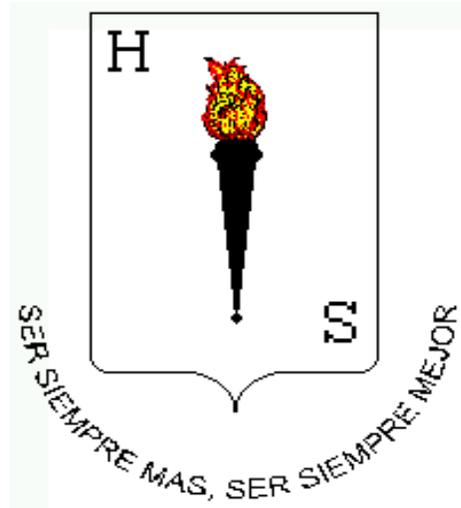


ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE
NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CLAVE: 8722



TESIS

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:

BRENDA NATIVIDAD MAYA PÉREZ

ASESORA EN TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Le doy gracias Dios por haberme dado la oportunidad de traerme por este camino de servicio a los demás, por darme la inteligencia, y fortaleza para culminar esta etapa de mi vida que marca un paso importante en ella.

Agradezco a mis padres ALFREDO MAYA GONZÁLEZ Y TERESA PÉREZ REYES por ser mi fortaleza y por hacer que cada día que estuve en el salón de clases valiera la pena, lo que cosecharon ahora empieza a dar frutos.

A mi hermana LIZBETH por el apoyo que me ha brindado en todos los ámbitos a lo largo de esta travesía.

A la escuela por haberme dado la oportunidad de conocer muchas personas de las cuales me llevo grandes amigas y compañeras de trabajo.

Reír a menudo y mucho

Ganar el respeto de gente inteligente y el cariño de los niños

Encontrar lo mejor en los demás

*Conseguir el aprecio de críticos honestos y aguantar la traición de
falsos amigos*

Apreciar la belleza

Dejar el mundo un poco mejor

*Saber que por lo menos una vida ha respirado mejor porque tú has
vivido.*

Eso es tener éxito.

Ralph Waldo Emerson

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

CONTENIDO

RESUMEN	III
INTRODUCCIÓN	IV
CAPÍTULO I	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	2
1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	3
1.3 OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN	3
1.4 JUSTIFICACIÓN	4
1.5 VIABILIDAD	4
CAPÍTULO II	5
MARCO TEÓRICO	6
2.1 CIENCIAS DE LA SALUD	6
2.2 MEDICINA	6
2.3 GINECOLOGÍA	6
2.4 OBSTETRICIA	7
2.4.1 EMBARAZO	7
2.4.2 PARTO	7
2.5 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	8
2.5.1 CAUSAS DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	8
2.5.2 FACTORES DE RIESGO DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	9
2.5.3 EPIDEMIOLOGÍA	10
2.5.4 FISIOPATOLOGÍA	11
2.5.5 SIGNOS Y SINTOMAS	12
2.5.6 CLASIFICACION DE RPM	13
2.5.7 COMPLICACIONES	13
2.6 CORIOAMNIOITIS	14
2.7 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS POR INFECCIONES	18
2.7.1 PRINCIPALES INFECCIONES	19
2.8 INFECCIONES VAGINALES	20

2.8.1 VAGINOSIS BACTERIANA	20
2.8.2 TRICOMONIASIS	22
2.8.3 CANDIDIASIS VAGINAL	23
2.8.4 INFECCIÓN POR ESTREPTOCOCO DEL GRUPO B.....	23
2.8.5 GONORREA.....	24
2.9 ENFERMERÍA	25
2.9.1 CONCEPTO DE ENFERMERÍA	26
2.9.2 ENFERMERÍA SEGÚN LA OMS	26
2.9.3 ENFERMERÍA OBSTETRICA	26
2.9.4 TEORÍA DE ENFERMERÍA	27
2.9.5 CUIDADOS DE ENFERMERÍA	28
2.9.6 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL EMBARAZO	30
2.9.7 CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA LAS INFECCIONES VAGINALES .	31
2.10 HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD.....	35
2.11 EXPEDIENTE CLÍNICO.....	38
CAPÍTULO III	41
ALCANCE Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	42
CAPÍTULO IV.....	43
HIPÓTESIS	44
4.1 DESCRIPCIÓN DE LA HIPÓTESIS	44
4.2 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES	44
4.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LA HIPÓTESIS	44
4.4 CONSTRUCCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	46
CAPÍTULO V.....	48
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	49
CAPÍTULO VI.....	51
RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS	52
CAPÍTULO VII.....	58
CONCLUSIONES	59
BIBLIOGRAFÍA	60

RESUMEN

La ruptura prematura de membranas (RPM) es el rompimiento espontáneo de las membranas fetales antes del inicio del trabajo de parto en cualquier edad de la gestación. La RPM anterior al término ocurre antes de la semana 37 del embarazo. La RPM posee una incidencia en todas gestaciones cercana al 8% y por lo regular sucede al término.

La RPM puede ser causada por diferentes aspectos los cuales puede ser por algún traumatismo golpe o caída que la madre haya sufrido durante el periodo de embarazo, por la debilidad de las membranas amnióticas, el uso del dispositivo intrauterio (DIU), tener relaciones sexuales en los últimos meses de embarazo, y por algunas infecciones que es el tema a abordar, destacar cuales son las infecciones que propician que las membranas amnióticas se rompan.

Una infección que se presente en el embarazo puede ser de grave riesgo para la madre como para el feto ya que ambos pueden llegar a sufrir muerte si no es tratada a tiempo.

Las complicaciones más comunes que existen en la RPM en la madre es la corioamnionitis que es la infección intramniótica esta es provocada por la ruptura de las membranas amnióticas ya sea de forma natural o artificial. En el rompimiento de membranas artificial es por medio de un amniotomo y puede ser para hacer una amniocentesis lo que ayudara al feto a no tener exceso de líquido amniótico si las membranas son rotas sin la adecuada asepsia puede surgir la corioamnionitis que dañara severamente a la madre llegándole a causar la muerte

En el feto si no es tratada a temprana hora la ruptura de membranas puede presentar sufrimiento fetal, hipoxia, oligohidramnios, prolapso de cordón, sepsis neonatal y finalmente la muerte.

INTRODUCCIÓN

La siguiente investigación cuenta con ocho capítulos los cuales iré describiendo uno a uno.

En el capítulo I se encuentra el planteamiento del problema, en el cual se describe por qué se decidió elegir el tema de Ruptura Prematura de Membranas y quienes fueron los sujetos de investigación se encontrara la pregunta de investigación, los objetivos, la justificación, viabilidad y las limitaciones que se produjeron en el proceso de investigación.

El capítulo II es el marco teórico en el cual se inicia la investigación de un plano general que a lo largo del proceso ira bajando su nivel hasta llegar a algo particular y que es el de interés para la investigación. Se habla del tema elegido, las causas que lo provocan, las complicaciones que surgen a raíz de la RPM, epidemiología, fisiopatología, las principales infecciones que provocan la ruptura de las membranas intramnióticas, posteriormente se brindan alternativas para el personal de enfermería de cómo actuar ante un caso de RPM.

Se menciona brevemente lo que es el expediente clínico, el Hospital de Nuestra Señora de la Salud sitio en donde se realizó la investigación), la enfermería y en qué modelo y teoría se basó la investigación.

El capítulo III se encuentra el diseño y el alcance de la investigación, se describe el tipo de investigación que se realizó, el cómo y qué medios se utilizaron para poder darle forma.

El capítulo IV se encuentra la descripción de la hipótesis, se clasifica y definen las variables, se realiza la operacionalización de la hipótesis y finalmente se encuentra el cuestionario que fue el instrumento de medición empleado para la investigación.

El capítulo V se describe el diseño de la investigación y tamaño de la muestra, se realiza la comprobación de hipótesis. El sujeto de investigación es descrito y se da una breve descripción de la cual fue la dinámica para la realización de las encuestas, a cuantas personas se les realizo y en general como fue el proceso.

El capítulo VII muestra la recolección y análisis de los datos por medio de graficas en las cuales se brinda una breve conclusión de los resultados obtenidos.

Las conclusiones se encuentran en el capítulo VII en las cuales se hace referencia de los puntos más importantes que se obtuvieron a lo largo del proceso de la investigación.

Finalmente se encuentran los datos biográficos que fueron utilizados para la elaboración de dicha investigación.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

En general el objetivo de esta investigación es dar a conocer las infecciones más comunes que presenta la mujer embarazada con ruptura prematura de membranas en edad de 20 a 30 años en el hospital de nuestra señora de la salud. Este padecimiento puede ser peligroso para la madre como para el feto ya que los dos pueden sufrir varias secuelas que los dejaran marcados para el resto de sus vidas.

El sujeto de investigación son las mujeres embarazadas que durante el embarazo presentan Ruptura Prematura de Membranas con edad de 20 a 30 años de edad que asisten al hospital de nuestra señora de la salud.

Los antecedentes de la investigación se basan en la poca información que existe sobre las infecciones que originan la ruptura prematura de membranas en el embarazo después de las 20 semanas de gestación, es común encontrar entre los factores predisponentes de ruptura prematura de membranas los traumatismos, tabaquismo, dispositivo intrauterino o relaciones sexuales, también se menciona como factor de riesgo las infecciones pero no se mencionan que tipo de bacterias la originan, de ahí surge el interés por conocer que infecciones son las más comunes que originan que haya debilitamiento de las membranas y posteriormente la ruptura.

Mi perspectiva del problema es ¿porque es importante conocer cuáles son las infecciones que provocan ruptura prematura de membranas? Muchas mujeres durante su embarazo no llevan un control prenatal adecuado, algunas inician muy bien pero a lo largo del embarazo dejan de ir a las consultas y pierden secuencia de su propio estado y de el de su bebe lo que les impide saber si durante el embarazo están cursando con algún tipo de infección, es importante que toda

mujer embarazada acuda a revisiones periódicas durante el embarazo para detectar alguna anomalía que pueda afectar al feto o a la misma madre más adelante.

Esta investigación ayudara a todas las mujeres embarazadas para saber qué hacer y cómo tratar alguna infección que se presente durante el embarazo y que la misma no progrese y cause ruptura prematura de membranas evitando así las complicaciones fetales y maternas. Aportará conocimiento a la población en general especialmente a las mujeres embarazadas de 20 a 30 años de que hacer en caso de que se presente la ruptura de membranas

1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las infecciones más comunes que propician la ruptura prematura de membranas en mujeres de 20 a 30 años en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud?

1.3 OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar las infecciones más comunes que propician la Ruptura Prematura de Membranas en mujeres de 20 a 30 años en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud

OBJETIVO ESPECÍFICO:

- Identificar el factor de riesgo infeccioso que genera una ruptura prematura de membranas en la mujer embarazada de 20 a 30 años

1.4 JUSTIFICACIÓN

El motivo por el cual se decidió realizar esta investigación es para dar a conocer el factor infeccioso con mayor predisposición a ocasionar una ruptura prematura de membranas a mujeres en edad reproductiva y brindar un plan de cuidados de enfermería para poder prevenir cualquier infección que ponga en riesgo el embarazo y la vida de la madre y del feto.

1.5 VIABILIDAD

La siguiente investigación es viable ya que se contó con los recursos materiales, económicos y humanos.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

MARCO TEÓRICO

2.1 CIENCIAS DE LA SALUD (Manual de la Enfermería Natural 2005)

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

Las Ciencias de la Salud se organizan en dos vertientes:

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

Ambas vertientes se reúnen para lograr el amplio propósito de: mantener, reponer y mejorar la salud y el bienestar; prevenir, tratar y erradicar enfermedades; y comprender mejor los complejos procesos vitales de los organismos animales y humanos relacionados con la vida, la salud y sus alteraciones (enfermedad).

2.2 MEDICINA (Barua et al 1996)

La medicina ha sido definida corrientemente como “la ciencia que tiene por objeto la conservación y el restablecimiento de la salud”, o “el arte de prevenir, cuidar y asistir en la curación de la enfermedad”, o finalmente, “la ciencia de curar y precaver las enfermedades”. (Barua et al, 1996)

2.3 GINECOLOGÍA (Apuntes Obstetricia 2012)

Es la rama de la medicina que estudia a la mujer fuera del embarazo.

2.4 OBSTETRICIA (Apuntes Obstetricia 2012)

Es la rama de la medicina encargada del estudio de la mujer embarazada que incluye el embarazo, el parto y el puerperio

2.4.1 EMBARAZO

El embarazo es el estado materno que consiste en llevar un feto en desarrollo dentro del cuerpo. El producto de la concepción desde la fecundación hasta la octava semana y hasta el parto se llama feto (L.Pernoll S.F)

2.4.2 PARTO (Secretaria de salud, 2001)

El parto es el conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del producto, la placenta y sus anexos por vía vaginal. Se divide en tres periodos: Dilatación, Expulsión y Alumbramiento.

El parto, en función a la edad gestacional del feto, se clasifica en:

- **Parto pretérmino:** expulsión del feto fuera del organismo materno cuando tiene una edad gestacional entre 22 y menos de 37 semanas.
- **Parto a término:** expulsión del feto fuera del organismo materno cuando tiene una edad gestacional entre 37 y menos de 42 semanas.
- **Parto posttérmino:** expulsión del feto fuera del organismo materno cuando tiene una edad gestacional de 42 semanas o más.

2.5 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (Parsons y Pellacy S.F)

La ruptura prematura de membranas es el rompimiento espontaneo de las membranas fetales antes del inicio del trabajo de parto en cualquier edad de la gestación. La RPM anterior al término ocurre antes de la semana 37 del embarazo. La RPM posee una incidencia en todas gestaciones cercana al 8% y por lo regular sucede al término. La RPM antes de término se presenta en un 2% de las ocasiones.

El líquido amniótico que rodea al feto en desarrollo se produce principalmente trascendencia del cordón umbilical y trasudación a través de la piel fetal, al inicio del embarazo, y por la orina y por liquido pulmonar fetales en las etapas tardías de la gestación. Durante todo el embarazo hay un recambio continuo de líquido con vida media de unas tres horas. El líquido que rodea al feto es importante para el desarrollo de sus pulmones, movimiento de los miembros, intercambio de calor protección del cordón umbilical y prevención de compresiones. Cuando se rompen las membranas fetales pueden alterarse estos mecanismos protectores si se pierde el líquido. Además, se establece una puerta de entradas para bacterias vaginales y en consecuencia se presenta un riesgo de corioamnionitis e infección fetal. Por último la ruptura suele conducir al inicio del trabajo de parto.

2.5.1 CAUSAS DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

(Parsons y Pellacy S.F)

Las membranas fetales están formadas por el amnios y el corion. El amnios es la capa más interna y aunque más delgada, tiene mayor fuerza que el corion-, este último está unido en su superficie externa a la decidua capsular. El equilibrio de factores intrínsecos regula la síntesis y degradación de tejido conjuntivo en ambas membranas. Existen enzimas llamadas metaloproteinasas que destruyen los componentes de la matriz extracelular. Asimismo, hay inhibidores de estas

enzimas. Hacia el término predomina el metabolismo proteolítico de la matriz extracelular del amnios y el corion, disminuye la concentración de colágena en las membranas y se debilitan estas últimas. Al parecer, las membranas que se rompen prematuramente tienen una debilidad o adelgazamiento más focales que generales.-

2.5.2 FACTORES DE RIESGO DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

El riesgo de la ruptura prematura de membranas antes de término aumenta dos a cuatro veces en mujeres que han padecido esta alteración en un embarazo anterior. Además, también tienen mayor riesgo las mujeres con un parto prematuro previo, con o sin Ruptura Prematura de Membranas. En varios estudios se ha encontrado que las personas con hemorragia en el primero o segundo trimestres poseen un riesgo significativamente mayor. La hemorragia puede resultar de placentación anormal o desprendimiento prematuro. Un procedimiento quirúrgico cervical previo, incluido la conización, incompetencia cervical y dos o más terminaciones electivas del embarazo también incrementan el riesgo. El estudio de NICHD de predicción antes del tiempo se halló que un cérvix corto era el mejor indicador de RPM antes del término. La distensión excesiva del útero por gestaciones múltiples o poli hidramnios aumenta el riesgo. La única enfermedad del tejido conjuntivo relacionada con incremento de la RPM antes del término es la de Leisch Nyhan.- (Parsons y Pellacy S.F)

El peligro de la RPM antes de término es hasta dos veces mayor en mujeres que fuman durante el embarazo y aparentemente el riesgo aumenta en forma dependiente de la dosis. Algunos informes indican que la deficiencia de zinc y ácido ascórbico incrementa el riesgo, pero en la mayor parte de los estudios no se ha encontrado un patrón consistente de los factores de riesgo nutricionales (Parsons y Pellacy S.F)

Recientemente, se han investigado otros factores como la apoptosis y señales fetales endocrinas en la génesis de la RPM y en el inicio de trabajo de parto. (Ahued et al S.F)

Las membranas fetales están formadas por aposición del amnios y del corion. En el amnios deriva del citotrofoblasto y consiste en un epitelio de células cuboides o columnares con numerosas vellosidades en la porción apical y en los bordes laterales. Estas microvellosidades favorecen las uniones intracelulares, estableciendo una barrera a microorganismos y células inflamatorias. La capa compacta, adyacente al epitelio es una capa compacta responsable de la fuerza tensil del amnios. La capa esponjosa se interpone entre el amnios y el corion, lo cual le permite al amnios cierta libertad para deslizarse sobre el corion, que se encuentra fijo. El corion tiene varias capas de colágena; la más externa está adherida a la decidua capsular. (Ahued et al S.F)

Estudios histológicos del sitio de ruptura han demostrado una zona de morfología alterada, caracterizada por engrosamiento del citotrofoblasto y de la decidua y rompimiento de las interconexiones entre el amnios y el corion. En esta zona se ha encontrado disminución de la colágena tipo I, II y III y aumento de la tenascina, al cual se expresa durante la remodelación tisular. Esta zona de debilitamiento tensil se ha localizado cerca del cérvix antes del inicio del trabajo de parto. Con las contracciones uterinas aumenta la presión intrauterina, ejerciéndose mayor presión sobre la zona debilitada y culminando con al RPM (Ahued et al S.F)

2.5.3 EPIDEMIOLOGÍA (Ahued et al S.F)

La incidencia de la RPM es de 5 al 15% de todos los embarazos de termino y en 2 a 3.5 % de los embarazos pretérmino.

A pesar de la baja prevalencia en los embarazos menores de 37 semanas de gestación, 30 a 40% de los neonatos nacidos prematuramente tienen como

antecedente RPM haciendo de esta la principal causa identificable de parto pretérmino.

La RPM es responsable de 20% de la mortalidad perinatal, sobre todo cuando ocurre antes de las 32 semanas de gestación. Afortunadamente, el riesgo de muerte materna por esta patología ha disminuido de 0.2% a 0.03%.

La rotura prematura de membranas es la salida del líquido amniótico después de las 20 semanas de gestación y antes del inicio del trabajo de parto. Puede dividirse en rotura a término o pretérmino. Aunque el límite de viabilidad ha descendiendo en los últimos decenios, la rotura prematura de membranas se clasifica en previsible (antes de la semana 23 de gestación), remota (entre la semana 24 y 32 de gestación) o cerca del término (entre la semana 33 y 36 de gestación). La rotura prematura de membranas a término ocurre en 8 a 10% de las mujeres embarazadas, mientras que la pretérmino en 1%, esta última ocasiona alrededor de 30 a 40% de los nacimientos pretérmino.

2.5.4 FISIOPATOLOGÍA

Las membranas ovulares se forman por la oposición del amnios y del corion. El amnios está formado por un epitelio que mira hacia la cavidad amniótica, que es una capa compacta responsables de la fuerza del mismo y una capa esponjosa que lo separa del corion. El corion contiene varias capas de colágenos que, en su mayoría, están muy unidas a la decidua capsular. Debido a su contenido de elastina, las membranas ovulares tienen la capacidad de adaptarse a las deformaciones con una recuperación rápida de su estado original, lo que les permite permanecer indemsa pesar de los movimientos maternos y fetales. (Aller y Pages S.F)

En la RPM se piensa que existe una debilidad local de las membranas por una infección ascendente que, frecuentemente, es subclínica y que ha sido

asociado con una disminución de las fibras de colágeno, una alteración de su patrón normal ondulado y aun depósito de material amorfo entre las fibras. (Bou-Resli et al, 1981, referenciado por Aller y Pages S.F)

En los casos de RPM, los microorganismos aislados en líquido amniótico son similares a aquellos que, normalmente se encuentran en el tracto genital inferior y que, en orden de frecuencia, son: *Ureplasma Urealyticum*, *Mycoplasma Hominis*, *Streptococcus* β -hemolítico, *Fusobacterium* y *Gardnerella vaginalis*; aunque las infecciones polimicrobianas se han encontrado en el 32% de los casos (Romero et al, 1992 referenciado por Aller y Pages S.F) La invasión microbiana de la cavidad uterina puede debilitar las membranas por un efecto directo de las bacterias o indirectamente, por la activación de los mecanismos de defensa como los neutrófilos y los macrófagos.

Cuando los microorganismos actúan en forma directa, producen enzimas que son capaces de degradar las proteínas por lo que son llamados proteasas. Entre estas enzimas se encuentran las colagenasas que degradan el colágeno contenido en la membrana y predisponen a su ruptura; los microorganismos también pueden activar los macrófagos de la decidua, los cuales son la primera línea de defensa del huésped contra infección y también activar la liberación de citoquinas, tales como la interleuquinas 1, 6 y 8. Estas interleuquinas estimulan, o solo la actividad de la proteasa, son también la producción de prostaglandinas que estimulan las contracciones uterinas que ocurren en el inicio del trabajo de parto. (Romero and Ghidni, 1993 referenciado por Aller y Pages S.F.)

2.5.5 SIGNOS Y SINTOMAS (Brena S.F)

Los signos por medio de los cuales nos podemos dar cuenta que existe RPM son generalmente salida de líquido por la vulva es de instalación brusca sin causa aparente, indolora, continua, pero puede ser en cantidad variable que depende del sitio y amplitud de la ruptura y de la edad del embarazo.

Aumenta con el ortostatismo, la deambulaci3n, los cambios de posici3n, las contracciones uterinas y con el rechazamiento y desplazamiento lateral de la presentaci3n.

El aspecto del l3quido amni3tico es traslucido, opalescente, a veces lechoso, con olor a esperma, en ocasiones contiene vermix caseoso, lanugo o meconio, elementos que por s3 solos confirman el diagnostico de manera irrefutable.

2.5.6 CLASIFICACION DE RPM (Olguin S.F)

La RPM se puede clasificar en artificial y espontanea; la primera cuando se utiliza un amniotomo llam3ndose el procedimiento amniotom3a y amniorrexis a la salida de l3quido amni3tico, la segunda cuando sucede sin la participaci3n del m3dico.

Por el sitio en que ocurre, la RPM puede ser alta cuando sucede por arriba del orificio interno cervical y baja cuando ocurre en la luz del mismo. Se conoce como RPM completa cuando el amnios y el corion presentan una soluci3n de continuidad en el mismo lugar e incompleta cuando las capas se rompen en sitios diferentes.

2.5.7 COMPLICACIONES

Las complicaciones de esta patolog3a pueden llegar a ser muy severas, pues pueden ocasionar endometritis puerperal, endometritis, pelviperitonitis e inclusive una septicemia puerperal (Ram3rez 2002)

Es com3n la infecci3n materna o corioamnionitis, en las que las bacterias invaden y causan inflamaci3n de las membranas antes del parto. (Ram3rez 2002)

La corioamnionitis cl3nica ocurre en cerca del 10 al 20% de personas con RPM antes del t3rmino. Otras complicaciones maternas del RPM antes del t3rmino

son la endometritis posparto, que puede ir precedida o no corioamnionitis. (Parsons y Pellacy S.F)

La infección es una causa mayor de morbilidad neonatal y las causas bacterianas más frecuentes de sepsis son Streptococcus del grupo B y Escherichia coli. (Parsons y Pellacy S.F)

El desprendimiento prematuro de la placenta, prolapso o compresión del cordón umbilical puede causar sufrimiento fetal. La incidencia de prolapso del cordón umbilical en la RPM antes del término se estima en 2% y depende de la presentación del feto; La compresión del cordón umbilical también puede ocurrir con el prolapso del cordón o ser secundaria a oligohidramnios. La incidencia de sufrimiento fetal en el trabajo de parto que da lugar a una cesárea es más de tres veces mayor en pacientes con RPM antes del término que en el trabajo de parto prematuro con membranas intactas y se acompaña más a menudo de desaceleraciones variables graves por compresión del cordón. (Parsons y Pellacy S.F)

El oligohidramnios grave por más de 14 días antes de la semana 25 de gestación se acompaña de una mortalidad neonatal anticipada mayor del 90%. Las deformaciones dismórficas por compresión y la hipoplasia pulmonar son problemas importantes de la rotura prolongada de las membranas. En un estudio de Rotschild se determinó que si la rotura de las membranas ocurría a la semana 19 de gestación o antes, el 50% de los fetos tenía hipoplasia pulmonar (Parsons y Pellacy S.F)

2.6 CORIOAMNIOITIS (Brena S.F)

La corioamnioitis es la infección localizada a las membranas corioamnióticas de embarazos mayores de 20 semanas de gestación, en el 95% al 98% de los casos es secundaria la RPM.

En la actualidad los gérmenes que con mayor frecuencia resultan responsables de esta infección son: los gram negativos, los anaerobios y los cocos, los segundos cada día se reportan con mayor frecuencia el enterococo, estreptococo, neumococo, estafilococo y gonococo. Solo en raras ocasiones se detectan monilias, clostridium bacilo de Koch, virus etc.

Se consideran dos grandes grupos de causas de la patogenia de la infección corioamnióticas:

- CAUSAS PREDISponentES. La más frecuente es la Ruptura Prematura de Membranas. Le siguen en orden de importancia, la administración profiláctica de antibióticos, las hemorragias del tercer trimestre del embarazo, la diabetes y la toxemia.

- CAUSAS DESENCADENANTES. Lo primordial de estas causas son las exploraciones vaginales, repetidas o sépticas durante el control de la Ruptura Prematura de Membranas. Secundariamente participan la amniocentesis, el coito y las duchas cervicovaginales.

La corioamnioitis puede clasificarse en tres formas:

- CORIOAMNIOITIS POTENCIAL O LATENTE. La consideramos así, cuando la ruptura prematura de membranas de más de 6 horas de evolución está asociada a alguna o varias de las causas predisponentes.

- CORIOAMNIOITIS ASINTOMÁTICA. Se fundamenta por la detección de gérmenes patógenos en el cultivo de líquidos amnióticos, en la identificación de signos infecciosos en el estudio histológico de la placenta, membranas, cordón umbilical y de los óbitos y en el estudio clínico del recién nacido.

- CORIOAMNIOITIS SINTOMÁTICA. A su vez se divide en tres:

- Leve. Cuando existiendo ruptura prematura de membranas, hay febrícula, taquisfigmia, líquido amniótico fétido, trastornos leves de la frecuencia cardiaca.
- Moderada. Cuando hay fiebre de 38 a 40°C, la taquisfigmia de 100 a 120, el líquido amniótico fétido, y con alteraciones macroscópicas, útero doloroso, alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal y trastornos de la contractilidad uterina especialmente hipo – oligosistolia.
- Severa. Cuando hay fiebre de más de 40°, taquisfigmia, mayor de 120, líquido amniótico purulento, muerte fetal intraútero, shock bacterémico e infección peritoneal.

El diagnóstico se hace en base al cuadro clínico. Se confirma con el cultivo del líquido amniótico o retrospectivamente con el estudio histológico de cordón, placenta, membranas y de los óbitos. Se sospecha al determinar infección del recién nacido.

La corioamnionitis se acompaña de mayor número de distocias que la ruptura prematura de membranas, pues a la influencia de ésta sobre el embarazo se agregan trastornos del tono y la contractilidad uterina ocasionados por el edema e infiltración del miometrio.

Dentro de las complicaciones maternas relacionadas con corioamnionitis se encuentra la endometritis, infecciones de heridas quirúrgicas, retención de restos placentarios post parto y post cesárea, las más graves son el shock bacterémico e infecciones peritoneales.

Las complicaciones maternas con cierta frecuencia obligan a practicar cirugía mutilante del tipo de la histerectomía con salpingooforectomía bilateral en pacientes jóvenes y sin descendencia.

La complicación fetal más frecuente es la prematuridad, desde luego mucho más elevada que la ruptura prematura de membranas. También son importantes las complicaciones infecciosas que en orden de importancia tenemos: neumonía intraútero, bronconeumonía del recién nacido, septicemia, infecciones intestinales, pielonefritis, conjuntivitis, piodermatitis y rinitis.

En los casos que no ha sido posible evitar la corioamnionitis, o en los que ya estaba presente, se aconseja la interrupción inmediata del embarazo. Se aconseja la histerectomía en bloque en pacientes con embarazos de cualquier edad con óbito y corioamnionitis grave, cuando las pacientes tengan por lo menos un hijo vivo normal. En los casos en los que el proceso séptico se acompaña de shock endotóxico, independientemente de los antecedentes de edad y paridad. En amnionitis moderada, óbito en grandes multíparas debe valorarse esta misma técnica quirúrgica. En embarazos menores de 28 semanas con producto vivo y corioamnionitis grave con shock, también está indicada la histerectomía en bloque.

La cesárea histerectomía programada se aconseja en pacientes con producto vivo, mayor de 28 semanas y corioamnionitis grave con shock independientemente de la paridad y en corioamnionitis grave sin shock, en grandes multíparas.

El tratamiento antimicrobiano debe basarse en el resultado del antimicrobiograma. Teniendo cuidado siempre de escoger el antibiótico, que por experiencia tenga menos efectos colaterales, tanto para el feto como para la madre, con el fin de frenar el proceso, mientras se logra la interrupción del embarazo.

Se recomienda iniciar el tratamiento con alguno de los siguientes antibióticos: ampicilina, carbencilina, metampicilina, cefalosporina, cloranfenicol, clindamicina y con menos frecuencia la penicilina sódica cristalina.

Una vez evacuado el útero, si hay complicaciones sépticas maternas y estas no son controladas con los anteriores antibióticos, con cierta libertad se pueden utilizar otros como la colimicina, kanamicina, gentamicina, etc. (Brena)

2.7 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS POR INFECCIONES

(Parsons y Pellacy S.F)

Se han relacionado las infecciones de las vías genitales inferiores con un incremento de RPM antes del término e incluyen las causadas por *Streptococcus* de grupo B, *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* y la vaginosis bacteriana.

Al parecer, los efectos de *Streptococcus* de grupo B (SGB) en la RPM se relacionan con el número de bacterias que existen. La presencia de SGB en la vagina en un cultivo no incrementa el riesgo de RPM antes del término, pero la invasión vaginal intensa (crecimiento en las placas primarias) y la bacteriuria por SGB se han vinculado con RPM antes del término.

Los datos de sobre la intervención de *Chlamydia* en la RPM antes del término son contradictorios. Varios estudios han relacionado a *Chlamydia* como un factor de RPM antes del término. Sweet y colaboradores observaron que la RPM antes del término no era más común en cultivos clamidiales positivos, pero que era más frecuente si la IgM sérica era positiva. En otros estudios no se ha identificado esta relación. En un estudio de casos y controles, Ekwo encontró que las mujeres positivas para gonorrea tenían 7.6 veces mayores probabilidad de RPM antes del término, pero que el riesgo no era mayor pacientes con *Chlamydia*.

Otros patógenos de las vías genitales que alteran el ambiente y el pH vaginales incluyen *Bacteroides fragilis* y otros y otros anaerobios, *Trichomonas vaginalis* y la vaginosis bacteriana.

Hay varios mecanismos por los que las bacterias podrían aumentar la incidencia de RPM. Los microorganismos pueden producir proteasa y fosfolipasa, que pueden debilitar la membrana. Se ha demostrado in vitro que los neutrófilos activados reducen la tensión y la elasticidad de las membranas al estallamiento. Además la respuesta a las citosinas mediadas por el huésped puede tener una función etiológica. Gómez y Romero concluyeron que la patogenia de la RPM antes del término y el trabajo de parto prematuro pueden considerarse expresiones del mismo fenómeno básico, la activación del sistema de macrófagos de defensa del huésped. Estos especialistas plantean que si la relación del huésped da por resultado una actividad preferencial que conduce a la secreción de agentes uterotónicos, como las prostaglandinas, se presenta un trabajo de parto prematuro. Sin embargo, cuando la activación de la respuesta al huésped provoca principalmente la producción de proteasas, es más probable que las pacientes tengan RPM.

2.7.1 PRINCIPALES INFECCIONES (Cabrero S.F)

La vía de infección causante de la RPM puede ser ascendente a través del canal cervical (sin duda la más frecuente), hematógena (trasplacentaria), canicular (tubárica) y por medio de procedimientos invasivos tales como la amniocentesis. Cordocentesis, transfusiones intrauterinas.

La larga lista de gérmenes causantes de infecciones cervicovaginales:

Neisseria gonorrhoeae, *Chlamydia trachomatis*, *Gardnerellavaginalis*, *Mycoplasma vaginalis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Trichomonas vaginalis*, *Cándida albicans*, *Streptococo grupo B*, *Fusobacterium*, *Estafilococo aureus* y herpes simple.

Han sido encontrados posteriormente en el líquido amniótico. Pero durante los últimos 15 años, la disbacteriosis con aumento de anaerobios, denominada

vaginosis bacteriana, ha sido relacionada de forma constante con un incremento de parto pretérmino y con RPM desde que Gravett (1986) y, posteriormente, Mc Donald (1992), Mc Gregor (1994) y Hiller (1995) publicaron esta asociación. Los estudios de intervención tratando la disbacteriosis, ya sea con clindamicina local o general o con metronidazol, han confirmado que son capaces de disminuir el parto pretérmino y la RPM pero solo en los casos de riesgo y no en la población general

2.8 INFECCIONES VAGINALES (Aller y Pages S.F)

Durante el embarazo, la mayoría de las mujeres experimentan un incremento en las secreciones cérvico- vaginales que, por lo general, son cremosas y claras.

La mayoría de las mujeres experimentan un incremento en las alto contenido de lactobacilos, abundantes células epiteliales, pocos leucocitos tienen pH ácido. Esta es una respuesta normal a la estimulación hormonal durante el embarazo y protege a la mujer de otras infecciones (Minkoff et al, 1984 referenciado por Aller y Pagés S/F)

Las alteraciones de la flora normal se pueden deber a varios factores como son: uso de antibióticos de amplio espectro, desinfectantes, desodorantes y patógenos de transmisión sexual que pueden llevar a vaginitis severas con pérdida de la flora cérvico- vaginal normal y aumento de la incidencia de abortos espontáneos, ruptura prematura de membranas, parto pretérmino e infecciones en postparto.

2.8.1 VAGINOSIS BACTERIANA (Parsons y Pellacy S.F)

La vaginosis bacteriana, es una infección superficial de la vagina que se caracteriza por aumento de la flora anaeróbica sin que exista una respuesta inflamatoria, de allí el término de vaginosis y no el de vaginitis. Esta condición ha

sido denominada con diversos nombres: vaginitis no específica, vaginitis por gardnerella, vaginitis bacteriana mixta y vaginosis anaeróbica. En 1955, Gardner y Duke identificaron un microorganismo que posteriormente se denominó Gardnerella Vaginalis, que se aísla en la vagina de más de 95% de las pacientes con esta condición y en 60% de pacientes asintomáticas.

Existen ciertos microorganismos anaerobios como: Bacteroides, Peptococcus, Eubacterium, Bifidobacterium, Mobiluncus, Streptococcus viridans, y Mycoplasma hominis que se encuentran como componentes de la flora vaginal normal, al igual que la Gardnerella Vaginalis, aumenta en la vaginosis bacteriana. Las enzimas de los anaerobios, trimetilamina, putrescina, y cadaverina, metabolizan los aminoácidos en diversas aminas que producen un aumento del pH vaginal y una descamación del epitelio que se manifiesta en la forma de un flujo. A medida que el pH aumenta, las aminas se hacen volátiles y se hace evidente el olor típico a “pescado”, que puede empeorar luego de las relaciones sexuales. También ocurre una disminución en el número de lactobacilos (Hill et al, 1984 referenciado por Aller y Pagés)

Entre los factores que favorecen la aparición de esta infección se encuentran los siguientes: relaciones sexuales, infección concomitante por Trichomona Vaginalis y uso de dispositivos intrauterinos. Sin embargo, aún no se ha establecido que sea una enfermedad de transmisión sexual. Aproximadamente el 50% de las pacientes son asintomáticas y, cuando los síntomas están presentes, la queja más frecuente es el “olor a pescado”. El diagnóstico se basa en la presencia de tres de los siguientes cuatro criterios (Sobel, 1989 referenciado por Aller y Pagés)

1.- Flujo fino homogéneo adherente a las paredes de la vagina a menudo presente en el introito.

2.- pH vaginal mayor de 4.5

3.- Presencia de olor a amina con la adición de KOH al 10%

4.- Presencia de abundantes cocobacilos y escasos lactobacilos en las secreciones vaginales.

La vaginosis bacteriana se ha relacionado con: RPM, parto pretérmino, corioamnionitis diagnosticada histológicamente y mayor incidencia de endometritis postcesárea, por lo que, debido a una alta tasa de infección en mujeres asintomáticas, se ha recomendado el despistaje de vaginosis bacteriana en los controles prenatales iniciales (Govender et al, 1996 referenciado por Aller y Pagés)

2.8.2 TRICOMONIASIS

La *Trichomona Vaginalis* es un protozoo flagelado que ha sido reconocido como un patógeno vaginal desde comienzos de los 90'. Este organismo se encuentra únicamente en el tracto genito-urinario inferior del hombre. Es un germen anaerobio estricto que se puede desarrollar con un pH que varía desde 3.5 a 8.0, aunque la movilidad se altera cuando el pH es mayor de 4.5. Se transmite por contacto sexual y un 80% de las parejas de hombres infectados contraen la infección (Thomason and Gelbart, 1989 referenciado por Aller y Pagés S/F)

Aproximadamente, el 50% de las pacientes son asintomáticas. El síntoma más importante es el aumento de flujo vaginal, que se presenta en el 10% de los casos, también puede haber prurito, sobre todo, luego de la menstruación cuando el pH es más alto, y disuria. Al examen ginecológico la vulva puede estar edematosa y en 2% a 3% de las pacientes se puede observar hemorragias puntiformes en el epitelio cervical, que producen el llamado "cuello de fresa" o "colpitis tigróide" El pH, generalmente, es mayor de 4.5. En las mujeres embarazadas se han señalado los siguientes síntomas: flujo amarillo grisáceo o

sanguinolento procedente de la vagina o el cuello, olor anormal luego de añadir KOH a la muestra vaginal, pH vaginal mayor de 5.0 y cuello friable (Pastorek et al, referenciado por Aller y Pagés S/F)

2.8.3 CANDIDIASIS VAGINAL

En la mayoría de las mujeres, las levaduras se encuentran como microorganismos comensales en la vagina sin producir enfermedad; sin embargo, existen alteraciones en el ecosistema vaginal que le permiten proliferar y desarrollar una vaginitis. Entre los gènes causales de esta alteración vaginal se encuentran el uso de antibióticos como penicilinas, cefalosporinas y tetraciclinas, que originan una disminución de los lactobacilos y condiciones como la diabetes, el embarazo y el uso de anticonceptivos orales con elevada concentración de estrógenos, que producen un aumento del glucógeno vaginal que favorece el desarrollo de candidiasis (Sobel, 1989 referenciado por Aller y Pagés) La alteración de la inmunidad mediada por células asociada con el embarazo puede contribuir al aumento de la candidiasis en este periodo(Rein, 1989 referenciado por Aller y Pagés)

Los síntomas incluyen prurito, sensación de quemadura en la vagina o la vulva y puede haber disuria. La vulva y la vagina pueden estar eritematosas y haber lesiones satélites en la periferia del eritema vulvar, se observa un flujo que varía en apariencia pero que, generalmente, es blanco y adherente. El diagnóstico se realiza con el examen en fresco o con preparaciones de hidróxido de potasio, en las que se pueden observar hifas o esporas.

2.8.4 INFECCIÓN POR ESTREPTOCOCCO DEL GRUPO B

La infección por *Streptococcus agalactiae* del grupo B del tipo β - hemolítico, conocido como *Streptococcus agalactiae*, es de gran importancia debido al elevado número de casos de infección neonatal que ocurre anualmente, que exceden el número de

casos de toxoplasmosis congénita, rubeola, sífilis y herpes. Además de esto, la tasa de mortalidad es muy elevada y puede producir secuelas neurológicas permanentes en un 50% de los casos. La colonización asintomática del tracto genital ocurre en 2.3% a 28% de las mujeres embarazadas, lo cual no difiere de las no embarazadas. Las tasas de colonización son más elevadas en el tercio inferior de la vagina que en el cérvix y la transmisión vertical ocurre en 42% a 72% de niños de madres colonizadas, la tasa de infección sintomática de estos niños es de 1%. Entre los factores de riesgo para la colonización del tracto genital se encuentran: edad menor de 20 años, baja paridad, múltiples parejas sexuales y diabetes (Eriksen and Blanco, 1993 referenciado por Aller y Pagés)

Las manifestaciones clínicas se pueden presentar tanto en el parto como en el postparto en forma de corioamnionitis, RPM, parto pretérmino y endometritis postparto o postcesárea. También se ha asociado con infecciones neonatales que pueden ser de comienzo temprano, si se presentan en los primeros siete días del nacimiento, y tardías, si se presentan luego de la primera semana de vida. En las primeras, manifestaciones más frecuentes son bacteriuria, sepsis, infección pulmonar y meningitis, con una elevada mortalidad, que se hace más marcada en los niños pretérmino. Los factores de riesgo para estas infecciones son prematuridad, ruptura prematura de membranas mayor de 18 horas, temperatura materna mayor a 38°C en el parto y en embarazos anteriores con colonización de la madre por Estreptococo del grupo B. Las infecciones tardías se pueden manifestar en la forma de meningitis, con una mortalidad menor que las tempranas, pero con una elevada frecuencia de secuelas neurológicas (Aller y Pages S.F)

2.8.5 GONORREA (Aller y Pages S.F)

Es otra enfermedad venérea de gran importancia epidemiológica específica del ser humano. Esta ampliamente extendida en el mundo y su incidencia anual se debe principalmente a los contactos de los portadores asintomáticos. El agente

etiológico es al *Neisseria gonorrhoeae*, que es un coco Gram – que generalmente se agrupa en pares, mide aproximadamente 0.8 micras de diámetro, tiene forma de riñón no son móviles y se localizan intracelularmente. Invade rápidamente las mucosas del tracto genital y urinario tanto del hombre como la mujer así como las conjuntivas del producto. Raramente invade articulaciones dando lugar a la artritis monoarticular. La más frecuente es sintomatología urinaria baja, caracterizada por disuria, polaquiuria y tenesmo vesical. En el 80% en las mujeres es asintomática, sin embargo en el otro 20% se puede presentar inflamación pélvica crónica, leucorrea, disuria y fiebre. La mayor parte de las skenitis y bartholinitis pueden ser consideradas originadas por diplococos.

El diagnóstico se establece al encontrar diplococos gramnegativos en el interior de los leucocitos polimorfonucleares en muestras de exudados vaginales, cervicales o uretrales que se comprueba al tener cultivos positivos en el medio de Thayer-Martin. También se puede cultivar de muestras provenientes de mucosas oral, rectal, faríngea, sangre y líquido sinovial.

Se le considera responsable de la ruptura prematura de membranas, corioamnioitis y sepsis del producto. La blenorragia neonatal más frecuente es al que se adquiere al atravesar el producto el canal de parto, ocasionándole conjuntivitis, otitis externa y vulvovaginitis.

2.9 ENFERMERÍA

Ciencia que comprende los conocimientos, actividades y aptitudes necesarios para entender correctamente las necesidades del individuo; grupo y comunidad, referentes a la salud, su conservación y promoción y su restablecimiento. (Manual de la Enfermería 2005)

2.9.1 CONCEPTO DE ENFERMERÍA

La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación. . (Manual de la Enfermería 2005)

2.9.2 ENFERMERÍA SEGÚN LA OMS

La enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal. (Manual de la Enfermería 2005)

2.9.3 ENFERMERÍA OBSTETRICA

Es la persona que se encarga del cuidado de la salud de las mujeres durante el embarazo, de la asistencia al parto y seguimiento del postparto, así como también de la regulación de la fecundidad. Es un término derivado del latín que, a pesar de no tener forma masculina aceptada, es el más utilizado, y existen también los sinónimos comadrón/comadrona y partero/partera. Además de la asistencia a la mujer embarazada, son personas también capacitadas para prestar atención ginecológica a mujeres en general en la asesoría en planificación familiar y en la atención durante la menopausia. (Secretaría de Salud 2005)

2.9.4 TEORÍA DE ENFERMERÍA. (King y Wieck 1985)

Orem nació en Baltimore, Maryland en 1934, y se educó con las Hijas de la Caridad de S. Vicente de Paúl, Se graduó en 1930.

Dentro de su trayectoria como teórica no influyó ninguna enfermera más que otra, sino que fue el conjunto de todas con las que había tenido contacto, y la experiencia de las mismas lo que le sirvió de fuente teórica.

Orem define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí:

- a) Teoría del Autocuidado
- b) Teoría del déficit de autocuidado
- c) Teoría de los sistemas de enfermería

Orem define el objetivo de la enfermería como: “Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad”. Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede autocuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que Orem propone se basan en la relación de ayuda y suplencia de la enfermera hacia el paciente y son:

1. Actuar en lugar de la persona, por ejemplo en el caso del enfermo inconsciente.

2. Ayudar u orientar a la persona ayudada, por ejemplo dar recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.

3. Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada por ejemplo aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.

4. Promover un entorno favorable al desarrollo personal por ejemplo medidas de higiene en las escuelas.

5. Enseñar a la persona que se ayuda, por ejemplo, la educación a un enfermo colostomizado en cuanto a la higiene que debe realizar.

Esta investigación está basada en la teoría del autocuidado y de cómo la enfermera participa para prevenir, promover y brindar atención adecuada a las mujeres embarazadas que presentan alguna infección vaginal.

Dorothea Orem define a la enfermería como aquella que proporciona a las personas y a los grupos de asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

2.9.5 CUIDADOS DE ENFERMERÍA. (King y Weick 1984)

Los cuidados de enfermería son aquellos que se le brindan al individuo para que lleve a cabo y mantenga por sí mismo las acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.

La enfermera juega un rol de actividades que debe aplicar al individuo para que este entienda cual es el propósito de la práctica enfermeril. Es tarea de las enfermeras: Fomentar los conocimientos sobre conservación de la salud y la prevención de enfermedades, hacer participar al paciente en sus cuidados de

enfermería en el hospital, ampliar la información y conocimientos del enfermo sobre su estado, ayudar al paciente a ajustarse al estrés durante la enfermedad y preparar al sujeto para su alta hospitalaria.

La enfermera tiene a su disposición muchas técnicas de enseñanza, a saber, el arte del interrogatorio, las conferencias, los comentarios en grupos reducidos, la relación entre una persona y otra, y otros métodos.

La enfermera y el paciente analizan los errores, de aprendizaje, diagnostican los problemas del educando y luego procuran ayudarlo a satisfacer sus necesidades.

La enfermera debe conocer al paciente, esto es, sus capacidades, campos de mejoría, necesidades y objetivos.

Las experiencias de aprendizaje deben planearse por la enfermera y el paciente juntos, para dar experiencias satisfactorias y significativas al individuo. Estas experiencias de aprendizaje planeadas deben producir cierto grado de logro para la enfermera así como para el paciente. Cuando las técnicas de enseñanza son variadas y se dirigen a la formación total del paciente, es más probable que se realice la responsabilidad personal del aprendizaje eficaz.

Las personas aprenden mejor por experiencias concretas, pertinentes y sobre todo de primera mano que producen pensamiento crítico, descubrimiento y participación total. Cuanto más intensa sea la motivación del paciente y la enfermera, mayor es la posibilidad de participación, dedicación y responsabilidad del paciente.

La enfermera es responsable de aplicar los educandos y el proceso de aprendizaje de forma a establecer el mejor medio posible de aprendizaje para el paciente.

2.9.6 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL EMBARAZO. (Mosby y Dayma 1995)

La enfermera debe orientar a la mujer embarazada sobre la importancia que tiene llevar un control prenatal adecuado.

Brindar información a la embarazada sobre el parto y sus etapas para evitar que caiga en pánico al momento de dar a luz.

Recomendar a la embarazada evitar el uso de medicamentos que no están prescritos, evitar el uso de drogas, alcohol y tabaco para no causar daño fetal.

Dar a conocer que tipo de alimentos debe consumir la embarazada de acuerdo a su peso y edad gestacional haciendo hincapié en el consumo de ácido fólico, para evitar malformaciones congénitas, alimentos que contengan calcio, hierro y vitaminas del complejo B.

Recomendar hacer ejercicio acompañada de medios de distracción que le ayuden a canalizar el estrés y llevar una vida lo más normal posible.

En caso de que exista hemorragia, dolor, o salida de algún líquido transvaginal, cólico, náusea y vómito se le recomienda a la paciente acudir a una unidad de salud para que reciba atención especializada.

Brindar información sobre como deberá cuidar al bebé y que medidas debe tomar cuando detecte alguna alteración en ella o en el bebé.

Vigilar los signos vitales de la madre y la frecuencia cardiaca fetal.

Administrar fármacos con cautela evitando los vasopresores, ya que constriñen el flujo sanguíneo uterino.

Restituir líquidos rápidamente y con generosidad.

Administración de oxígeno por puntas nasales.

Aplicar medias de compresión o elásticas para mejorar la circulación sanguínea.

Colocar a la paciente en decúbito lateral izquierdo para evitar el síndrome de la hipotensión de decúbito supino.

Administrar antibióticos preoperatoriamente, según lo ordenado en el estadio temprano de su cuidado.

Tomar medidas para reducir la ansiedad de la paciente.

Siempre que sea posible proteger al feto antes de tomar radiografías diagnósticas.

2.9.7 CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA LAS INFECCIONES VAGINALES. (Brunner y Suddarth 1987)

Reposo en decúbito dorsal o ligero Trendelenburg

Aseo cuidadoso de genitales

Orientación en el manejo del kotex o del aseo anal.

Proscribir exploraciones vagino-rectales, coito y duchas vaginales.

Registrar pulso y temperatura cada 6 horas.

Practicar cultivo de líquido amniótico 1 o 2 veces por semana según evolución clínica

Tratamiento de focos sépticos y enfermedades sistémicas no usar útero-inhibidores

Administrar antibióticos

Registrar frecuencia cardíaca fetal varias veces durante el día.

Observar los caracteres del líquido amniótico que hagan sospechar la corioamnioitis y sufrimiento fetal (Brena S/F)

Proporcionar cuidado de apoyo adecuado. En las pacientes con afección renal vigilar cuidadosamente el balance hídrico y los niveles de sangre y proteínas en la sangre.

Comprobar flujo vaginal anotar color y cantidad.

Animar a las mujeres que estén en su tercer trimestre de embarazo a someterse a exámenes para detectar la candidiasis vaginal a fin de proteger a sus bebés de la infección durante el parto. (Mosby/ Dayma, 1995)

Realizar las precauciones de asepsia que se indiquen.

Usar guantes cuando la enfermedad de la paciente lo indique, se deben utilizar guantes desechables, utilizarlos una vez y desecharlos en el contenedor de basura correspondiente.

Manejar agujas y jeringas con cuidado.

Lavarse las manos después del contacto con cada enfermo y después de ponerse en contacto con material que pueda estar contaminado.

Desinfectar y manejar los desechos con todas las precauciones debidas.

Evitar sacudir la ropa de cama cuando se cambia o se retira.

Realizar la desinfección necesaria de desechos.

Recoger la basura y polvo.

Tener dispositivos mecánicos para filtrar, diluir o dirigir el flujo de aire; si no están disponibles, usar ventilador para hacer circular el aire del cuarto.

Ventilar el cuarto del enfermo en forma apropiada. Es deseable que el aire fresco entre al cuarto del paciente.

Conservar las puertas del cuarto cerradas.

Desinfectar el aire del cuarto con un sistema laminar de flujo de aire si está disponible.

Asegurar la hidratación adecuada ante la posibilidad de pérdida de líquidos por vómito, diarrea o sudación abundante.

Estimular la ingestión libre de líquidos.

Prepararse para la administración de líquidos intravenosos cuando se ordene.

Reducir la fiebre administrando los antipiréticos que se hayan prescrito, emplear con precaución esponjas frías cuando se ordenen.

Medir y registrar la temperatura corporal, pulso y respiración con frecuencia.

Medir la presión arterial a intervalos regulares si el paciente muestra tendencia al colapso vascular.

Pesar al enfermo periódicamente de preferencia a la misma hora todos los días.

Combatir la molestia y el dolor generalizado utilizando aplicaciones de calor y masaje cuando se indiquen, colocar compresas frías para la cefalea, administrar analgésicos cuando se indiquen, limitar la actividad física.

Mejora la ansiedad y la depresión, reconocer la falta de compañía del paciente aislado, estimular al enfermo que enfrente que enfrente la posibilidad de una covalencia prolongada.

Aislar a los pacientes de enfermedades infectocontagiosas así como los portadores y contactos, cuando sea necesario.

Educar a la población en relación a la disponibilidad e importancia de la inmunización profiláctica, la forma en que las enfermedades infectocontagiosas se diseminan y los métodos para evitarlo

La importancia de buscar consulta médica ante la presencia de enfermedad febril o erupción de la piel

La importancia de la limpieza del medio y la higiene personal. (Brunner y S)

2.10 HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD. (Manuscrito HNSS S.F)

Hace 60 años atrás, en la ciudad sólo existían 3 parroquias que eran: “San José”: representada por el reverendo P. Edmundo Contreras; “Las Monjas”: por Monseñor Luis G. Laris; “La Merced”: por Monseñor Mariano Cerda.

Estos sacerdotes vivían muy unidos y preocupados por la salud de los pobres que eran atendidos por el hospital General Dr. Miguel Silva, que en ese tiempo carecía de todo y era insuficiente. Tratando de dar solución a este problema surge la idea de hablar con un grupo de médicos de la ciudad para plantearles la problemática existente y tras varias reuniones llegaron al acuerdo de que se construyera un Hospital donde se cobrara muy poco o nada según la condición económica del enfermo.

Esta era la propuesta, pero para llevarla a cabo significaba esfuerzo y cooperación, hicieron saber a los fieles de cada parroquia pidiéndoles que colaboraran con lo que tuvieran ya fuera dinero o material de construcción; así solicitaron a la “Diócesis” la donación del terreno que en ese entonces eran las hortalizas de la casa ubicada en la calle Zaragoza #226 y su petición fue aceptada, Monseñor Edmundo Contreras que en ese momento terminó de restaurar las torres de la Iglesia de “San José” donó todo el material de construcción que le había sobrado y sus colectas; con lo que se pudo construir la planta baja y el primer piso, así como la fachada de la calle Ignacio Zaragoza. Desde este primer momento se puso bajo la advocación y protección de la Virgen de “Nuestra Señora de la Salud” y así recibió el nombre de “Sanatorio de Nuestra Señora de la Salud” poco a poco se fue haciendo más grande por la demanda del servicio hasta que tomó el nombre de: “Hospital de Nuestra Señora de la Salud”.

El Excmo. Sr. Arzobispo don Luis María Altamirano y Bulnes, queriendo dar conciencia y estabilidad a la obra, le encargo a Monseñor Contreras, formara la Asociación de Beneficencia Privada Dr. Simón W. García. El 24 de Junio de 1947 se reúnen los señores:

- Rafael Ramírez Jones.
- José Lino Cortés.
- Lic. Miguel Estrada Iturbide.
- Luis Tena Veles
- Lic. Antonio Chaves Camorlinga
- Lic. Adolfo Sánchez
- Lic. José Ugarte
- Lic. Filiberto Torres Caballero
- Ing. Alfredo Lara Acosta
- Sr. Rafael Villalobos
- Sr. Agustín Carrillo
- Sr. José Laris Rubio.
- Sr. Salvador Garmendia
- Sr. Manuel Llano Andraca

- Sr. Rafael Alarcón Navarrete
- Prof. Fidel León Luviano.

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

El siguiente paso era saber quiénes atenderían a los pacientes y de primera intención se pide a las Madres Josefinas; las cuales no pudieron por falta personal, entonces Monseñor Contreras consulto al Sr. Arzobispo, y este le aconsejo fuera a solicitar Hermanas “Hijas de la Caridad de San Vicente de Paul” que hacía poco habían llegado a México. De inmediato Sor Mercedes Setmenat aceptó el ofrecimiento y mandaron traer de España 10 hermanas para hacerse cargo de la fundación; fue el 22 de abril de 1952 cuando llegaron las hermanas y desde ese momento inician a confeccionar toda la ropa y material de curación y así se inaugura el 8 de diciembre de 1952 el Dr. Juan Alanís asume la dirección del Hospital, la buena voluntad de los sacerdotes, para dar asistencia gratuita totalmente. Era imposible por la gran demanda, se toma la decisión de construir un tercer piso para clínica privada, donde todos los enfermos hospitalizados cubrirían sus cuotas en su totalidad, lo que ayudaría para la atención de salas generales contribuyendo con ello al fin con el que fue construido el hospital.

Años más tarde se construye el Auditorio y sobre esta la capilla quedando terminada e inaugurándose el 15 de agosto de 1959. El señor Don Pablo Díez, dono el elevador lo que vino a facilitar y mejorar gradualmente el trabajo y servicio del hospital.

El segundo Director fue el Dr. Francisco Rivadeneyra Hinojosa, su periodo fue desde 1953 a 1963.

Posteriormente el Dr. Enrique Sotomayor de 1964- 1971 el Dr. Alvarado Torres Valle 1971- 1973.

Por parte del personal de enfermería actualmente se cuenta con 58 enfermeras de las cuales se encuentran en el turno matutino 19, en el vespertino 17 y en el nocturno 22 de las cuales hay dos guardias 11 en cada una.

(Manuscrito del Hospital de Nuestra Señora de la Salud)

2.11 EXPEDIENTE CLÍNICO. (Manual de la Enfermería 2005)

Constituye un documento personal, confidencial, en el que se registra información de historia, antecedentes personales y familiares de salud y enfermedad del usuario, medidas de diagnóstico y tratamientos realizados: evolución de la enfermedad.

El expediente o también conocido como historia clínica consta de datos e informes registrados por varios miembros del equipo de salud.

El expediente clínico dispone de un espacio superior para registrar nombre, número de historia clínica.

Es un documento legal con validez jurídica y la institución es propietaria de la misma, sin embargo el paciente tiene derechos sobre la información contenida en ella y puede solicitar se le haga conocer (casos de tipo legal).

Es un documento reservado por sus características de su contenido y solo puede manejar el personal de salud.

Es un medio de comunicación escrita que sirve para comprobar los diagnósticos, tratamientos, calidad de cuidados recibidos y las razones que fundamentan los cuidados.

Es un instrumento progresivo y acumulativo con una información sistemática que permite adjuntar varios documentos en diferentes momentos que acude el paciente al servicio.

Es un instrumento informativo y de investigación, proporciona información útil para estudios como: incidencia o prevalencia de patologías, análisis retrospectivos de cuidados, diagnósticos y tratamientos recibidos.

Es un documento que sirve para la educación del personal de salud (médicos, enfermeras, laboratoristas) y como instrumento de consulta, permite conocer terminología médica, naturaleza de la enfermedad, factores que influyen en la salud – enfermedad de cada persona.

Abaliza el tratamiento administrado y el proceso de atención cumplido por los profesionales de la salud y las responsabilidades éticas.

Existen normas para el manejo del expediente clínico entre las cuales se encuentran:

- Anotar todos los datos de filiación del usuario y/o paciente, nombres y apellidos completos.
- El expediente clínico debe ser manejado prolijamente: nunca borrar, poner un tachón, o tinta blanca ya que esto anula la información, debe colocarse en un paréntesis el error y con el mismo esferográfico poner la firma responsable.
- Utilizar letra clara y poner firma de responsabilidad después de cada tratamiento, prescripción, actividad o informe ejecutados.
- Revisar la numeración entregada por el departamento de estadísticas y registrar en todas las hojas.

- Pegar todos los resultados de laboratorio, exámenes, interconsultas, en las hojas correspondientes.
- Los estudiantes, familiares o personas ajenas al servicio deben solicitar autorización para la revisión del expediente clínico.
- Los reportes verbales deben ser consignados en las hojas de enfermería.

La enfermera utiliza las siguientes hojas del expediente clínico:

- Hoja de signos vitales.
- Hoja de evolución y prescripciones médicas.
- Hoja de registro de medicamentos (Kardex)
- Hoja de exámenes de laboratorio
- Hoja de ingesta y de eliminación
- Hoja de curva de temperatura. (Manual de la Enfermería)

CAPÍTULO III

ALCANCE Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

ALCANCE Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Se realizó este estudio con un enfoque cuantitativo hipotético deductivo y con un alcance descriptivo con tendencia predictiva y aplicación transversal para poder describir cuáles son las infecciones más comunes que propician la Ruptura Prematura de Membranas en mujeres de 20 a 30 años en el hospital de Nuestra Señora de la Salud

Se tomó como punto de partida las ciencias sociales y se fue bajando el plano de análisis a través de la medicina, la obstetricia, la enfermería, etc., hasta llegar a los cuidados de enfermería en las mujeres que presentan Ruptura Prematura de Membranas.

Con todo lo anterior se construyó la hipótesis desarrollada en el siguiente capítulo, donde se establecen sus variables y dimensiones y con base en éstas se construyeron los cuestionarios que sirven para la descripción de las características concluyentes del sujeto de investigación. La medición y recolección del fenómeno se hizo en una sola aplicación en un momento determinado del tiempo.

Esto es, se partió de lo general a lo particular con una aplicación transversal, y, con base en la hipótesis, mediante la recolección, medición y evaluación de los datos se describe la conclusión de la investigación.

CAPÍTULO IV

HIPÓTESIS

HIPÓTESIS

4.1 DESCRIPCIÓN DE LA HIPÓTESIS

Las principales infecciones que propician Ruptura Prematura de Membranas en mujeres de 20 a 30 años en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud son Vaginosis Bacteriana, Infección por estreptococo del grupo B y Cándida Albicans.

4.2 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE: Ruptura Prematura de Membranas.

VARIABLE DEPENDIENTE: Infecciones Vaginales.

4.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Variable	Definición de la variable o dimensión	Operacionalización de la variable (instrumento de medición)	Que se va a medir
Ruptura Prematura de Membranas	Es el rompimiento espontaneo de las membranas fetales antes del inicio del trabajo de parto en cualquier edad de la gestación.	Cuestionario	Que tanto conocen las pacientes sobre la Ruptura de las Membranas.
Infecciones Vaginales	La mayoría de las mujeres experimentan un incremento en las secreciones cérvico-vaginales que, por lo general, son cremosas y claras.	Cuestionario	Incidencia en el embarazo

Variable	Definición de la variable o dimensión	Operacionalización de la variable (instrumento de medición)	Que se va a medir
Candidiasis Vaginal	En la mayoría de las mujeres, las levaduras se encuentran como microorganismos comensales en la vagina sin producir enfermedad; sin embargo, existen alteraciones en el ecosistema vaginal que le permiten proliferar y desarrollar una vaginitis.	Cuestionario	La frecuencia con la que se presentan en las mujeres embarazadas de 20 a 30 años
Corioamnionitis	Es la infección localizada a las membranas corioamnióticas de embarazos mayores de 20 semanas de gestación.	Cuestionario	Si las mujeres conocen de esta patología ocasionada por una infección

8.- ¿Sabe que es la infección intramniótica?

a) SI

b) NO

c) AVECES

9.- ¿Durante el embarazo ha padecido candidiasis vaginal?

a) SI

b) NO

c) AVECES

10.- ¿Sabe qué hacer si llegara a presentar Ruptura Prematura de Membranas en alguna etapa del embarazo?

a) SI

b) NO

c) AVECES

11.- ¿La corioamnionitis se produce por la Ruptura Prematura de Membranas?

a) SI

b) NO

c) AVECES

12.- ¿Presento infecciones recurrentes durante su embarazo?

a) SI

b) NO

c) AVECES

CAPÍTULO V

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Esta investigación es no experimental descriptiva transeccional y el plan de acción del diseño de la investigación está encaminado a determinar si la hipótesis: Las principales infecciones que propician Ruptura Prematura de Membranas en mujeres de 20 a 30 años en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud son Vaginosis Bacteriana, Infección por estreptococo del grupo B y Cándida Albicans

Es falsa o verdadera,

Para fines de esta investigación se tomó como población a las mujeres de 20 a 30 años embarazadas que acuden a consulta al Hospital de Nuestra Señora de la Salud de la ciudad de Morelia.

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

Como instrumento de medición se construyó un cuestionario de 15 preguntas cerradas.

En la operacionalización de la hipótesis se muestra la secuencia de construcción del cuestionario

Se realizó la prueba piloto a 3 alumnas del cuarto año de la licenciatura de la Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud de la ciudad de Morelia.

Para la recolección de datos el cuestionario se tomaron las características antes mencionadas, se brindó una hoja con el cuestionario y las respuestas las cuales solo fueron subrayadas por las mujeres a quienes se les aplicó el cuestionario. Existió una buena respuesta y colaboración por parte de las personas encuestadas.

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

Para ordenar los datos y luego poder analizarlos, los resultados del cuestionario se vaciaron en una base de datos de Excel y se construyeron tablas con matrices de datos y gráficas para su estudio, describiendo las conclusiones por cada pregunta del cuestionario.

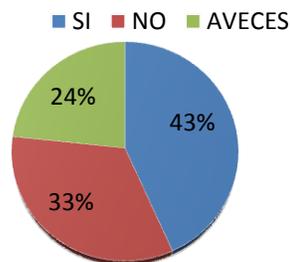
Con base en éste análisis de los datos, se construyó el capítulo VI.

CAPÍTULO VI

RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

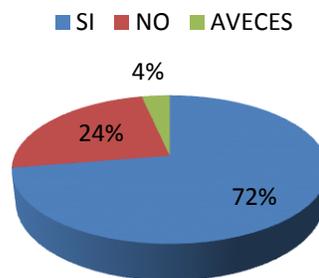
RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

¿DURANTE EL EMBARAZO A LLEVADO UN ADECUADO CONTROL PRENATAL?



Se puede distinguir que el 43% de las mujeres que asisten al Hospital de Nuestra Señora de la Salud llevan un adecuado control prenatal

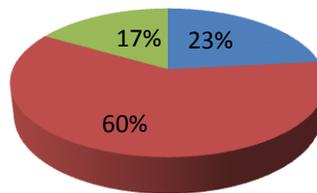
¿ SABE QUE ES LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS?



El 72% de las mujeres embarazadas tiene conocimiento de que es la ruptura prematura de membranas y el 24% lo desconoce.

¿SABE QUE OCASIONA LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS?

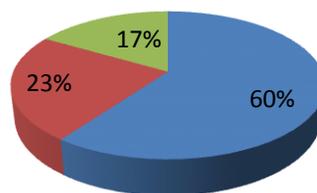
■ SI ■ NO ■ AVECES



La grafica anterior muestra que el 60% de las mujeres embarazadas que acuden al hospital de nuestra señora de la salud desconoce que ocasiona la RPM.

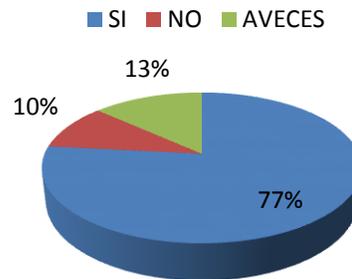
¿TIENE CONOCIMIENTO DE QUE ES UNA INFECCION VAGINAL?

■ SI ■ NO ■ AVECES



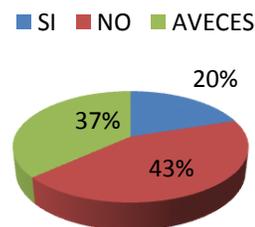
En la gráfica anterior se puede apreciar que el 60% de las mujeres conoce que es una infección vaginal.

¿HA PADECIDO ALGUNA INFECCION VAGINAL DURANTE EL EMBARAZO?



En la gráfica anterior se define claramente que la mayoría de las mujeres con un 77% ha presentado algún tipo de infección vaginal durante el embarazo.

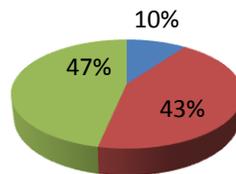
¿LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS PONE EN RIESGO SU VIDA Y LA DE SU BEBE?



La grafica anterior muestra que el 43% de las mujeres no sabe que la RPM puede poner en riesgo la vida materna y fetal.

¿CONOCE LAS COMPLICACIONES QUE PUEDE GENERAR LA RPM EN SU BEBÉ Y EN USTED?

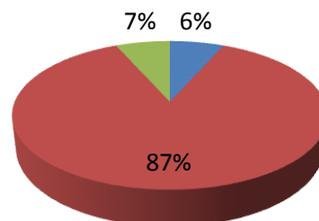
■ SI ■ NO ■ AVECES



En la gráfica anterior se muestra que el 47% de las mujeres conoce algunas de las complicaciones que ocasiona la RPM.

¿SABE QUE ES LA INFECCION INTRAMNIOTICA?

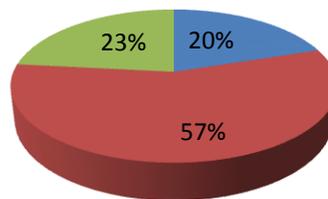
■ SI ■ NO ■ AVECES



La grafica anterior muestra que el 87% de las mujeres embarazadas desconoce que es la infección intramniótica

¿DURANTE EL EMBARAZO A PADECIDO CANDIDIASIS VAGINAL?

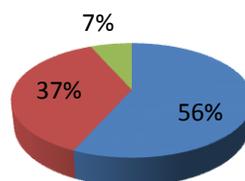
■ SI ■ NO ■ AVECES



La grafica anterior muestra que el 57% de las mujeres en su embarazo han presentado Candida Albicans.

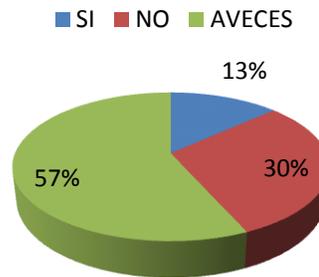
¿SABE QUE HACER SI LLEGARA A PRESENTAR RPM EN ALGUNA ETAPA DEL EMBARAZO?

■ SI ■ NO ■ AVECES



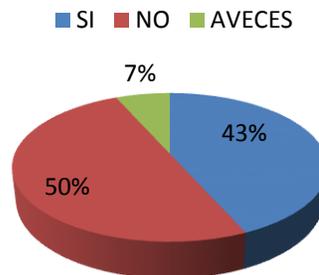
El 56% de las mujeres embarazadas cree saber que hacer en caso de presentar RPM.

¿LA INFECCION INTRAMNIOTICA SE PRODUCE POR LA RPM?



En la grafica anterior se muestra que el 57% de las mujeres piensa que la infección intramniótica a veces es producida por la RPM.

¿PRESENTO INFECCIONES RECURRENTE DURANTE SU EMBARAZO?



CAPÍTULO VII
CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Se puede distinguir que el 43% de las mujeres que asisten al Hospital de Nuestra Señora de la Salud llevan un adecuado control prenatal.

El 72% de las mujeres embarazadas tiene conocimiento de que es la ruptura prematura de membranas y el 24% lo desconoce.

El 60% de las mujeres embarazadas que acuden al hospital de nuestra señora de la salud desconoce que ocasiona la RPM.

Se aprecia que el 60% de las mujeres conoce que es una infección vaginal.

Se define claramente que la mayoría de las mujeres con un 77% ha presentado algún tipo de infección vaginal durante el embarazo.

El 43% de las mujeres no sabe que la RPM puede poner en riesgo la vida materna y fetal.

El 47% de las mujeres conoce algunas de las complicaciones que ocasiona la RPM.

El 87% de las mujeres embarazadas desconoce que es la infección intramniótica

El 57% de las mujeres en su embarazo han presentado Candida Albicans.

El 56% de las mujeres embarazadas cree saber que hacer en caso de presentar RPM.

El 57% de las mujeres piensa que la infección intramniótica a veces es producida por la RPM.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ahued Roberto. Ginecología y Obstetricia aplicadas. El manual Moderno. 2^a
2. Aller y Pagés. Obstetricia Moderna 3^a Edición. Editorial Mc Graw Hill Interamericana
3. Brena Eusebio. Ginecología y Obstetricia Asociación de Médicos del Hospital de Ginecología y Obstetricia N° 3 del IMSS A.C. 3^a Edición. Editorial Méndez Editores.
4. Brunner L.S Suddarth D.S. Manual de la Enfermera. 1^a Edición. Editorial Interamericana 1981
5. Cabrero Roura. Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. 1^a Edición. Editorial Médica Panamericana.
6. King. EM. Manual ilustrado de Técnicas de Enfermería. Editorial Interamericana. 2^a Edición, 1984
7. L. Pernoll Martin Diagnostico y Tratamientos Ginecoobstetricos. 6^a Edición. Editorial El Manual Moderno
8. León Barua R. Medicina Teórica. Definición de la Medicina y su relación con la Biología. 1996
9. Manual de Enfermería. Cultural S.A. Perú 2005
10. Manuscrito del Hospital de Nuestra Señora de la Salud
11. Morgan, Gómez, Valenzuela y González. Factores Socio demográficos y Obstétricos asociadas con Rotura Prematura de Membranas. México 2008

12. Mosby Dayma Libros. Manual de Problemas Esenciales de Enfermería. Del equipo editorial de la revista Nursing. 2ª Edición. España. 1995
13. Mosby Diccionario de Medicina. Editorial Océano
14. Núñez Eduardo. Ginecología y Obstetricia vol. II Ediciones Cuellar
15. Olguín Barrera J.L Ruptura Prematura de Membranas. Ediciones Cuellar
16. Ramírez Alonso. Obstetricia para la Enfermería Profesional. Editorial El Manual Moderno
17. Secretaria de Salud. Manual de Atención Embarazo Saludable Parto y Puerperio Seguros Recién Nacido Sano, 2001
18. Secretaria de Salud. Modelo de Atención de Enfermería Obstétrica, México D.F 2005
19. Zamudio Pedraza Alfonso. Apuntes de Obstetricia, 2012