, la vagina está en contacto con la vejiga y la uretra, de los cuales la separa el tejido conjuntivo que suele denominarse tabique vesicovaginal. Por detrás, entre su porción inferior y el recto, hay un te jido similar que forma el tabique rectovaginal. Aproximadamente la cuarta parte de la vagina se halla separada de la parte terminal del intestino o recto por el fondo de saco peritoneal llamado de Douglas o rectouterino.

La vagina es capaz de distenderse bastante, como se po ne de manifiesto durante el parto. La bóveda vaginal se sub divide en fondos de saco anterior, posterior y dos lateraa--

les. Estos tienen gran importancia clínica ya que a través de sus delgadas paredes, casi siempre se pueden palpar los órganos pélvicos internos. Además el fondo de caso posterior permite un fácil acceso quirúrgico a la cavidad peritoneal. La longitud de las vaginas es muy variable, como está unida al útero formando ángulo agudo, su pared anterior es siempre más corta que la posterior. Las paredes anterior y posterior miden respectivamente de 6 a 8 cm y de 7 a 10 cm.

Desde la más tierna infancia hasta después de la menopausia las células de la capa superficial. El examen de las células expoliadas de la vagina permite identificar los diversos períodos del ciclo sexual.

No suele haber glándulas típicas en la vagina. En las mujeres que han parido se encuentran a veces en el tejido conjuntivo vaginal, zonas con epitelio estratificado, que en algunos casos dan lugar a la formación de quistes.

En el extremo inferior de la vagina hay una delgada tira de musculatura estriada, el constrictor o esfínter de la vagina; si bien es el elevador del ano el músculo que de hecho cierra la vagina. Por fuera de la capa muscular hay una capa de tejido conjuntivo que une la vagina con las regiones contiguas. Contiene abundantes fibras elásticas y ve

nas.

En la mujer no embarazada la vagina se mantiene húmeda gracias a la secreción uterina, pero en el embarazo hay una abundante secreción vaginal que normalmente presenta un aspecto mantecoso y que está formada por epitelio descamado y bacterias, con una acentuada reacción ácida. Durante el embarazo predominan los bacilos, aunque los cocos no son raros. La reacción ácida se ha atribuido al ácido láctico que según se cree, es el resultado de la glucogenólisis del glucógeno de la mucosa por el bacilo de Doderlein.

Durante el embarazo predominan los bacilos, aunque los cocos no son raros. La reacción ácida se ha atribuido al ácido láctico que, según se creé, es el resultado de la glucogenólisis del glucógeno de la mucosa por el bacilo de Doderlein.

El pH de la secreción vaginal varía según la actividad ovárica. Antes de la pubertad oscila entre 6.8 y 7.2, siendo mucho menor en la mujer adulta. El pH de la vagina en la mujer adulta oscila entre 4 y 5.

La vagina está provista de una abundante irrigación vascular. Su tercio superior está irrigado por las ramas cervicovaginales de las arterias uterinas, su tercio medio

por las arterias vesicales inferiores y el tercio inferior por las arterias hemorroidal media y pudenda interna.

PERINEO. El perineo está formado por 19 músculos y fascias de los diafragmas urigenital y pélvico. El diafragma urogenital pasa a través del arco púbico por encima de la fascia perineal superficial o fascia de Colles y está formado por los músculos perineales transversos profundos y el constrictor de la uretra.

El diafragma pélvico está formado por dos músculos, el coccígeo y el elevador del ano, que está compuesto a su vez de tres porciones: iliococcígeo, pubococcígeo y puborrectal. Estos músculos forman como una banda que sostiene las estructuras pélvicas; entre ellos pasan la uretra, la vagina y el recto. El puborrectal y el pubococcígeo constriñen la vagina y el recto y forman un eficiente esfínter rectal.

ORGANOS GENITALES INTERNOS.

UTERO. El útero es un órgano muscular cubierto en parte por el peritoneo. Su cavidad está revestida por el endometrio. Durante el embarazo, el útero sirve para recibir, retener y nutrir el óvulo fecundado, que se expulsa durante el parto.

El útero no gestante está situado en la cavidad pélvica entre la vejiga y el recto y su extremidad inferior sobresale en la vagina.

Casi toda su pared posterior se encuentra cubierta de peritoneo, mientras que su porción inferior limita en su parte anterior el fondo de saco de Douglas. Sólo la porción superior de la pared anterior está cubierta de esta manera, ya que su porción inferior se une a la pared posterior de la vejiga mediante una capa bien definida de tejido conjuntivo.

El útero es piriforme y aplanado y consta de dos partes desiguales: una porción superior triangular, el cuerpo y una porción inferior cilíndrica o fusiforme, el cuello. La cara anterior del cuerpo es casi plana, pero la cara posterior es claramente convexa. Las trompas de Falopio se inician en los cuernos del útero, en la unión del borde superior con el lateral. El borde superior convexo comprendido entre los puntos de inserción de las trompas recibe el nombre de fondo o fondo uterino.

El útero es sumamente variable en cuanto a forma y tamaño según la edad y número de partos. En las niñas mide de 2.5 a 3 cm de longitud, en las adultas nulíparas mide de 5.5 a 8 cm de longitud y en las múltiparas mide de 9 a 9.5

cm. La relación entre la longitud del cuerpo y la del cuello varía ampliamente. En las niñas pequeñas del cuerpo tiene la mitad de la longitud del cuello. En las nulíparas jóvenes ambos tienen más o menos la misma longitud. En las multíparas se invierte la relación y el cuello sólo es algo mayor que la tercera parte de la longitud total del útero.

La mayor parte del cuerpo consiste en tejido muscular y las paredes anterior y posterior de su cuerpo están casi en contacto, de ahí que la cavidad existente se reduzca a una simple hendidura.

CERVIX. El cuello uterino es fusiforme y tiene un pequeño orificio en cada extremo, el orificio cervical interno y el orificio cervical externo. En un corte frontal la cavidad del cuerpo uterino es triangular y la del cuello continúa siendo fusiforme. Después de haber parido, la forma triangular se hace menos acentuada debido a que sus bordes se vuelven cóncavos en lugar de convexos. En la menopausia el útero se atrofia y hay una atrofia del miometrio y del endometrio.

El istmo tiene especial importancia obstétrica, debido a que durante el embarazo contribuye a la formación del segmento inferior.

El cuello es la porción del útero situado por debajo del istmo y del orificio interno. En la cara anterior del útero su límite superior está más o menos en el punto donde el peritonco se dobla y se dirige a la vejiga.

La inserción de la vagina lo divide en las porciones supravaginal y vaginal. La porción vaginal del cuello, hace prominencia en la vagina y su extremo inferior constituye el orificio externo.

El orificio externo tiene un aspecto muy variable. En la mujer nulípara es una pequeña obertura oval regular. Tiene la consistencia del cartílago nasal. Después del parto, el orificio se convierte en una hendidura transversa que divide al cuello en los llamados labios anterior y posterior. Cuando el cuello ha sufrido un desgarro profundo durante el parto, puede tener aspecto irregular, nodular o estrellado.

La mucosa de la porción vaginal del cuello uterino se prolonga directamente con la de la vagina y ambas están formadas por epitelio escamoso estratificado. Es frecuente que las glándulas endocervicales se extiendan hacia abajo casi hasta su superficie.

CUERPO UTERINO. La pared del cuerpo uterino consta de

tres capas: serosa, muscular y mucosa. La capa serosa está formada por el peritoneo que recubre el útero, al que está firmemente adherido, excepto inmediatamente por encima de la vejiga y en los bordes, donde se desvía hacia los ligamentos anchos.

La capa interna o mucosa, que sirve de revestimiento a la cavidad uterina, es el endometrio. Consiste en una membrana delgada, aterciopelada, de color rosado que, si se examina con detenimiento, se ve perforada por un gran número de diminutos orificios que corresponden a las glándulas uterinas. A causa de sus constantes modificaciones cíclicas durante el período reproductor de la vida, el espesor del endometrio es variable desde 0.5 a 5 mm., consta de epitelio superficial, glándulas y tejido interglandular rico en vasos sanguíneos.

La circulación uterina se deriva de las arterias y venas uterinas y ováricas. Durante el embarazo, estos vasos anastomóticos se dilatan dentro del útero y se desarrolla una gran vascularización destinada no solo al mismo útero hiperplásico e hipertrofiado, sino también a la placenta y al feto en desarrollo. Las fibras musculares contráctiles y entrelazadas son las responsables del control del sangrado uterino después del parto.

El útero puede sufrir una enorme expansión para acomodar a los productos de la concepción. Durante la gestación aumenta su peso de un máximo de aproximadamente 90 gr. hasta cerca de 1 kg. y su capacidad se eleva más de 4,000 veces. Normalmente el huevo se implanta en el endometrio y se desarrolla en la cavidad uterina en su etapa embrionaria y fetal. La expulsión del feto antes de las 24 semanas de gestación se conoce como aborto y presupone casi invariablemente la muerte del producto. Después de esta edad, se considera al feto viable y su supervivencia al nacer aumenta en proporción directa a la duración del embarazo.

Los tumores uterinos causan problemas ginecológicos tales como sangrado uterino anormal o dolor pélvico. Las anomalías del desarrollo con motivo de distocias obstétricas.

El cáncer del cuerpo uterino es la neoplasia maligna de los genitales femeninos más frecuentes después del carcinoma cervical.

TROMPAS DEL FALOPPIO. Las trompas del Falopio u oviductos, se extienden desde los cuernos uterinos a los ovarios y son los conductos a través de los cuales el óvulo alcanza la cavidad uterina. Los oviductos tienen de 8 a 14 cm de

longitud; los recubre el peritoneo y una mucosa tapiza su interior.

Cada trompa se divide en porción intersticial, istmo, ampolla e infundíbulo. La porción intersticial está incluida en la pared muscular del útero. A partir de la cavidad uterina sigue una dirección fuertemente oblicua hacia arriba y afuera. El istmo, la porción estrecha de la trompa inmediata al útero, se va dilatando de manera gradual hasta formar la porción ensanchada o ampolla. El infundíbulo, o extremidad distal de la trompa. El grosor de la trompa es muy variable, la porción más estrecha del istmo tiene de 2 a 3 mm. de díametro y la porción más ancha de la ampolla de 5 a 8 mm.

En términos generales, la musculatura de la trompa está dispuesta en dos capas, la circular interna y la longitudinal externa.

La musculatura tubárica experimenta constantemente contracciones rítmicas, cuya frecuencia varía con los períodos de ciclo menstrual. Las contracciones alcanzan el máximo de frecuencia e intensidad durante el transporte del óvulo y son muy lentas y débiles durante el embarazo.

Son ricas en tejido elástico, vasos sanguíneos y linfá

ticos. La mucosa tubárica sufre modificaciones histológicas cíclicas parecidas a las del endometrio, pero mucho menos intensas.

OVARIOS. Los ovarios (gónadas femeninas) son un par de órganos ovoides, aplanados, firmes y blanquecinos, con dimensiones aproximadas de 1.5 a 3.5 cm.

El ovario se encuentra suspendido entre el útero y la pared lateral de la pelvis por el mesovario, que pertenece a la aleta posterior del ligamento ancho. El mesovario no rodea o cubre el ovario, sino que se funde con su capa epitelial.

También está en relación con el útero por el ligamento uterovárico, que es una banda fibrosa que corre en el espesor del ligamento ancho.

Histología: El ovario está constituido de una célula germinal (óvulo) que contiene corteza y médula vascular. La corteza o capa periférica del ovario representa de la tercera parte a la mitad del grosor del órgano y está recubierta por una capa única de células, falsamente llamado epitelio germinal, debido a que no proviene de este tejido.

Inervación y circulación: Los nervios y vasos ováricos transcurren por el ligamento suspensor del ovario, entran y salen del hilo a través del mesovario. Una red venosa incluida en el mesovario envía su sangre a las venas uterinas y ováricas.

Importancia clínica: Es el sitio donde se producen, ma duran y liberan cada mes, óvulos maduros durante la etapa reproductiva de la vida.

LA PLACENTA Y MEMBRANAS FETALES.

Unas tres semanas después de la fecundación se aprecian claramente en el huevo humano las relaciones del corion con la decidua.

La membrana coriónica consta de una capa de tejido conectivo interna y un epitelio externo, del que se proyectan vellosidades rudimentarias.

En los comienzos del embarazo las vellosidades están distribuidas por toda la periferia de la membrana coriónica un huevo desalojado del endometrio en esta fase del desarrollo ofrece un aspecto velludo.

Las vellosidades en contacto con la decidua basal proliferan para formar el corion frondoso, el componente fetal de la placenta 1/, mientras que las que están en contacto con la decidua capsular dejan de crecer y experimentan una degeneración casi completa.

La mayor parte del corion, desprovisto así de vellosidades, es designado como corion liso o corion pulido. Está formado como resultado de una combinación de presión directa e interferencia con el suministro vascular.

En general, es más opaco que el amnios, pero rara vez excede de 1 mm de grosor.

Hasta el final del tercer mes aproximadamente, la hoja coriónica permanece separada del amnios por la cavidad exocelómica cuando se fusionan los mesodermos amniótico y coriónico. El corion liso y el amnios forman un amniocorion esencialmente avascular; sin embargo, puede ser un sitio de transferencia y de actividad metabólica.

El corion y el amnios se originan en el borde placentario para ir a rodear al feto. Se desprenden fácilmente de la

1/ Pritchard A. Jack, Obstetricia, p. 104.

superficie fetal de la placenta y pueden ser separados entre sí con una disección cuidadosa.

El amnios es una membrana doble, translúcida; su capa externa está constituida por tejido conjuntivo mesodérmico y la interna por ectodermo. El amnios puede ser considerado como una extensión de la piel fetal. Está formado principalmente por células escamosas poliestratificadas, dispuestas en varias capas; pero entre ellas se puede distinguir grupos de células cuboides. Especialmente en las cercanías del cordón umbilical, se observan zonas membranosas más gruesas. 2/

El amnios humano se desarrolla por desdoblamiento del citotrofoblasto alrededor del día séptimo a octavo de desarrollo del huevo normal o se desarrolla esencialmente como extensión del ectodermo fetal. Constituido inicialmente por una diminuta vesícula, el amnios se desarrolla en un pequeño saco que cubre la superficie dorsal del embrión.

Al agrandarse el amnios, gradualmente engloba al embrión en crecimiento que prolapsa en su cavidad.

2/ Benson C. Ralph. Manual de Ginecología y Obstetricia.
p.p. 54 - 56.

La distensión del saco amniótico le pone eventualmente en contacto con el interior del corion. Aún cuando se adhieren ligeramente, el amnios y el corion nunca se conectan íntimamente y pueden separarse con facilidad incluso a término. El amnios normal tiene un grosor de 0.02 a 0.5 mm. El epitelio se compone normalmente de una sola capa de células cuboides no ciliadas. ^{3/}

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.

Se conoce como ruptura prematura de membranas, aquella que espontánea o artificialmente se lleva a cabo en embarazos mayores de 20 semanas, antes de iniciarse el trabajo de parto.

Técnicamente la ruptura de las membranas es prematura cuando precede el comienzo del trabajo de parto en cualquier lapso de tiempo independientemente de la edad gestacional.

La incidencia de ruptura prematura de membranas varía entre el 1.6 y el 14% de todos los partos, aumenta significativamente en asociación con prematurez. El amplio espectro

^{3/} Pritchard, Ibidem, p. 122.

de incidencia puede atribuirse a diferencias en las poblaciones, se ha sugerido que la ruptura prematura de membranas SE ASOCIA CON EL BAJO NIVEL ECONOMICO.^{4/}

Además de clasificarse como artificial y espontánea, puede ser alta cuando se realiza por arriba del orificio cervical interno, o baja si la ruptura sucede en la luz del mismo. Así también puede ser completa cuando tanto el amnios como el corion se rompen en el mismo sitio e incompleta si el amnios se rompe por arriba del orificio interno y el corion en la luz del mismo.

En relación con la paridad y edad del embarazo, es más frecuente en multíparas y en embarazos mayores de 36 semanas.

La importancia de la ruptura de las membranas es grande por tres razones. Primera, si la parte de presentación no está fijada en la pelvis, aumentan enormemente las posibilidades de prolapso de cordón y compresión de cordón. Segunda, es probable que se inicie rápidamente el parto, si el embarazo ha llegado o está llegando a término. Tercera, si el feto permanece en el útero durante 24 horas o más, después de la ruptura de las membranas, existe un peligro real de infec---

^{4/} Kaminetzky Harold A., Obstetricia y Perinatología, p.1050.

ción intrauterina que puede ser especialmente perjudicial para el feto, aunque la madre reciba antibióticos.

ETIOLOGIA.

No se ha determinado la etiología de Ruptura Prematura de Membranas.

Dentro de los factores que intervienen en la aparición de Ruptura prematura de Membranas se encuentran:

- Multiparidad.

La sobre distensión del útero alcanza finalmente el límite de tolerancia y desencadena las contracciones uterinas o provoca la ruptura de las membranas, las tres cuartas partes de todas las gestaciones múltiples finalizan con partos antes de término.

- Embarazo Múltiple.

La causa por la cual se presentan partos prematuros durante el embarazo gemelar, obedece a la sobredistensión del útero por su doble contenido y aumento en la cantidad del líquido amniótico (Polihidramnios), ya que en ocasiones a las 32 o 34 semanas el útero ha alcanzado el tamaño correspondiente a un embarazo de término, desencadenándose así un trabajo de parto por distensión de las fibras uterinas.

- Adherencias entre orificio cervical interno y membranas corioamnióticas.
- Incompetencia istmico cervical.
- Movilidad brusca de miembros en presentaciones pélvicas y situaciones transversas.
- Exploraciones manual vagino cervical brusca o armada con amnioscopio, espejo vaginal, espátula para tomas citológicas, etc.
- Versión por maniobras externas, traumatismos, coito.
- Colpocervicitis, irrigaciones vaginales con cánula en el tercer trimestre del embarazo.

SIGNOS Y SINTOMAS CLINICOS DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.

Generalmente la salida de líquido por la vulva es de instalación brusca sin causa aparente, indolora, continua pero en cantidad variable que depende del sitio y amplitud de la ruptura y de la edad del embarazo. Aumenta con el ortostatismo, la deambulación, los cambios de posición, las contracciones uterinas y con el rechazamiento y desplazamiento lateral de la presentación.

El aspecto del líquido amniótico es translúcido, opalescente a veces lechoso, con olor a esperma, en ocasiones contiene vórnix caseoso, lanugo o meconio, elementos que por sí solos confirman el diagnóstico de manera irrefutable.

La confirmación de la sospecha de ruptura prematura es esencial, ya que tanto la madre como el feto están en peligro si la condición no se diagnostica. Por otra parte, un diagnóstico incorrecto puede someter a la paciente a los riesgos de una inducción no justificada del trabajo de parto cesárea y posible parto prematuro.

La paciente puede confundir un aumento de la humedad por secreción vaginal, mucus cervical o incontinencia urinaria con líquido amniótico.

DIAGNOSTICO DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.

El diagnóstico apropiado habitualmente puede hacerse por medio de un único examen con espéculo, sin tacto del cuello ni tacto rectal. Este examen debe llevarse a cabo en condiciones asépticas.

La visualización directa de líquido amniótico saliendo del orificio cervical es el método más confiable de diagnóstico.

Métodos Auxiliares.

Se dividen en métodos indirectos como la determinación del pH vaginal y en métodos directos, que investigan líquido amniótico y/o componentes fetales en la cavidad vaginal.

Métodos Indirectos.

La utilidad de la determinación del pH vaginal, la salida del líquido amniótico alcalino hacia el medio ácido de la vagina da como resultado un cambio en el pH vaginal, ya que siendo este de 3.5 a 4.5 y el del líquido amniótico mayor de 7. El pH se detecta poniendo en contacto el líquido existente en el fondo de saco vaginal posterior o laterales con la cintilla impregnada con sustancias reactivas que se tiñen de una coloración de acuerdo con el pH líquido en estudio. Los reactivos que con más frecuencia se utilizan son el papel de Nitrazina, el papel con azul de Bromotimol y el papel Tornazol.

Pueden obtenerse resultados falsos negativos si han pasado algunas horas desde el momento de la ruptura de membranas. Si las secreciones vaginales se han contaminado con sangre, orina o soluciones antisépticas, pueden obtenerse falsos positivos.

La prueba de Nitrazina tiene una tasa de exactitud de 95% sin embargo, tiene la ventaja sobre otros de ser útil desde la 21ava. semana del embarazo.

El pH de la secreción vaginal se estima mediante la inserción de un aplicador estéril con el extremo de algodón en la vagina para tocar después con él una tira de papel de nitracina y comparar el papel con la tabla. Los cambios de color se interpretan como sigue:

Membranas probablemente intactas:

Amarillo	pH 5
Amarillo aceituna	pH 5.5
Verde aceituna	pH 6

Membranas rotas:

Azul verde	pH 6.5
Azul gris	pH 7
Azul oscuro	pH 7.5

FUENTE: Pritchard A. Jack, Obstetricia, p. 327.

Métodos Directos.

Los más utilizados son la cristalización del líquido amniótico, que se fundamenta en la propiedad de que al ser evaporada el agua que contiene, sus solutos cristalizan en forma de helecho, debido a su rico contenido de electrolitos, mucina y proteínas. Para este estudio se hace un frote con el líquido de fondos de saco vaginales, se saca y se obsérva al microscopio con claridad, la típica cristalización también tiene la ventaja de ser útil de la 21ava. semana en adelante.

Otro método importante, es la investigación de escamas fetales en la vagina, por medio de frotis de líquido de los fondos de saco vaginales teñidos con colorantes como azul de Nilo, el Acridina Naranja y el Sudán y los utilizados en la técnica de Papanicolaou.

Es evidente que ninguna de las pruebas disponibles es totalmente exacta. Pueden obtenerse mejores resultados por medio de una combinación. Se ha aconsejado el empleo de tinturas orgánicas, como azul de metileno, en caso de diagnóstico incierto. La tintura puede instilarse en el líquido amniótico por amniocentesis trasabdominal e inspeccionarse la

vagina en busca de un escape de la tintura. Se ha sugerido que la ultrasonografía puede ser de alguna ayuda en el diagnóstico de Ruptura Prematura de Membranas. ^{5/} La visualización del útero podría mostrar oligohidramnios, lo cual avalaría un diagnóstico tentativo de ruptura de membranas, si el flujo residual es insuficiente para ser visualizado por medio de un examen con espéculo.

Exámenes de Laboratorio.

Frecuentemente es necesario comprobar el hematócrito o la concentración de hemoglobina. El hematócrito puede medirse fácil y rápidamente. Se recoge la sangre en un tubo de ensayo a partir del cual se llena inmediatamente un tubo capilar heparinizado. Con una pequeña centrifuga de microhematócrito en la sala de partos, puede obtenerse el valor en 3 min. El tubo de sangre convenientemente etiquetado se deja coagular y se manifiesta preparado por si es necesario realizar una prueba cruzada o se emplea para una serología. Para las protefina y glucosa se examina una muestra de orina, lo más limpia posible.

TRATAMIENTO DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.

Una vez confirmado el diagnóstico de Ruptura Prematura 5/ Pritchard. op.cit. p. 329.

ra de Membranas, es imperativo evaluar la edad gestacional del feto. El conocimiento de una fecha probable del parto (FPP) exacta y un registro prenatal cuidadoso son de gran valor para documentar la duración de la gestación. La sonografía es útil para obtener una estimación de la edad gestacional y para identificar la parte de presentación.

Efectuar un examen estéril mediante espéculo para identificar el líquido que viene del cervix o que se almacena en la vagina. La demostración de un líquido visible o de una prueba positiva de la nitracina es indicativa de ruptura de las membranas. El examen estéril concluye con la identificación de la extensión de borramiento y dilatación cervicales, confirmación de la parte de presentación y exclusión de un cordón prolapsado.

Período de Latencia. Es el tiempo transcurrido desde el momento en que se rompen las membranas hasta el momento en que se inicia el trabajo de parto. Generalmente el 80% de los casos de Ruptura de Membranas, tienen un período de latencia máximo de 72 horas y es mayor mientras menor sea la edad del embarazo.

Si, después de 12 horas, el parto no ha comenzado de manera espontánea, es cuidadosamente inducido mediante la

infusión por vía intravenosa de oxitocina muy diluída, evitando una hiperestimulación. La presentación de nalgas o transversa contraíndica una inducción, a menos que el feto sea muy inmaduro y no exista esperanza de poder salvarlo; por otro lado, si el feto presenta al menos 30 semanas de edad gestacional, se efectuará una operación cesárea en el plazo de 24 horas. Si la inducción fracasa, se efectuará una operación cesárea.

Si la edad gestacional es menor de 30 semanas, o a falta de la edad se estima que el feto pesa menos de 1.300 g. y parece que no hay retraso del crecimiento, no existiendo además otras indicaciones maternas o bien fetales para el parto, puede permitirse que continúe el embarazo sin la administración profiláctica de antibióticos y bajo una estrecha observación para detectar signos de sepsis.

En embarazos mayores de 28 semanas con producto vivo previo estudio clínico de la paciente, corroboración de la ruptura prematura de membranas e inducción de la madurez fetal con cortizona o Betametazona en dosis única en los embarazos de 28 a 34 semanas, se debe iniciar la interrupción del embarazo de inmediato por inducto conducción con ocitocina intravenosa. Si no existe contraíndicación para ello o imposibilidad de parto o por cesárea si el primer procedio

miento falla y/o hay alguna indicación precisa para la misma.

Respecto al tiempo que debe prolongarse el intento de interrupción del embarazo por inducto conducción hay tendencia a esperar sólomente 24 horas y si esto no acontece, lo interrumpen por cesárea, apoyados en que la morbimortalidad materno fetal aumenta en relación directa a la duración del tiempo de latencia.

Es posible prolongar la espera hasta 12 horas si las condiciones fetales y maternas no se alteran y no se detectan signos sospechosos o incipientes de corioamnionitis.

En los embarazos menores de 28 semanas la conducta es prácticamente la misma, indudablemente con pérdida fetal en el 100% de los casos; pero con óptima protección materna.

En casos especiales como en el que la futura madre carece de descendientes, fue estéril o infertil y no se detectan la participación de factores predisponentes o desencadenantes de la corioamnionitis, pueden vigilarse estrechamente los embarazos mayores de 26 semanas por tiempo razonable hasta lograr viabilidad de los productos y previa inducción de madurez fetal interrumpir el embarazo y hacerlo de inme-

diato al sospechar infección corioamniótica.^{6/}

Los riesgos potenciales y la incidencia y tipo de morbilidad luego de ruptura prematura de membranas dependen de una combinación de variables que incluyen la duración del período de latencia, la duración de la gestación, la colonización bacteriana del aparato genital materno y los factores de resistencia del huésped a las bacterias colonizantes.

La duración del período de latencia (es decir el tiempo entre la ruptura de las membranas y el comienzo del trabajo de parto) tiene su impacto sobre las posibilidades de sobrevida fetal.

En caso que el diagnóstico de ruptura prematura de membranas sea acompañado por una complicación como es la corioamnionitis, se lleva a cabo el parto en un lapso relativamente breve (generalmente en 6 horas) y si no se espera un parto vaginal en ese período, está indicada la cesárea. Sin embargo, el resultado para la madre es mejor con el parto vaginal.^{7/} La cesárea implica una incidencia elevada de morbilidad febril e infección de la incisión.

6/ Kaminetzky. Obstetricia y, p.1055.

7/ Gibbs RS Castillo, Management of acute chorioamnionitis, Am J. Obstet Ginecol. p. p. 136-709.

En ausencia de amnionitis, el manejo depende de la es
timación de la edad gestacional y, más importante, del peso
fetal. En el esquema 1 se sugiere un esquema de manejo base
do en la edad gestacional y peso fetal en casos de Ruptura
Prematura de Membranas.

CUADRO No. 1

CONDUCTA ACONSEJADA EN LA RUPTURA PREMATURA
DE MEMBRANAS EN PACIENTES SIN EVIDENCIA DE
AMNIONITIS.

F E T O	C O N D U C T A
Menos de 20 semanas de gestación. 500-749 g.(20-27 semanas)	Terminación del embarazo. Reposo. Esperar el comienzo de trabajo de parto espontá neo. Controlar temperatu ra y recuento de leucoci tos.
750-1.749 g.(27-33 semanas)	Puede considerarse la in ducción de maduración pulmonar con corticoides. Parto después de 24 horas.
1.750-2.249 (33-35 semanas)	Inducción después de 16 horas de RPM. No detener si se halla en trabajo de parto.
2.250 g.(más de 35 semanas)	Inducir en 8-12 horas.

FUENTE: IFFY-KAMINETZKY. Obstetricia. Perinatología. p.1055.

Si el embarazo es de 35 semanas o más en el momento de la RPM, se hará un parto rápido. En este grupo de niños la incidencia de Síndrome de dificultad respiratoria (SDR) es muy baja y el feto no obtiene ningún beneficio, por la demora en el parto. Por lo tanto se induce con ocitocina por medio de una bomba de infusión en 8 a 12 horas si el trabajo de parto no comienza en forma espontánea.

Si la edad gestacional es menor de 35 semanas, el manejo está determinado por una evaluación de los riesgos y beneficios prevalentes. Se aconseja derivar a las mujeres con RPM y fetos prematuros a un hospital con Unidad de Cuidados Intensivos capaz de manejar los problemas neonatales que puedan preeverse.

Cuando la gestación es de 33 a 35 semanas, es razonable esperar 16 horas por una posible maduración pulmonar antes de inducir el trabajo de parto.^{8/} Sin embargo, si la paciente ya se encuentra en trabajo de parto, no deben usarse agentes tcolíticos. Entre las 27 y 33 semanas, algunos intentarían incrementar la madurez pulmonar por medio de corticoides ^{9/} e inducir el trabajo de parto luego de 24 horas con ese tratamiento.

8/ MEAD B. PHILIP. Clínica de Perinatología. pp. 245-249.

9/ KAMINETZKY. op.cit. p. 1053.

En ocasiones prefieren administrar corticoides y esperar el comienzo de un trabajo de parto espontáneo. La amniocentesis permite identificar paciente con RPM pretérmino con bajo riesgo de infección.^{10/} En este grupo, puede ser apropiado un enfoque conservador, esperando un trabajo de parto espontáneo. Si el embarazo es de menos de 20 semanas se aconseja su terminación inmediata.

Debido a la mayor incidencia de infección en asociación con RPM, algunos investigadores han intentado emplear antibióticos profilácticamente en un esfuerzo por disminuir o prevenir la morbilidad infecciosa.^{11/}

Se han demostrado efectos beneficiosos en términos de morbilidad materna posparto, pero no se ha logrado reducir la mortalidad perinatal.

^{10/} Ibidem. p. 1052.

^{11/} MEAD B. PHILIP. op.cit. p. 255.

COMPLICACIONES.

Maternas. La principal complicación de la ruptura prematura de membranas, por su gravedad y frecuencia es la corioamnionitis, que se presenta como promedio en el 11% de los casos y varía desde el 0.7 hasta el 29.5%.

La explicación de al alta incidencia de esta infección se tiene en:

- a) Eliminación de la barrera crioamniótica que protegía y evitaba el paso de gérmenes patógenos de la vagina a la cavidad amniótica.
- b) Alcalinización del medio vaginal por el paso del líquido amniótico a la cavidad vaginal, en consecuencia, destrucción de los bacilos de Doderlain, substitución de los mismos por gérmenes patógenos, seguido por la manifestación clínica de infección cérvico vaginal que fácilmente se disemina a la cavidad amniótica.

Otra de las complicaciones son la elevada incidencia de presentaciones pélvicas, situaciones transversas y flecciones de la presentación cefálica; que elevan por sí mis-

mos el número de distocias y con ellas la frecuencia de aplicación de forcéps, extracción podalica y cesárea, maniobras que acompañan de alto índice de lesiones del útero, vagina, perine y en menor frecuencia de vejiga y recto.

En el puerperio la complicación séptica más frecuente es la endometritis, secundaria generalmente a una corioamnionitis latente o asintomática, que generalmente pasó inadvertida.

La mortalidad materna varía de 0 al 3% y es tributaria de la infección corioamniótica.

Fetales:

La complicación fetal predominante es la prematuridad que varía de 9 a 40% con promedio de 20%. Está asociada a la hipoxia producida por la infección fetal intrauterina, distocias de contracción muchas veces secundarias al uso inadecuado de la oxitocina en la inducción de trabajo de parto prolongado, prolapso de cordón y al trauma obstétrico producido por la atención de las distocias de presentación, producen una mortalidad fetal que varía del 2.6 al 4%, con promedio de 6%.

PROFILAXIS.

Para tratar de reducir la frecuencia de la Ruptura Prematura de Membranas, deben de evitarse las causas más frecuentes de la misma. La colpocervicitis es necesario investigarla y tratarla siempre que sea posible antes del embarazo o en los primeros meses del mismo, prescribir las exploraciones vaginales manuales o armadas y las irrigaciones vaginales con cánula en el tercer trimestre del embarazo, disminuir la actividad sexual en el séptimo y octavo mes y proscribirla en el noveno, tratar el polihidramnios precozmente, proscribir la versión por maniobras externas y tratar oportunamente y cuidadosamente la incompetencia istmico cervical.

SEXUALIDAD EN EL EMBARAZO.

La gestación, que obviamente es una época de cambios fisiológicos para ambos cónyuges. Frecuentemente existen preocupaciones sobre los cambios físicos y emocionales en la mujer, preocupaciones sobre la salud y bienestar de la madre y el feto, ajustes en la relación familiar preparándose para un nuevo miembro.

Durante décadas, los textos médicos han aconsejado a los médicos y los médicos han aconsejado a sus pacientes, que se abstengan del coito durante el final del período antiparto y durante las primeras semanas después del parto. La razón ofrecida era el riesgo de complicaciones médicas independientemente de si la paciente ha sufrido o no complicaciones previas al consejo.

Cualquier complicación que presentaron estas mujeres se etiquetaron como relacionadas o no relacionadas con el coito, aquellas supuestamente relacionadas eran la morbilidad puerperal, loquios sucios y fiebre, ruptura de membranas, parto prematuro y hemorragia tardía en el embarazo.

El coito orgásmico al final de la gestación era la causa de malestar pélvico, ruptura de membranas o parto prematureo.

En algunas de las mujeres, el orgasmo produjo contracciones uterinas incómodas, u otras molestias; los autores sugieren que este síndrome postorgásmico debería discutirse con las mujeres como parte de la atención prenatal. Por su incidencia sobre la frecuencia del parto prematuro, se recomienda la relación sexual después de la 31 semana de gestación para las grávidas con cuello maduro o con historia obstétrica desfavorable.

También ha sido motivo de preocupación la posibilidad de infecciones del líquido amniótico como consecuencia del coito.

La actividad del esperma o las enzimas del semen pueden facilitar la penetración bacteriana del moco cervical y señala que los sistemas aumentan progresivamente hacia el final del embarazo, el coito tiene mayor efecto en la frecuencia de infecciones del líquido amniótico en la mitad que la final del embarazo. También el acortamiento del segmento uterino inferior después de las 36 semanas de gestación lleva a una exposición mayor de las membranas fetales a la flora vaginal y semen y puede explicar el aumento de infecciones al final de la gestación asociadas con el coito.

En la medida que preocupa el problema clínico de la infección consecuente al coito, este problema no sólo es aplicable a las últimas semanas sino que también a cualquier estado de la gestación o por ese motivo, al estado no grávido. La interrupción del coito durante la última parte del tercer trimestre basado sólo en el miedo a la infección de madre o feto es un residuo en medicina de la era preantibiótica y puede negarse ampliamente. La infección de la vagina inmediatamente antes del parto de cierto es controlable médicamente. De tal manera, se puede y se da protección total al recién nacido.

Durante el primer trimestre, las autoridades parecen estar de acuerdo en que un diagnóstico de amenaza de aborto o aborto inminente debe prohibir la penetración vaginal para evitar la infección.

Durante el segundo y primer trimestre, las bases para los consejos concernientes a la abstinencia de alguna o toda actividad sexual pueden ser los siguientes: placenta previa diagnosticada, historia de parto prematuro anterior, ruptura prematura de membrana, gestación múltiple o cérvix maduro varias semanas antes de término.

Con cada una de estas complicaciones, es lógico ir más allá de la frase "preocupaciones pélvicas" al investigar las razones de la recomendación abstinencia. Si el problema puede agravarse potencialmente por la naturaleza física del coito al penetrar el pene, sólo debe contraindicarse esa forma de actividad sexual. Si el problema es de contractilidad uterina, debe recomendarse abstinencia de actividad sexual orgásmica incluida la masturbación femenina. Si las prostaglandonas del semen participan en el problema, puede usarse en el condón si se desea el coito. Si el problema es una combinación de los anteriores, debe contraindicarse toda actividad sexual femenina, aunque puede continuar la actividad sexual dirigida al varón.

La nutrición durante el embarazo.

Una serie de modificaciones anatómicas, fisiológicas y bioquímicas tienen lugar en el curso de un embarazo normal. La finalidad de tales cambios es crear un medio interno que propicia el desarrollo de un feto sano y prepare a la madre para el parto y la lactancia. Estos cambios fisiológicos constituyen la base de las demandas de nutrientes que presenta la mujer gestante. La salud fetal depende sobremanera de la eficiencia con que se efectúa el transporte

de nutrientes por la placenta. El paso de nutrientes por la placenta se realiza por difusión simple, por difusión facilitada y por transporte activo. Las vitaminas liposolubles y los ácidos grasos atraviesan la barrera placentaria por difusión simple. La glucosa, los aminoácidos, el ácido ascórbico, las vitaminas B, el calcio, el sodio y el hierro entran en la circulación fetal por transporte activo. El feto es capaz de sintetizar proteínas, carbohidratos y grasas. La placenta, además, impide que los nutrientes retornen a la sangre materna, mediante diferencias en gradiente de concentración.

Habida cuenta de que el tabaco, el alcohol y, acaso la cafeína ejercen efectos nocivos sobre el desarrollo fetal, se advierte a las mujeres gestantes contra el uso de tales hábitos durante el embarazo.

IV. HISTORIA NATURAL DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.

Agente:

Factores desencadenantes.

- Versión externa
- Duchas vaginales con cánula.
- Infecciones a nivel de cérvix vagina.
- Traumatismos.

Huésped:

Mujeres embarazadas en cualquier etapa del embarazo.

- Multíparas
- Embarazo gemelar.
- Mujeres con malos hábitos higiénicos y alimenticios.
- Mala alimentación.

Medio Ambiente:

- Medio socioeconómicos bajo.
- Promiscuidad y hacinamiento.
- Exposición a traumatismos.

Estímulo desencadenante:

Interacción de la triada ecológica.

Alteraciones tisulares:

Pérdida de la continuidad de las membranas fetales (corion, amnios) que contienen el líquido amniótico, permitiendo su salida, pudiendo existir encajamiento del feto e iniciar las contracciones uterinas.

Signos inespecíficos:

- Salida de líquido transvaginal en cantidad variable.
- Malestar general.
- Debilidad.

Signos específicos:

- Presencia de líquido amniótico en vagina (confirmado por medio del uso de papel de nitrazina u otro método, cristalografía).
- Encajamiento de la cabeza fetal.
- Inicio del trabajo de parto (dependiendo de la edad gestacional).
- Fiebre.
- Infección (dependiendo de el período de latencia) y

del manejo médico que se le haya dado a la paciente.

- Aumento en el número de leucocitos.

Complicaciones:

- Corioamnionitis.
- Parto prematuro.
- Endometritis.
- Septicemia.
- Muerte fetal.
- Fiebre puerperal.
- Muerte materna.

Invalidez:

Esterilidad.

- Histerectomía parcial o total.

Muerte: Por las complicaciones.

Niveles de Prevención.

Primer Nivel:

Promoción de la salud.

- Dar a conocer el padecimiento a la comunidad.
- Pláticas sobre los cuidados durante el embarazo.
- Pláticas sobre mejores hábitos higiénico-dietéticos.
- Dar un enfoque de importancia hacia la visita médica

prenatal.

- Charlas sobre educación sexual y su influencia en el embarazo.
- Planificación familiar.

Protección específica:

- Evitar el coito en el tercer trimestre del embarazo.
- Evitar duchas vaginales.
- Visita médica periódica y al presentar signos de alarma.
- Tratamiento oportuno de infecciones vaginales.
- Evitar traumatismos y grandes esfuerzos durante el embarazo.

Segundo Nivel.

Diagnóstico precoz:

- Exploración ginecológica manual o armada.
- Visualización directa de salida de líquido amniótico (Tarnier).
- Prueba de nitrazina (Ph vaginal).
- Cristalografía (prueba del helecho)
- Exámenes de laboratorio (Bh, EGO, urocultivo, exudado cervical cuantificación de hematocrito).
- Ultrasonografía (valorar edad gestacional).
- Amniocentesis.

Tratamiento Oportuno.

- Reposo absoluto.
- Proscribir tacto vaginal.
- Dependiendo de la edad gestacional y previa valoración fetal así como la presencia de factores como infección se procederá a la inducto conducción del trabajo de parto.
- Parto vaginal o cesárea.
- Antibióticoterapia por la presencia de infección.

Tercer Nivel.

Limitación del daño:

- Orientación sobre signos, síntomas y complicaciones.
- Evitar malos hábitos de higiene: sexual y alimenticios.
- Planeación familiar.

Rehabilitación:

- Apoyo emocional.
- Fomentar la relación binomio madre-hijo.
- Orientación acerca del tratamiento a seguir a la pareja.
- Orientación a la sociedad física y emocionalmente.
- Orientación sobre la alimentación del niño.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

EXAMEN CLINICO

I. HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA.

1. DATOS DE IDENTIFICACION.

Nombre M.D.A. Servicio Embarazo alto riesgo.
 No. de Cama 366 Fecha de Ingreso 12/junio/87.
 Edad 26 años Sexo femenino Estado Civil unión libre
 Escolaridad primaria Ocupación) hogar _____
 Religión católica Nacionalidad mexicana
 Lugar de procedencia Oaxaca, Oax.
 Domicilio Cerro Janet # 43, Col. Caracoles.

2. NIVEL Y CONDICIONES DE VIDA.

AMBIENTE FISICO.

Habitación:

Características físicas (iluminación, ventilación, etc)
Consta de una sola habitación construida de tabique, las pa
redes, techo de lámina de cartón, piso de concreto, cuenta con 1
foco y una ventana.
 Propia, familiar, rentada, otras: rentada

Tipo de construcción: _____

Número de habitaciones: 1 (Un cuarto grande)

Animales domésticos: Dos (un perro y un gato)

Servicios sanitarios:

Agua (intradomiciliaria, hidratante público, otros).
cuenta con una llave de agua extradomiciliaria.

Control de Basuras: La recolecta en bolsas de polietileno, hasta que pasa el camión recolector de basura.
 Eliminación de desechos (Drenaje, fosa séptica, letrina, otros).

Cuenta con un baño extradomiciliario, con drenaje funcionando.

Iluminación: Intradomiciliaria deficiente (60 Wats). Extradomiciliaria no hay iluminación.

Pavimentación: Se inicia la adaptación de banquetas para posteriormente realizar la pavimentación.

Vías de comunicación:

Teléfono No tiene.

Medios de transporte:

Realizan recorrido camiones de Santa Clara y peseros.

Recursos para la salud.

Acude a Centros de salud (SSa) y a Clínica Adscrita Clínica 76 I.M.S.S.

HABITOS HIGIENICOS.

Aseo: Baño (tipo, frecuencia) Cada tercer día.

No cuenta con regadera, por lo que calienta el agua bañándose dentro de la habitación.

De manos Antes de preparar los alimentos y después que va al baño.

Bucal 3 veces al día después de cada comida.

PROBLEMAS
DETECTADOS

Problema potencial

Cambio de ropa personal (parcial, total y frecuencia).

Cambio de ropa en cada baño, es total.

Alimentación:

PROBLEMAS DETECTADOS

Desayuno (horario, alimentos)

8:00 Hs. un vaso de leche, 2 huevos, 4 torti-
llas, frijoles, salsa.Comida (horario, alimentos) 15:00 Hs.Sopa de pasta, papas, frijoles, huevos, carne
cada 8 días.Cena (horarios y características) 19:00 Hs.Un vaso de leche, galletas u hojuelas de Maíz.

Alimentos que originen:

Preferencia: Pescado, bistec, pollo.Desagrado: carne de res.Intolerancia Ninguno aparentemente.Eliminación (horario y característi-
Micciona 3 veces al día sin
cas): Vesical regular cantidad de orina.Intestinal Defeca 2 veces al día sin esfuer-
sos ni molestias.

Descanso (tipo y frecuencia)

Quando está muy cansada, viendo T.V., recosta
da en la cama, dos veces a la semana.

Sueño (horario y características).

Duerme 8 Hs. de 23:00 a 7:00 Hrs.Diversión y/o deportes Acude a reuniones
sociales (fiestas) c/15 días no realiza nin-
gún deporte.Problema Potencial

Estudio y/o trabajo:

Trabaja en el hogar 7 horas de quehaceresdomésticos, teje por la tarde.

Otros _____

PROBLEMAS
DETECTADOS

COMPOSICION FAMILIAR:

PARENTESCO	EDAD	OCUPACION	PART. ECONOMICA
COMPANERO Esposo	30	Soldador	SEMANAL \$12,000.00
Hijo	10	Estudiante	-.-
Hijo	7	"	-.-
Hijo	5	"	-.-
Hijo	3	---	-.-

DINAMICA FAMILIAR.

Regular comunicaci3n entre convuges y menos entre padre e hijos, la madre es un tanto susceptible a enojarse con los integrantes de la familia, riñas constantes por problemas escolares. Salen cada 8 días a parques o visitas familiares.

Problema Real

DINAMICA SOCIAL.

No son muy buenas las relaciones entre personas cercanas a su domicilio y existen problemas con familiares. Los niños hacen amistad con niños de su edad.

Problema potencial

COMPORTAMIENTO (conducta) Trata de relacionarse bien con su familia como amiga, dando comprensi3n y cariño, le preocupa su situaci3n actual.

RUTINA COTIDIANA

PROBLEMAS
DETECTADOS

Lleva a los niños a la escuela, va con su mamá,
hace desayuno, va al mercado, hace comida, hace
comida, atiende a los niños al regreso a casa.
 3. PROBLEMA ACTUAL O PADECIMIENTO.

Problema padecimiento por el que se
 presenta:

Con dolor a nivel de abdomen en su parte in-
ferior, dolor tipo cólico, el cual se presen-
ta al hacer esfuerzos como cargar cubetas de
agua, lavar ropa, por lo que tuvo salidas de
líquido transvaginal en cantidad, olor desag.
Antecedentes personales patológicos.

Problema real.

Enfermedades de la infancia, escarlatina a los
11 años, amigdalitis continuas, grines frecuen-
tes, refiere desviación de tabique nasal.

Problema potencial

Antecedentes familiares patológicos.

Madre padece Diabetes Mellitus controlada con
hipoglucemientes tiene 58 años, hermana de 41
años diabética controlada, demás familiares
aparentemente sanos.
 Comprensión y/o comentario acerca del

Problema potencial

problema o padecimiento.

Se trata de problema ginecológico ocasionado
por hábitos deficientes en el cuidado del em-
barazo.
 Participación del paciente y la familia
 en el diagnóstico tratamiento y rehabi-
 litación Se manifiesta preocupación en torno
al desenlace final de su problema, es apoyada
firmemente por su esposo.

Problema real.

II. EXPLORACION FISICA

PROBLEMAS
DETECTADOS

Inspección:

Paciente sexo femenino con edad aparente a
la cronológica, consciente, bien ubicada en
tiempo y espacio, sin alteraciones en su perso
nalidad.

Aspecto emocional (estado de ánimo,
temperamento, emociones).

Alterada emocionalmente por la preocupación Problema real.
del estado de salud de su hijo.

Palpación.

Abdomen globoso por útero gestante, E.C.F. sin
alteraciones.

Percusión. Sin datos aparentes de patología

Auscultación Campos pulmonares bien venti-
lados. Puidos cardiacos de buena intensidad.

Medición, peso y talla. 70 kg. 1.54 mt.

III. DATOS COMPLEMENTARIOS.

EXAMENES DE LABORATORIO.

FECHA	TIPO	NORMALES	CIFRAS DEL PACIENTE	OBSERVACIONES
	Hb		11	
	Hto		35	
	MEB		31	
	Leucocitos		12,100	
	Linfocitos		20	
	Monocitos		2	
	segmentado		74	
	en abnda		4	
	gpo. y Rh		B negativo	

EXAMENES DE GABINETE. (otros)

T I P O	O B S E R V A C I O N E S
Cristalografía	Positivo.
(prueba del helecho)	
Signo de Tarnier	Positivo.
Glucosa.	Normal.

IV. PROBLEMAS DETECTADOS.

Dentro de la historia clínica se detectan problemas reales y potenciales tales como:

- Convivencia con animales (gato) durante el embarazo.
- Promiscuidad y hacinamiento.
- Mala nutrición.
- Salida de líquido transvaginal (RPM)
- Infección (aumento en el número de leucocitos y fiebre)
- Emocionalmente alterada por su situación actual preparto.

V. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

Paciente del sexo femenino, de edad aparente a la cronológica, bien orientada en tiempo y espacio, con coloración de tegumentos y mucosas bien hidratadas, cursando embarazo de 34 semanas de gestación con problema de Ruptura Prematura de Membrana de 15 horas de evolución y presencia de signos de infección (fiebre) bien conformada, sin alteraciones en su personalidad, sin datos de sufrimiento fetal. Aparentemente.

ELABORO _____

FECHA _____

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

PROBLEMA:

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.

ACCIONES DE ENFERMERIA:

- Preparación psicológica.

Explicar a la madre la magnitud del problema y la serie de procedimientos que se realizarán para evitar que el producto de la gestación sufra las consecuencias.

- Reposo absoluto.

Ya que se ha perdido la barrera de protección del feto y es más susceptible a traumatismos e infecciones.

- Evitar manipulaciones a nivel vagina.

Las membranas fetales protegen al feto contra infecciones, al perderse la continuidad de estas, existe el riesgo de contaminación que, aunado a tactos vaginales constantes favorece más a la proliferación de microorganismos patógenos.

EVALUACION:

- La paciente se mostró más tranquila y cooperadora en

todos los procedimientos y estudios que se le realizaron.

- Se logró evitar con estos movimientos que pudieran lesionar al producto por compresión.

- A pesar de evitarse el contacto manual de la vagina, la paciente presentó infección (corioamnionitis).

PROBLEMA.

CORIOAMNIONITIS.

ACCIONES DE ENFERMERIA:

- Preparación física para la realización de estudios que se realizarán para la corroboración de la ruptura prematura de membranas y datos de infección y estado de salud fetal.

. Cristalografía.

. Exploración ginecológica.

. Exámenes de laboratorio y gabinete.

. Ultrasonografía.

- Registro de signos vitales y frecuencia cardíaca fetal.

. Para valorar condiciones de salud materna y fetal.

- Instalar venoclisis.

Para mantener una vía permeable que sirva para la administración de medicamentos. Solución glucosa al 5% 500 cc.

- Administración de antibióticos.
Penicilina sódica cristalina 500,000 U. cada 4 horas I.V.
- Control de temperatura por medios físicos.
- Detección de sufrimiento fetal.

EVALUACION:

- Por medio de estos estudios se logró establecer o corroborar el diagnóstico de ruptura de membranas, así como también se definió el período de latencia, observándose una conducta pasiva y predispuesta a cooperar la paciente.

- Fue de gran importancia y utilidad el mantener una vía permeable, permitiendo la administración de antibióticos para evitar así mayores complicaciones.

- Se llevó un control de signos vitales y asimismo, se evitaron mayores problemas agregados, detectando en su momento la elevación de temperatura.

- Utilizando medios físicos se logró el descenso gradual de la temperatura evitando así molestias y otras alteraciones.

PROBLEMA.

INTERRUPCION DEL EMBARAZO.

ACCIONES DE ENFERMERIA.

- Preparación física y emocional de la paciente para el parto.
- . Explicación a la madre del inicio del trabajo de parto.
- . Retiro de prótesis dentales.
- . Quitar maquillaje, despintar y cortar uñas.
- . Tricotomía de la región.
- . Enema evacuante e indicación para que orine.
- . Educar a la paciente respecto a como respirar y como ayudar en el parto, aprovechando las contracciones uterinas sin realizar esfuerzos inútiles.
- Inducto conducción del trabajo de parto.
- . Oxitocina 5 unidades I.V. diluida en 5 U. de solución glucosada al 5% 500 cc.
- Vigilancia de la actividad uterina.
- . Cuantificar frecuencia e intensidad de las contracciones uterinas brindando apoyo y confianza a la madre.
- Colaboración con el equipo médico en la atención del parto.

EVALUACION:

- No se detectó ningún signo de sufrimiento fetal, manteniéndose la frecuencia cardíaca fetal dentro de límites normales.
- En términos generales hubo respuesta positiva a las indicaciones hechas a la paciente, predisposición y aprendizaje en cuanto a contracciones uterinas, llevándose a cabo un parto en óptimas condiciones y un buen desenlace, obteniéndose producto vivo sin problemas aparentes en su estado de salud, quedando la madre feliz y contenta de que todo haya salido bien.

PROBLEMA.

ALTERACION EMOCIONAL DEBIDO A LA PREOCUPACION POR EL ESTADO DE SU HIJO.

ACCIONES DE ENFERMERIA:

- Otorgar a la paciente un ambiente amigable brindando confianza y seguridad para que colabore psicológicamente en el tratamiento.

EVALUACION:

- Fue de gran importancia para la madre recibir comprensión

sión , al grado que depositó su confianza durante el tratamiento, tranquilizándose emocionalmente, mostrándose consciente de el posible resultado y la culminación de un proceso patológico, así como del bienestar de su hijo.

PROBLEMA.

DESCONOCIMIENTO DE LA PAREJA SOBRE LOS ACTUALES METODOS ANTICONCEPTIVOS.

ACCIONES DE ENFERMERIA:

- Charlas educativas a la pareja sobre métodos de anti-concepción.
- . Dando referencias de todos y cada uno de los métodos señalando ventajas y desventajas de éstos.

EVALUACION:

- Manifestaron gran interés a la exposición de la charla por lo que convinieron en adelante inclinarse en el uso de anticonceptivos, ella inyecciones, él condón.

PROBLEMA.

PROMISCUIDAD Y HACINAMIENTO EN EL HOGAR.

ACCIONES DE ENFERMERIA:

- Fomentar hábitos higiénicos.
- Educación acerca de lo perjudicial que es tanto para el recién nacido como para todos los integrantes de la familia, la convivencia con animales, ya que son portadores de enfermedades.

EVALUACION:

- Ya que le interesa el bienestar de su hijo y de su familia, está consciente en el problema latente que existe dentro de su hogar, por lo que acatará las indicaciones para evitar enfermedades.

C O N C L U S I O N E S .

Durante el transcurso de la enfermedad.

Desde el momento en que se inicia el problema patológico de la Ruptura Prematura de Membranas, nos damos cuenta de la importancia que conlleva el establecer un marco bien delimitado de detección de necesidades de la paciente, sea desde el punto de vista físico o psicológico, en donde nosotros miembros del equipo de salud, integrantes del grupo de profesionales en atención al paciente debemos delinear un plan donde contemple una acción o acciones para la satisfacción plena de la necesidad o problema que nuestro paciente manifieste. Tal es el caso de este estudio en proceso de atención de enfermería que, en cumplimiento de uno de los objetivos principales favorece a la realización de un plan de atención mediante el cual se le brindó solución a los problemas, culminando en la satisfacción de todas y cada una de las necesidades que la paciente manifestaba.

Hemos advertido mediante este estudio en Proceso de Atención de Enfermería, el manejo obstétrico tan diferente o tan variable que de acuerdo a una serie de factores que intervenían en cada paciente, era el tratamiento que se le brindaba, dichos factores consisten en: edad gestacional, paridad, duración del período de latencia (tiempo que dura desde el momento en que se rompen las membranas hasta el momen-

to en que inicia el trabajo de parto).

La información bibliográfica manejada dentro de esta patología es de gran utilidad para el conocimiento teórico de ésta, la cual está íntimamente relacionada a la práctica hospitalaria realizada.

Estoy de acuerdo desde el punto de vista personal en que debe de llevarse a cabo una recopilación bibliográfica profunda y un marco teórico bien delimitado, para llegar al conocimiento óptimo de dicha enfermedad, hablando teóricamente.

Asimismo, darle un enfoque máximo de importancia a las variables que se desean manejar para que de este modo se con tinúe el conocimiento dentro de una institución hospitalaria siendo de esta manera sea más lógico establecer un Plan de Atención de Enfermería donde se derivarán los cuidados al pa ciente de una forma óptima y eficaz que culminará en el cumplimiento de uno de los objetivos primordiales de este estudio que es la satisfacción plena de todas y cada una de las necesidades que manifiesta el paciente.

Puedo decir que dentro del tratamiento que se le dá a una paciente con Ruptura Prematura de Membranas, el papel

que el personal de enfermería desempeña durante este periodo es de gran importancia para la madre que ve en este personal el apoyo físico y emocional en el trayecto de su estancia hospitalaria.

Se trata entonces de demostrar a través de este estudio como influyen ciertos factores en el desarrollo de una enfermedad, dichos factores (algunos de ellos) pudieron en un momento dado ser evitados pero que sin embargo dado el desconocimiento por parte de la paciente, logran intervenir para que de esta manera se desencadene la enfermedad.

Dentro de la enfermería, se desarrollan diversas funciones tanto intelectuales como manuales, las cuales se enmarcan en tres: Investigación, Docencia y Administración.

Se van desarrollando para las nuevas generaciones técnicas y procedimientos que se llevarán a cabo dentro de los planes de Atención, modificando de esta manera la temática a seguir, pero sin perder de vista lo objetivo de la atención, dándole así solución a problemas y necesidades del paciente.

He implementado una hoja de evaluación de Enfermería donde se resaltan la mayoría de datos que consideré de importancia para evaluar en forma constante el desarrollo de

la patología (Ruptura Prematura de Membranas, complicado con corioamnionitis), se trató de llevar una secuencia lógica de los signos y síntomas que mediante la apreciación de enfermería se esperaba aparecieran durante el trayecto de la enfermedad y así poder establecer una relación teórico-práctica supuestamente esperada.

Considero que dentro de esta hoja de evaluación existieron datos que tomaron un curso de repetición continua pero que de alguna manera no se perdió el objetivo de poder detactar posibles problemas mediante la utilización de esta forma de control.

Esta hoja fue realizada tomando en cuenta la recopilación bibliográfica que determinó el marco teórico tomando en cuenta las variables que intervenían en la aparición y transcurso de la enfermedad.

El lector podrá considerar libremente la ausencia de otros datos que posiblemente no fueron contemplados, sin embargo, la tendencia a delimitar a través de este medio un plan de atención está apoyado en el hecho de que cada paciente conformado por las esferas biopsicosocial y de características peculiares sobre su medio ambiente, tendrá cierto tipo de necesidades a las que nosotros, integrantes del equipo in

terdisciplinario de salud, profesionales de enfermería debe
mos darle satisfacción.

Mediante este estudio de proceso de atención de enfermería se realizó una investigación tomando en cuenta los pasos del método científico utilizando métodos de recopilación de datos a través de fichas bibliográficas, apoyándonos también en interrogatorios directos a la paciente y revisión de expediente clínico en la institución hospitalaria Gineco 3 del Centro Médico La Raza; agradeciendo de antemano a las autoridades correspondientes por las facilidades y el apoyo brindado para la realización de este proceso de Atención de Enfermería.

R E F E R E N C I A S

- ANDERSON, Bárbara G. Obstetricia para la Enfermera.
3a.reimp. Buenos Aires, Edit.
Troquel, S. A., 1979, pp. 146.
- ASOCIACION MEXICANA DEL Ginecología y Obstetricia.2a.ed.
HOSPITAL DE GINECOOBSTE- Edit. Méndez Oteo, México, pp.
TRICIA # 3 I.M.S.S. 693.
- ASOCIACION NACIONAL DE Documentos Básicos sobre Proceso
ES de Atención de Enfermería, Méxi-
CUELAS DE ENFERMERIA, A.C. co, 1982, pp. 88.
- BAENA PAZ, Guillermina. Instrumento de Investigación.12a.
ed. 1a.reimp., México, Edit.Edi-
tores Mexicanos Unidos, 1984,
pp. 134.
- BECK, Alfred C.M.D. Práctica de Obstetricia de Beck.
4a.reimp., México, Edit. Inter-
americana, 1972, pp. 847.
- BEHRMAN, Richard E. Tratado de Neonatología. Buenos

- Aires Argentina, Edit. Médica Pa
namericana, 1976, pp. 683.
- BEISCHER, Norman A. Obstetricia Práctica. Trad. Dr.
Jesús Martín Maldonado Durán,
México, Edit. Nueva Editorial
Interamericana, S.A. 1981, pp.253.
- BERKOWITZ, Richard L. Embarazo de Alto Riesgo. Vol.2
1980, México, Edit. Nueva Editio
rial Interamericana, pp. 457.
- BUET, J. J. Educación Sexual, 2a. ed., Méxi
co, Edit. Interamericana, 1976.
238 pp.
- CARRERA, MACIA JOSE M. Tratado y Atlas de Operatoria
Obstétrica. Vol. III, Barcelona
Edit. Salvat, 1975, pp. 483.
- DEXENS, José M. El Nacimiento de un Niño. 5a.ed.
Barcelona, Edit. Salvat, 1979,
pp. 294.

- DEXEUS, S. Fisiología Obstétrica. Vol. II, Barcelona, Edit. Salvat, 1975, pp. 436.
- DIAZ DEL CASTILLO, Ernesto. Pediatría Perinatal, México, Nueva Edit. Interamericana, S.A. 1974, pp. 541.
- FREDERIK H. Meyers, Dr. Manual de Farmacología Clínica. 4a. ed., México, Edit. El Manual Moderno, S.A., 1980, pp. 869.
- GORDON, B. L. Lo Esencial de la Inmunología. 2a.ed. Trad. Dr. Armando Soto R., México, Edit. El Manual Moderno, 1975 pp. 289.
- GUYTON, C. Arthur Fisiología Médica, 4a.ed. México, Edit. Interamericana, 1980, pp.1034.
- IFFY - KAMINETZKY Obstetricia y Perinatología, Tomo II, Argentina, Edit. Médica Panamericana, 1985, pp. 939.

JOURNAL OF OBSTETRICS AND
GINECOLOGY.

The Management of Rh-Isosimmunization, Vol. LII, No. 1, E.E.U.U.
1978, pp. 1-15.

MARINER, Ann, R.N. pl.D.

El Proceso de Atención de Enfermería. México, Edit. El Manual Moderno, 1983, pp. 325.

Mc CARY JAMES, Leslie.

Sexualidad Humana, 3a. ed., México, Edit. El Manual Moderno, 1980
239 pp.

MARLOW, R. Dorothy

Enfermería Pediátrica, Trad. Dr. Homero Vela Treviño, México, Nueva Editorial Interamericana, S.A.
1981, pp. 828.

MONDRAGON CASTRO, Hector

Obstetricia Básica Ilustrada. México, Edit. Trillas, 1982, pp.665.

MORAN, AGUILAR Victoria.

Proceso de Atención de Enfermería, Asoc. Nal. de Escuelas de Enfermería, A. C., México, 1975
pp. 68.

PHILIP B. Mead.

Clínicas de Perinatología,

Vol. II, 1980, Edit. Interamericana.

PRITCHARD, JACK A. -

Mac DONALD, C. Paul.

Obstetricia Williams. Trad. Asunción Mauri Mas, Jose Aspach Plana, Monserrat Sierra Soler, 2a. ed. México, Edit. Salvat, Mexicana de Ediciones, S.A. de C.V. pp. 967.

RALPH, C. Bensor Dr.

Manual de Ginecología y Obstetricia, 5a.ed., México, Edit. El Manual Moderno, S.A. pp. 730.

RODRIGUEZ PINTO, Mario.

Anatomía, Fisiología e Higiene. 7a.ed., México, Edit. Progreso, 1971, pp. 223.

SCOTT R., James.

Isoinmunización en el Embarazo.
Clínicas Obstétricas y Ginecológicas, Vol. II, México, 1982, Edit. Interamericana, pp. 373.

SHOLTIS, BRUNNER Lillian, Enfermería Práctica. Trad. Dr.
Smith, Suddath, Doris, Arnulfo Ramos, México, Nueva
Editorial Interamericana, S.A.
pp. 983.

A N E X O S

UNIVERSIDAD NACIONAL
ESCUELA NACIONAL DE ENF
HOJA DE EVALUACION A PACIENTE
COMPLICADA CON CIRIOAMNIO

Nombre del paciente: M.D.A. Edad 26 Ocupación Hogar Escolaridad Primaria
Estado Civil: Unión libre Religión católica Fecha de Ingreso 12 junio/82 Servicio 3er piso
No. de Cama 366 Peso 70 kg. Talla 1.51 Edad del Conyuge 32 años ocupación soldador
Escolaridad Primaria
Antecedentes Gineco Obstétricos;
Telarca: 13 años Pubarca 13 años Menarca 14 años Ritmo 6x50 características indiferente
IUSA: 15 años Frecuencia 4 x semana Control del Embarazo Ninguno Gesta VI
Para V Aborto 0 Cesárea 0 Fecha último parto, 10 agosto de 1981
Características Parto domicilio Fecha inicio última menstruación 17 octubre de 1980
Fecha probable de parto 24 de julio de 1982 Edad Gestacional 34 semanas
Altura fondo uterino 35 cm Situación del feto longitudinal Presentación cefálica
Posición - - - - Frecuencia cardíaca fetal 155 por min. Loc. cuadrante superior derecho
Diagnóstico Médico Embarazo de 34-35 semanas Diagnóstico de Enfermería Paciente que cursa embarazo
ruptura prematura de membranas, de 38 horas de evolución de 34-35 semanas de gestación, presentando
sin datos de infección, aparentemente. datos de infección (hipertemia, salida lí-
quido transvaginal fétido.
Se realizó tacto vaginal Si () No (X) Hora - - Dilatación - - Borramiento - -
Posición del producto - - - Prurito en genitales Si (X) No ()
Molestias para orinar Si (X) No () Secreciones vaginales Si (X) No ()

AUTONOMA DE MEXICO

ERMERIA Y OBSTETRICIA

CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA

NITIS EN EL SERVICIO DE:

SIGNOS Y SINTOMAS. 12 de junio de 1987.

Características de la piel: Buena coloración (X) Regular coloración () Palidez ()

Mucosas. (oral - conjuntivas) Bien hidratada (X) Regular hidratación () Secas ()

Signos vitales: Pulso 90 Respiración 24 Temperatura 36.6 T. A. 120/80

¿Hubo Ruptura prematura de membranas? Si (X) No () Fecha 11/Junio Hora 19:00

Método para comprobar la Ruptura prematura de membranas.

Visualización directa con espejo vaginal (X) Prueba de Nitrazina ()

Laboratorio () Otros especifique (X) Cristalograffa

Características del líquido amniótico: Meconial () Sanguinolento () Normal (X)

Abundante () Regular cantidad (X) Escaso () Fétido () Olor característico a esperma (X)

Qué desencadenó la Ruptura prematura de membranas: Traumatismo () Coito ()

Exploración vaginal manual () Armada () Irrigación vaginal con cánula ()

Versión por maniobras externas () Ruptura espontánea (X)

Inicio trabajo de parto después de la ruptura de membranas?

Si () No (X) Contracciones: Frecuencia _____ - Duración _____ -

Hubo inducción del trabajo de parto?.

Si () No (X) Fecha _____ Hora _____ Con qué _____

Fétido Si () No (X) Normal Si (X) No () Abundante Si () No (X)
 Escaso Si (X) No () Amarillento Si () No (X) Sanguinolento Si () No (X)
 Tapón mucoso Si () No (X).

S I G N O S V I T A L E S

Maternos:

Pulso: 90 por minuto
 Respiración: 24 por minuto
 Temperatura: 36.6°C
 Tensión arterial: 120/80

Fetales:

Frecuencia cardíaca fetal: 140 por min.
 Movimientos fetales: Si (X) No ()
 Situación: Longitudinal
 Presentación: Cefálica
 Posición: -
 Grado de encajamiento: No.

APRECIACION DE ENFERMERIA

PRIMER TURNO

Paciente femenino que cursa RM de 15 hrs. de de evolución, sin trabajo de parto, tranquila afebril sin datos de infección. Sin datos de sufrimiento fetal.
 Presenta preocupación por el estado del pro-
 ducto.

SEGUNDO TURNO

TRATAMIENTO

MEDICAMENTO
 Penicilina sódica cristalina
 Sol. glucosada al 5 % 500 cc
 Dieta normal
 Cuidados generales de enfermería.

DOSIS
 5 millones c/4 horas.
 500 cc

TERCER TURNO

VIA
 Intravenosa
 "

EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE

FECHA: 12 de junio de 1987 ESTUDIO REALIZADO: BH Cruce Coombs indirecto
Cristalografía

R E S U L T A D O S: 12 de junio de 1987.

Hc- 11 Hto /35 QMG - 31 Leucocitos 12,100 Linfocitos - 20 Monocitos - 2
segmentados 74 en banda 4 GPo y Rh B Negativo.
COOMBS negativo

CARACTERISTICAS DEL PARTO:

UNIVERSIDAD NACIONAL
ESCUELA NACIONAL DE ENF
HOJA DE EVALUACION A PACIENTE
COMPLICADA CON CIRIOAMNIO

Nombre del paciente: M.D.A. Edad 26 Ocupación Hogar Escolaridad Primaria
Estado Civil: Unión libre Religión Católica Fecha de Ingreso 12/Jun./87 Servicio Admisión
No. de Cama Peso 70 Kg Talla 1.54 M. Edad del Conyuge 30 ocupación Soldador
Escolaridad. Primaria

Antecedentes Gineco Obstétricos;

Telarca: 13 años Pubarca 13 años Menarca 14 años Ritmo 6x30 características Eumenorreica

IUSA: 15 años Frecuencia 4 x semana Control del Embarazo Ninguno Gesta VI

Para V Aborto 0 Cesárea 0 Fecha último parto. 10 agosto 1984

Características Domiciliario Fecha inicio última menstruación 17 octubre de 1986

Fecha probable de parto 24 de julio de 1987 Edad Gestacional 34 semanas

Altura fondo uterino 35 cm Situación del feto Longitudinal Presentación Cefálica

Posición - Frecuencia cardiaca fetal 140 por min. Loc. Cuadrante superior derecho

Diagnóstico Médico Embarazo de 34 semanas, ruptura Diagnóstico de Enfermería Paciente sexo femenino

Prematura de membrana de 15 horas de evolución de edad aparente a la cronológica,

Probable amnionitis. conformada, con buena coloración de tegu-

Se realizó tacto vaginal Si (X) No () Hora 9:00 Dilatación no Borramiento no
mentos cursa embarazo de 34 semans.

Posición del producto No hay encajamiento Prurito en genitales Si () No (X)

Molestias para orinar Si () No (X) Secreciones vaginales Si (X) No ()

AUTONOMA DE MEXICO
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA
ATENDIDA EN EL SERVICIO DE:

SIGNOS Y SINTOMAS. 13 de junio de 1987.

Características de la piel: Buena coloración () Regular coloración () Palidez ()
Mucosas. (oral - conjuntivas) Bien hidratada () Regular hidratación () Secas ()

Signos vitales: Pulso 90 Respiración 26 Temperatura 37.8°C T. A. 110/70
¿Hubo Ruptura prematura de membranas? Si () No () Fecha 11 junio/87 Hora 19:00 Hs.

Método para comprobar la Ruptura prematura de membranas.

Visualización directa con espejo vaginal () Prueba de Nitrazina ()
Laboratorio () Otros especifique () Cristalografía

Características del líquido amniótico: Meconial () Sanguinolento () Normal ()
Abundante () Regular cantidad () Escaso () Fétido () Olor característico a esperma ()

Qué desencadenó la Ruptura prematura de membranas: Traumatismo () Coito ()

Exploración vaginal manual () Armada () Irrigación vaginal con cánula ()

Versión por maniobras externas () Ruptura espontánea ()

Inició trabajo de parto después de la ruptura de membranas?

Si () No () Contracciones : Frecuencia - - Duración - -

Hubo inducción del trabajo de parto?.

Si () No () Fecha 13/VI/87 Hora 17:00 Hs. Con qué 5 U. de oxitocina.

Fétido Si (X) No () Normal Si () No (X) Abundante Si (X) No ()
 Escaso Si () No (X) Amarillento Si (X) No () Sanguinolento Si () No (X)
 Tapón mucoso Si () No (X).

S I G N O S V I T A L E S

Maternos:

Pulso: 90 por minuto
 Respiración: 26 por minuto
 Temperatura: 37.8° C
 Tensión arterial: 110/7-

Fetales:

Frecuencia cardíaca fetal: 138 por min.
 Movimientos fetales: Si (X) No ()
 Situación: Longitudinal
 Presentación: Ceflica
 Posición: - - -
 Grado de encajamiento: No

APRECIACION DE ENFERMERIA

PRIMER TURNO

SEGUNDO TURNO

TERCER TURNO

Paciente femenina que cursa con embarazo y ruptura de membranas de 40 horas de evolución, con datos de infección (corioamnionitis), sin datos de sufrimiento fetal, se inicia inducto conducción de trabajo de parto.

TRATAMIENTO

MEDICAMENTO

DOSIS

VIA

Penicilina sódica cristalina
 Sol. glucosada al 5 %
 Oxitocina
 Ayuno

5 millones c/4 horas
 500 ml.
 5 unidades

Intravenosa
 "
 "

Cuidados de enfermería pre-parto.

EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE

FECHA: _____ ESTUDIO REALIZADO: _____

RESULTADOS:

CARACTERISTICAS DEL PARTO:

UNIVERSIDAD NACIONAL
ESCUELA NACIONAL DE ENF
HOJA DE EVALUACION A PACIENTE
COMPLICADA CON CIRIOAMNIO

Nombre del paciente: M.D.A. Edad 26 años Ocupación hogar Escolaridad Primaria
Estado Civil: Unión libre Religión católica Fecha de Ingreso 12/1/87 Servicio Ser. Piso
No. de Cama 366 Peso 65 kg. Talla 1.54 mts. Edad del Conyuge 30 años cupación soldador
Escolaridad primaria

Antecedentes Gineco Obstétricos;

Telarca: 15 años Pubarca 13 años Menarca 14 años Ritmo bx50 características menorreica

IUSA: 15 años Frecuencia 4 por semana Control del Embarazo ninguno Gesta VI

Para VI Aborto 0 Cesárea 0 Fecha último parto. 10 agosto de 1981

Características parto domicilio Fecha inicio última menstruación 17 de octubre de 1986

Fecha probable de parto 24 de julio de 1987 Edad Gestacional 34-35 semanas de gestación

Altura fondo uterino 20 cm Situación del feto - - Presentación - -

Posición - - - Frecuencia cardíaca fetal - - - Loc. - - -

Diagnóstico Médico Puerperio fisiológico Diagnóstico de Enfermería Pac. femenino cursando puerperio fisiológico, tranquila, afebril, buena involución uterina, sangrado transvaginal escaso.

Se realizó tacto vaginal Si (X) No () Hora 5:20 Dilatación - Borramiento -

Posición del producto - Prurito en genitales Si () No (X)

Molestias para orinar Si () No (X) Secreciones vaginales Si (X) No ()

AUTONOMA DE MEXICO

HERNERIA Y OBSTETRICIA

CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA

NITIS EN EL SERVICIO DE:

SIGNOS Y SINTOMAS. 14 de junio de 1987.

Características de la piel: Buena coloración () Regular coloración () Palidez (X)
Mucosas. (oral - conjuntivas) Bien hidratada () Regular hidratación () Secas (X)

Signos vitales: Pulso 80 Respiración 18 Temperatura 36.7 °C T. A. 110/70

¿Hubo Ruptura prematura de membranas? Si (X) No () Fecha 11/VI/87 Hora 19:00 Hs.

Método para comprobar la Ruptura prematura de membranas.

Visualización directa con espejo vaginal (X) Prueba de Nitrazina ()
Laboratorio () Otros especifique (X) Cristalografía

Características del líquido amniótico: Meconial () Sanguinolento () Normal (X)
Abundante () Regular cantidad () Escaso (X) Fétido (X) Olor característico a esperma ()

Qué desencadenó la Ruptura prematura de membranas: Traumatismo () Coito ()
Exploración vaginal manual () Armada () Irrigación vaginal con cánula ()
Versión por maniobras externas () Ruptura espontánea (X)

Inició trabajo de parto después de la ruptura de membranas?

Si () No (X) Contracciones: Frecuencia _____ Duración _____

Hubo inducción del trabajo de parto?.

Si (X) No () Fecha 13/VI Hora 17:00 Hs. Con qué oxitocina 5 unidades.

Fétido Si () No (X) Normal Si (X) No () Abundante Si () No (X)
Escaso Si (X) No () Amarillento Si (X) No () Sanguinolento Si (X) No ()
Tapón mucoso Si () No (X).

S I G N O S V I T A L E S

Maternos:

Pulso: 80 por minuto
Respiración: 18 por min.
Temperatura: 36.7° C
Tensión arterial:

Fetales:

Frecuencia cardíaca fetal: 120 por min.
Movimientos fetales: Si () No (X)
Situación: /
Presentación: - -
Posición: / - -
Grado de encajamiento: - -

APRECIACION DE ENFERMERIA

PRIMER TURNO

Paciente sexo femenino cursando primeras horas postparto eutócico, tranquila, afebril y canalizando gases, con palidez de tegumentos y resquebramiento de mucosas, con buena involución uterina, sangrado transvaginal escaso. Miembros pélvicos sin problema.

SEGUNDO TURNO

TRATAMIENTO

MEDICAMENTO

Penicilina sódica cristalina
Neo melubrina
Dicta blanda
Deambulación precoz asistida.
Cambio de apósito.
Vigilar sangrado transvaginal.

DOSIS

2 millones c/8 horas
500 mg. PRN

TERCER TURNO

VIA

Intravenosa
oral

EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE

FECHA: 14 de junio de 1987 ESTUDIO REALIZADO: BH de rutina.
General de orina.

RESULTADOS:

Hb- 10 Hto- 33 Leucocitos - 10,500
pH- 8 Protefnas neg. Glucosa neg. acetona neg. bilirrubina neg. hemoglobina traza
sedimento-menos de 10 leucos por campo.

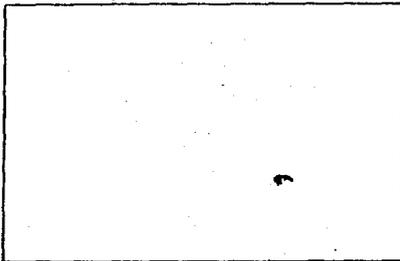
CARACTERISTICAS DEL PARTO:

Eutócico (VER PARTOGRAMA)



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SUBDIRECCION GENERAL MEDICA

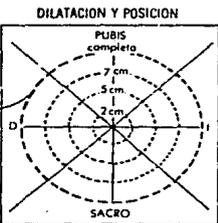
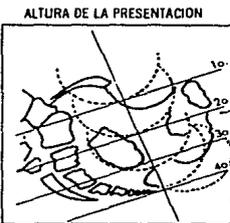
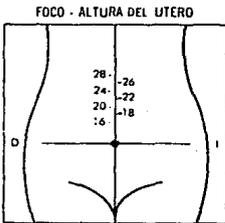
VIGILANCIA Y ATENCION DEL PARTO



EXPLORACION EN ADMISION

FECHA 12-VI-87 HORA 12:25 NOMBRE M. D. A.
 EDAD 27 años GESTACIONES VI PARTOS V CESAREAS - ABORTOS -
 F.U.M. 17 - Oct. - 86 INICIO DE CONTRACCIONES CON DOLOR: FECHA _____ HORA _____
 PULSO 90 TEMP 36 TENSION ARTERIAL 100/60 RESP. 24

EDEMA No SANGRADO No CANTIDAD LIQUIDO AMNIOTICO Disminuido
 CONTRACCIONES EN 10 MINUTOS Esporádicas TONO UTERINO Normal
 OTROS DATOS RPM a la 3 Hs.
 MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS Tarnier positivo.



BOLSA: INTEGRAL No ROTA si
 A LAS 3:00 Hs. HS.
 ASPECTO LIQUIDO AMNIOTICO: claro

LATIDOS POR MINUTO 136 x' CUELLO UTERINO sin borramiento
 INTENSIDAD (- -) + + + RITMO _____
 IMPRESION DIAGNOSTICA Embarazo de 34 - 35 semanas
RPM de 10 hs. sin amnionitis.

OBSERVACIONES Sube a piso.
Nódulo IV

firma del medico

PARTO

INICIO DEL PRIMER P. DE I. DE P.		HORA	DIA	MES	INICIO DEL SEGUNDO P. DE T. DE P.			HORA	DIA	MES					
RUPTURA DE BOLSA	ARTIFICIAL <input type="checkbox"/> ESPONTANEA <input checked="" type="checkbox"/>	3:00	12	VI/87	PASO A LA SALA DE PARTOS										
NACIMIENTO		5:20	13	VI/87											
TIPO DE PARTO		Eutócico.													
VARIEDAD DE POSICION															
LACERACIONES DE PERINE Y VAGINA No															
REVISION DE CUELLO		SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	LACERACION		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	INCISION		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	SUTURA		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>				
EPISIOTOMIA TIPO		O	TAMANO		-		PROLONGACION				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
ALUMBRAMIENTO A LAS		6:00	HS.	ESPONTANEO <input checked="" type="checkbox"/>		DIRIGIDO <input type="checkbox"/>		EXTRACCION MANUAL			<input type="checkbox"/>				
PLACENTA COMPLETA <input checked="" type="checkbox"/>		INCOMPLETA <input type="checkbox"/>		ANORMALIDADES							No.				
MEMBRANAS COMPLETAS											SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SITIO DE RUPTURA			
CORDON NUDOS		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	CIRCULARES		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	INSERCIÓN		Normal		LONGITUD		45	CMS		
ANORMALIDADES											No				
MEDICACION TERCER P. DE T. DE P.					20 U. de oxitocina			DURACION TOTAL DEL T. DE P.							
PERDIDA DE SANGRE ANTES DEL T. DE P.			ML.		EN 1o. Y 2o. P. DEL T. DE P.			ML.							
EN 3o. P. DEL T. DE P.		ML.		EN PUERPERIO INMEDIATO			ML.		PERDIDA TOTAL			ML.			
ANALGESIA		general													
ANESTESICO:			DURACION:				ANESTESIOLOGO								
COMPLICACIONES											No				
PRODUCTO SEXO:		Masc.		PESO:		2750		LONGITUD:		50		EDAD DEL EMBARAZO:		34-35 sem.	
PRODUCTO VIVO <input type="checkbox"/>		RESPIRACION EMPEZO A LOS			10 seg.		MINUTOS DESPUES DEL PARTO		ESPONTANEA		SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
RESUCITACION CON				LLORO		SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		A LOS				MINUTOS			
PRODUCTO MUERTO <input type="checkbox"/>			CAUSA			HORA		DIA		MES					
ANTEPARTUM <input type="checkbox"/>		INTRAPARTUM <input type="checkbox"/>		CAPUT		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		MOLDEAMIENTO				SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>			
ANOMALIAS (TIPO)		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		TRAUMATISMO (TIPO)		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>									
OBSERVACIONES											8 - 9 Apgar				
											Revisión de cavidad.				
AYUDANTE											MEDICO				
CONDICION DEL POSTPARTO INMEDIATO															
HORA	ALT. FONDO UT.		CONSIST. FONDO UT.		HEMORRAGIA		P.	T.A.		MEDICACION					

SALIO DE LA SALA DE PARTOS A

HORA

DIA

MES