

2j, 35



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

“AMENAZA DE PARTO PREMATURO.”

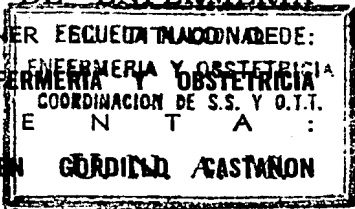
ESTUDIO CLINICO EN PROCESO
DE ATENCION DE ENFERMERIA

QUE PARA OBTENER REGISTRO NACIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

LUCERO DEL CARMEN GORDILLO CASTAÑON





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

	Pág.
INTRODUCCION.	6
I. MARCO TEORICO.	10
1.1 Generalidades de Anatomía y Fisiología del Aparato Reproductor Femenino.	10
1.2 El Parto.	17
1.2.1 Períodos Clínicos del Parto	23
1.2.2 Contracciones Uterinas	26
1.2.3 Pródromos y Manejo del Trabajo de Parto	29
1.2.4 Mecanismo del Parto	34
1.3 Parto Prematuro. Concepto.	36
1.3.1 Epidemiología	36
1.3.2 Etiología	39
1.3.3 Signos y Síntomas	41
1.3.4 Diagnóstico	41
1.3.5 Tratamiento	44
1.3.6 Pronóstico Materno-Fetal	52
1.3.7 Características del Recién Nacido Prematuro	53
1.4 Historia Natural del Parto Prematuro.	56
II. HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA.	63
III. PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.	74
Conclusiones	98
Sugerencias	100
Bibliografía	
Anexos	
Glosario	

INTRODUCCION.

El Parto Prematuro es un tema que se encuentra contemplado en el contenido programático del plan de estudios de la carrera de Licenciado en Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México; dada la superficialidad multifactorial con que éste y otros temas son analizados tanto en la teoría curricular como en la práctica clínica. Así mismo su diversidad en cuanto a etiopatología y tratamiento, a que el diagnóstico y prevención, constituyen un objetivo primordial en la atención obstétrica debido a que al problema resulta complicado con frecuencia por la dificultad de reconocer el verdadero Parto Prematuro en un estado inicial y a diferenciarlo de un episodio de contractilidad uterina que no de lugar a la expulsión del feto. Por lo anteriormente ex puesto, es interesante la realización del presente estudio.

Además, considero de suma importancia hacer hincapie en las acciones de alta calidad y creatividad que, fundamentadas en el conocimiento científico el Licenciado en Enfermería y Obstetricia puede y debe realizar cuando se interese en la atención de pacientes obstétricas en el período pre-parto. Al enfrentarse a éste tipo de patología, sea dentro de una institución de primer nivel y ¿por qué no?, en el ejercicio de una vida profesional independiente, estará en condiciones de incidir en el problema y poner en práctica una alternativa de atención óptima haciendo uso

más eficiente de los recursos disponibles.

El Proceso de Atención de Enfermería se realizó con una paciente con diagnóstico médico de Parto Prematuro, internada en la clínica D.I.F. Ecatepec de Morelos, Estado de México.

Como actividad inicial se desglosan los contenidos del Marco Teórico, con el fin de argumentar amplia y científicamente las acciones de Enfermería ejecutadas en el momento conveniente dentro de la fase de ejecución del Proceso de Atención de Enfermería.

Posteriormente se presenta la Historia Natural de la enfermedad, tomando en cuenta que la paciente con Parto Prematuro es un ser Biopsicosocial.

A continuación, la Historia Clínica de Enfermería, donde se hizo la recolección de datos en forma directa al entrevistar a la paciente, consecuentemente se analizarán los datos obtenidos y, junto con la Marco Teórico y Referencial, se llegó al Diagnóstico de Enfermería.

En seguida, se elaboró y aplicó el Plan de Atención de Enfermería para la paciente en estudio, teniendo como apoyo el Marco Teórico de la patología.

Finalmente se muestran las conclusiones y sugerencias, dirigidas principalmente a los estudiantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

I. MARCO TEORICO.

1.1 Generalidades de Anatomía y Fisiología del Aparato Reproductor --- Femenino.

El aparato reproductor femenino comprende: los genitales externos, los genitales internos y sus estructuras de sostén; los genitales externos reciben el término colectivo de Pudendum o Vulva y todos ellos son visibles a la exploración externa, e incluyen a las siguientes formaciones:

a) Monte de Venus: Es una prominencia o colchón fibroadiposo situado sobre la sínfisis del púbis, cubierto de vello corto y ondulado, sirve de protección a los demás genitales y en el diagnóstico de endocrinopatías, como en el caso de la adrenarquia prematura. (1)

b) Labios Mayores: Son dos pliegues cutáneos que se unen anteriormente al monte púbico, generalmente la piel de su cara externa es pigmentada, gruesa y con vello, su cara interna es delgada, fina y sin vello; contienen glándulas sebáceas y sudoríparas, están formados por tejido graso; su adherencia puede indicar vulvitis, suelen encontrarse hamatomas debido a traumatismos durante el parto. (2)

(1) Gómez, Rodríguez Francisco. Apuntes de Crecimiento y Desarrollo,
(s.p.i.), p. 10

(2) Idem.

c) Labios Menores: Son dos pliegues cutáneos, pequeños y delgados, -- situados entre los labios mayores, forman el prepucio del Clítoris hacia el frente, y el frenillo hacia atrás, su porción interna es mucosa y carecen de vello, formados de tejido conjuntivo con abundantes glándulas -- sudoríparas y sebáceas, su importancia estriba en que poseen marcada turgencia a los estímulos emocionales y físicos, son lugar frecuente de -- cáncer de células escamosas y su fusión indica defectos en la diferenciación sexual. (3)

d) Clítoris: Localizado al centro y en la parte más anterior de la vulva, posee numerosas terminaciones nerviosas y vasculares, por lo que es -- hipersensible y tiene función eréctil, es homólogo al pene en el hombre. (4)

e) Vestíbulo: Se le llama a la hendidura formada por los labios, contienen el himen hacia afuera, el orificio externo del meato urinario, el orificio vaginal y los conductos provenientes de las glándulas de Bartholin, en él pueden desarrollarse carúnculas y carcinoma de células escamosas por el meato sale la orina y es vía de entrada para infecciones. (5)

(3) Gómez, Rodríguez F. Op.cit.; p.10

(4) Ibid.; p. 11

(5) Idem.

f) Glándulas de Bartholin y de Skene: Las primeras son dos glándulas -- mucosas, aplanadas, de aproximadamente 2 cm. de diámetro, situadas -- entre los labios menores y la pared vaginal, sus conductos desembocan -- por fuera del himen a la mitad de la altura del orificio vaginal; las de --- Skene se encuentran por debajo del meato y sus conductos desembocan -- por conductos tubulares dentro de la uretra, ambas lubrican la vulva, el orificio y conducto vaginal durante el coito, frecuentemente se infectan -- formando quistes y/o abscesos, principalmente por gonococos. (6)

g) Himen: Es una estructura membranosa, delgada y circular, próxima a los labios menores, señala la entrada de la vagina y la ocluye parcialmente, a sus restos lacerados se les denomina carúnculas mirtiformes o himeneales; su importancia clínica se estima vulgarmente como documento anatómico de la virginidad y cuando éste es rígido o elástico, -- constituye una ginatresia que demanda dilatación o himenotomía. (7)

h) Cuerpo Perineal: Incluye a la piel y tejido subyacente que se encuentra entre el orificio anal y la abertura vaginal inferior u horquilla, está sostenido por los músculos Transversoperineales y las porciones inferiores de los músculos Vulvocavernosos. Es lugar frecuente de laceraciones accidentales o iatrógenas durante el parto (desgarros y episiotomías).

(6) Gómez, Rodríguez F. Op.cit.; p. 11

(7) Idem.

mía), que en ocasiones originan problemas tales como : exceso en la pérdida de sangre, infecciones locales o vía de entrada para infecciones generales, dispareunia e insuficiencia perineal posteriormente. (8)

Los genitales internos están formados primeramente por:

1) Vagina: Es un canal musculomembranoso parcialmente colapsado y -rugoso, mide de 8 a 10 cm. de longitud y aproximadamente 4 cm. de dímetro, se sitúa entre el cuello uterino y la vulva, ocupa un espacio intermedio entre el recto y la vejiga, está sostenida por los ligamentos de Mackenrodt o cervicales transversos y los músculos elevadores del ano; posee contractilidad activa voluntaria, su extremo superior es ensanchado y forma un fondo de saco circular (lateral derecho e izquierdo, anterior y posterior o de Douglas), es el órgano específico para el coito, y al finalizar el embarazo constituye el canal de parto que puede desgarrarse o cortarse (facilitando la expulsión del producto y la reparación del cuerpo perineal), además, es lugar de acúmulo de flujo y vía por la que se propagan infecciones y cáncer. (9)

2) Utero: Organó muscular hueco, piriforme con base superior, situado entre la vejiga y el recto, mide de 4 a 8 cm. de longitud y 4 cm. de -

(8) Gómez, Rodríguez F. Op.cit.; p. 12

(9) Facultad de Medicina. Obstetricia, p. 5

diámetro, al hipertrofiarse puede medir hasta 34 cm. de longitud; se divide anatómica y funcionalmente en fondo, cuerpo y cuello uterino; el cuello es la porción más inferior del útero, es de forma cónica y mide de 2 a 4 cm. de longitud y 2.5 cm. aproximadamente de diámetro, a su unión con el cuerpo se le denomina istmo y que en el embarazo constituye el segmento inferior, durante el trabajo de parto se dilata al aumentar el diámetro de su orificio interno y al disminuir su espesor se dice que se borra, es lugar frecuente de infecciones, desgarros y biopsias. La porción anteroinferior del útero se encuentra cubierta por la vejiga y el cuerpo y fondo por el peritoneo, fundamentalmente está formado por tejido fibroso y músculo liso denominado Miometrio, y a su cavidad mucosa, Endometrio, el cual varía de grosor dependiendo de las fases del ciclo menstrual; durante el embarazo su nombre cambia a Decidua o Caduca Parietal. Normalmente en su fondo se lleva a cabo la nidación, en su cavidad se acomodan los productos de la concepción, su contractilidad origina un mecanismo de succión que fomenta la concepción y la expulsión del producto, su comunicación con la vagina lo hacen susceptible a infecciones; el endometrio forma el tejido regulador de la nutrición materno-fetal y al descamarse se produce la menstruación. (10)

3) Trompas de Falopio: Son dos conductos delgados de aproximadamente

(10) Facultad de Medicina. Op.cit.; p. 6

10 a 12 cm. de longitud, poseen movimientos peristálticos, y en su luz -- cilios vibrátiles que favorecen el viaje del óvulo hacia la cavidad uterina, sobresalen de la parte superior del útero, se divide en tres porciones: -- a) porción intersticial, donde normalmente se origina la contracción uterina en el trabajo de parto (marcapaso), b) porción istmica y c) porción ampular o tercio externo, donde generalmente se lleva a cabo la fecundación, su obstrucción se debe a proliferación de tejido o atresias congénitas y es causa de esterilidad, también es frecuente en ellas, los embarazos tubarios. (11)

4) Ovarios: Son un par de órganos ovoides, aplanados, sólidos, blancos con dimensiones aproximadas de 1.5 X 3 X 3.5 cm. y su peso varía entre 4 y 8 g., están localizados por detrás de los ligamentos anchos entre el útero y la pared lateral de la pelvis, suspendidos en su lugar por los ligamentos uteroováricos, constan de una corteza y una médula; en ellos se producen, maduran y expulsan mensualmente los óvulos durante la vida reproductiva, producen hormonas esteroideas sexuales (estrógenos progesterona y andrógenos) indispensables para sostener un embarazo y para el crecimiento, desarrollo y funcionamiento normal femenino; es depósito de células sexuales primordiales, lugar frecuente en el que crecen quistes y se realizan biopsias para el diagnóstico de cáncer y función

ovulatoria. (12)

La primera finalidad del aparato reproductor femenino estriba en proporcionar un receptáculo adecuado para el pene, que durante el coito expulsa los gametos elaborados en el aparato reproductor masculino, para lograr fertilizar un óvulo. Su segunda función patente es la de mantener -- y llevar a término el embarazo, por lo que es importante comprender en tidades independientes e interactuantes como las funciones hipofisarias, ováricas y uterinas. Cuando la mujer presenta su Menarca, su ovario -- posee entre 300 a 400 mil óvulos, de los que aproximadamente 30 mil -- madurarán dentro del Folículo de De Graff, por estimulación de la hormona Folículo Estimulante (HFE), proveniente de la hipófisis; ésta estimu-- lación se incrementa por acción de otra hormona hipofisaria, la Luteini-- zante o HL, que hace que se rompa el folículo y se expulse un óvulo madu-- ro (ovulación). Por su parte, el ovario, tiene una función cíclica que dura aproximadamente 28 días, en la que secreta durante los primeros 14, cantidades elevadas de estrógenos que estimulan la secreción de HFE y -- HL en la hipófisis (por lo tanto maduración y ruptura del folículo) y pos-- teriormente, a partir de la ovulación, libera progesterona. Del lugar en que salió el óvulo, se forma un acúmulo de células tecales, sangre y -- cuerpos lipoides que forman el cuerpo amarillo, donde se produce más

(12) Facultad de Medicina. Op.cit.; p. 8

progesterona bajo influencia de la HL durante otros 12 a 14 días; en ésta - fase también se libera otra hormona llamada Luteotrópica, Prolactina o - Lactógena o HLT que estimula a las células del cuerpo amarillo aumen-- tando la producción de progesterona y estrógenos. Por otra parte en el - útero, bajo influencia de los niveles elevados de estrógenos y progesterona, el revestimiento endometrial se engrosa con abasto importante de nu-- trientes y sangre para la nidación del huevo, en caso de que el óvulo que recorre la trompa sea fecundado. Si esto no pasa, el cuerpo amarillo se esclerosa y se hace fibroso, produciendo un decremento súbito en los ni-- veles de estrógenos y progesterona, presentándose un escurrimiento he-- mático por vía vaginal, al descamarse el endometrio funcional, durante 3 a 5 días con un volúmen aproximado de 50 ml.; en caso contrario, al -- haber fecundación, el huevo empieza a crecer, se convierte en si mismo, en glándula que produce LTH suficiente para conservar activo el cuerpo - amarillo durante el embarazo, que a su vez continúa produciendo estróge-- nos y progesterona para conservar el endometrio o decidua o caduca pa-- rietal, y por lo tanto, mantener el embarazo. (13)

1.2 El Parto.

"Parto es el fenómeno por virtud del cual los productos de la concepción

(13) Novak, R. Edmund. et al. Tratado de Ginecología, pp. 4-23

se expulsan del útero por la vagina al mundo exterior"; ésta definición -- excluye la extracción por cualquier otra vía, v.gr.; la cesárea. (14)

Aunque el término Parto se relaciona con el momento preciso del nacimiento del producto, se usa frecuentemente como sinónimo de Trabajo de Parto, siendo que éste es una secuencia de fenómenos fisiológicos y mecánicos que preceden al parto, el cual normalmente inicia al finalizar la gestación, que dura en promedio 280 días desde el comienzo del último período menstrual (dependiendo del ritmo menstrual de cada mujer), sin embargo el Trabajo de Parto (T. de P.) puede presentarse en cualquier período del embarazo ocasionando un parto prematuro.

Puede clasificarse como eutócico o distócico y dependiendo del producto, ser único, doble, triple, cuádruple, quintuple y raramente séxtuple o séptuple; en él se deben considerar 3 aspectos fundamentales: 1) Fuerzas por las cuales se logra la expulsión, 2) Vías, que representan el trayecto y las resistencias que se encuentran y 3) Objeto o "pasajeros", que son el feto y las secundinas. (15)

Aún se desconocen las causas que determinan su inicio y aunque existen muchas teorías, ninguna es por completo satisfactoria o está plenamente

(14) Greenhill, J.P. et al. Obstetricia, p. 183

(15) Benson, C. Ralph. Manual de Ginecología y Obstetricia, p. 79

te comprobada; entre las más comunes y que carecen de suficiente valor científico, dan a entender que la presión que la cabeza del producto ejerce sobre el cuello uterino provoca la contracción de sus fibras musculares, causando la dilatación y por lo tanto el inicio del T. de P.; la teoría de Distensión aboga que cuando el útero llega a su máximo de capacidad, la respuesta a la elasticidad del músculo uterino es la contracción, otra teoría señala que el útero responde al feto como a un cuerpo extraño o como reacción Antígeno-Anticuerpo, y otra más menciona que el cambio de Ph que se produce al final del embarazo activa la contractilidad uterina, teoría que se refuta fácilmente ya que el inicio del T. de P. se presenta en ocasiones sin dicho aumento del Ph. (16)

Existen otras teorías con mayor fundamento científico como lo son las expuestas por Caldeyro, Alvarez y Sereno, donde sostienen que la liberación de Oxitocina por la neurohipófisis y la circulación de oxitocina exógena, estimulan la contractilidad uterina, cuando se inactiva su antagonista la Oxitocinasa, al acercarse el término de la gestación, suponiendo que el mecanismo de acción es directamente sobre el potencial de la membrana celular. (17)

Esta hipótesis pierde su validez cuando existe una hipofunción o ausencia

(16) Gómez, Rodríguez F. Op.cit.; pp. 321-326

(17) Caldeyro Barcia R./Alvarez Hermógenes. Fisiopatología de las Contracciones Uterinas y su aplicación en la Clínica Obstétrica, p. 13-19

de hipófisis, como lo sugieren diferentes estudios de hipofisiectomía en mujeres embarazadas, en donde las contracciones uterinas, borramiento y dilatación del cuello uterino fué normal. (18)

Aunque recientemente se ha demostrado que la oxitocina no es producida en la hipófisis, sino en el hipotálamo. (19)

Otra teoría que se considera importante en el inicio del T. de P. es la -- que se refiere al incremento en los niveles de Progesterona y Estrógenos. Cabe recordar que al aumentar el volúmen uterino, las fibras muscula-- res se hipertrofian, aumentando la concentración de Actina, Miosina y - Adenosin Difosfato (ADP); conforme el embarazo avanza, la progesterona inhibe la contractilidad uterina al hiperpolarizar la membrana celular y bloquear la conducción eléctrica, manteniendo los niveles de concen-- tración de Troponina, enzima que impide la interacción Actina-Miosina; cuando la gestación llega a su término, la producción placentaria de pro-- gesterona disminuye bruscamente y por lo tanto su efecto inhibitorio -- también, así como la circulación de Troponina, por lo que se lleva a ca-- bo la interacción Actina-Miosina y como consecuencia la contracción de las miofibrillas del músculo liso uterino, además de que se despolariza la membrana celular activándose la conducción eléctrica. (Csapo A.) (20)

(18) Guy, M. Harbert Jr. Contracciones Uterinas, p. 194

(19) Greenhill, J.P. et al. Op.cit.; p. 185

(20) Caldeyro B./Alvarez H. Op.cit.; p. 77

Otra teoría supone que el T. de P. sobreviene por modificaciones en la producción y liberación endógena de sustancias catecolaminas o simpaticomiméticas como noradrenalina y acetilcolina, además de histamina y relaxina, producidas por la placenta en cantidades cada vez más crecientes conforme avanza el embarazo, las cuales por su efecto estimulador en los receptores alfa de la membrana celular del músculo liso, desencadenan la actividad uterina al despolarizar la membrana. (Sauter - H. 1954) (21)

El feto pudiera tener importancia en la regulación del T. de P., por medio de "mensajes" hormonales provenientes de las glándulas suprarrenales fetales, ya que el efecto glucocorticoide del Cortisol al aumentar, -- inhibe la producción de progesterona placentaria, desencadenándose el -- mecanismo mencionado por Csapo. Además se debe considerar que el -- transporte del cortisol hacia el Líquido Amniótico es por la orina, tomando en cuenta que se ha descubierto que la orina fetal y adulta estimulan -- por medio de enzimas aún desconocidas la síntesis de prostaglandinas; -- la presente teoría es digna de considerarse.. (22)

La teoría más reciente con bastante fundamentación científica basada en investigaciones y demostraciones clínicas, afirma que las Prostaglandi--

(21) Gómez, Rodríguez F. Op.cit. ; p. 331

(22) Casey, Linette M. et al. Endocrinología del Parto Prematuro, --- p. 730

nas E-2 y F-2 Alfa (PGE-2 y PGF-2 Alfa respectivamente) son las desencadenantes del T. de P. en la mujer embarazada; éste tipo de prostaglandinas (PGs) son ácidos grasos producidos a partir de su precursor el Acido Araquidónico no esterificado, el cual se encuentra en muchos tejidos del cuerpo, existiendo en grandes cantidades en las membranas ovulares y en el tejido placentario. Para que el ácido araquidónico se des-esterifique y se inicie la síntesis y liberación de PGs, se necesita de la presencia de una enzima llamada Fosfolipasa A-2 que se encuentra en los Lisosomas de las membranas y la decidua; los lisosomas permanecen estabilizados por acción de la progesterona, y se cree que cuando sus niveles disminuyen (antes o al término del embarazo) o se afecta la integridad de la membrana lisosomal, se libera la fosfolipasa A-2 con producción ulterior de PGs. Además, por otra parte, los estrógenos labilizan la membrana lisosomal y los glucocorticoides reducen la síntesis de prostaglandinas I, que inhiben la contractilidad uterina, y no de PGE y PGF. Cabe considerar que el mecanismo de acción de las PGs se ha supuesto semejante al de la transmisión nerviosa al producir cambios en la polarización de membrana, ya que las PGs, como la oxitocina, alteran los conductos - receptores de la membrana celular del miocito, permitiendo la entrada - excesiva de iones de Calcio y disminuyendo la concentración de Monofosfato Cíclico de Adenosina Intracelular (AMPc) al antagonizar su enzima - precursora la Adenilciclase logrando despolarizar la membrana y por lo tanto estimular la interacción de la miosina y actina de las miofibrillas -

del músculo liso, iniciándose así, la contractilidad uterina. Es importante recordar que el AMPc es una molécula de alta energía, secundaria al ATP y reguladora de actividades hormonales y enzimáticas. (23,24,-25,26,27)

1.2.1 Períodos Clínicos del Parto.

Sea cual sea la causa exacta del comienzo del parto, la transición hacia su inicio suele ser gradual y tan leve, que en ocasiones puede pasar inadvertida, por lo que se considera que el signo que nos lleva a un diagnóstico de presunción y que nos indica que la mujer se encuentra en T. de P. es: la percepción de contracciones uterinas cada vez más regulares e intensas originando molestias que frecuentemente son llamadas por la mujer como "dolores de parto". Clásicamente el parto se divide en 3 períodos, aunque algunos autores aumentan o dividen el tercero, agregando -- un cuarto período: El primer período llamado de Dilatación y Borramiento; comienza con las contracciones uterinas regulares y termina cuando el orificio externo del cuello uterino está completamente dilatado (10 cm) y queda al ras con la vagina, lo cual completa el conducto continuo llama

- (23) Karim, S.M. Intravenous Prostaglandins E-2, F-2 Alpha for the Induction of term Labor, p. 382
 (24) Liggins, G.C. Factors Initiate Human Labor, p. 147
 (25) Goodman, S.L./Gilman A. Bases Farmacológicas de la Terapéutica, p. 973
 (26) Robinson, G. Ciclyc AMP, p. 769
 (27) Casey, Linette M. et al. Op.cit.; p. 732

do canal de parto. (28)

Este período puede subdividirse a su vez en una fase latente y otra activa. La primera se caracteriza por una dilatación lenta del cuello, por lo general de hasta 3-4 cm. con contracciones que ocurren cada 5-20 min., - frecuencia que se acorta si la mujer deambula; así, al aumentar la fuerza de las contracciones se va formando el Segmento Inferior y por lo tanto aumenta el descenso de la presentación, acercándose al Estrecho Superior con un mayor apoyo sobre el cuello, lo que produce suaves y graduales modificaciones en el mismo; éste apoyo o empuje provoca la expulsión del tapón mucoso o "marca" y la presentación de una porción del saco amniótico, denominado por Boudelocque "Bolsa de Aguas", que al sobresalir puede experimentar rotura en el Acme de una contracción intensa, escapando el Líquido Amniótico a chorro. La fase activa se caracteriza por una dilatación rápida del cuello que tiene lugar, generalmente, a una velocidad de 2 cm/hora al menos en las multiparas y de 1.5 cm/hora en primíparas, fase en la que se debe alentar a la paciente a adoptar una posición cómoda para que se relaje y disminuya su tensión, con lo cual se reduce la resistencia de los tejidos haciendo el T. de P. más fácil y eficaz. A cada contracción el Fondo Uterino y el Segmento Inferior se contraen, mientras el cuello se mantiene relajado, por lo que es jalado.

(28) Niswander, K.R. Manual de Obstetricia, Diagnóstico y Tratamiento, p. 311

do o retraído hacia arriba borrándose y dilatándose, ésta retracción o distensión del tejido es la causa del dolor en cada contracción y que se relacionan con las condiciones psicológicas de la paciente, por lo que se debe substituir el uso de la palabra dolor a contracciones, evitándose así, la triada miedo-tensión-dolor. Simultáneamente con éstos cambios la presentación puede llegar al suelo pélvico, comprimiendo los nervios del recto y los músculos del estrecho superior, por lo que la paciente experimenta la necesidad de pujar, sensación que anuncia o precede al comienzo del segundo período. (29)

El segundo período o de Expulsión, comienza con la dilatación completa y finaliza con el nacimiento del producto; en él, las contracciones son más intensas y frecuentes (cada 2-3 min.), se inicia la influencia de fuerzas expulsivas voluntarias de la musculatura abdomino-diafragmática y de los músculos elevadores del ano, se distienden las venas del cuello, existe dolor dorso-lumbar y en el abdomen inferior, diaforésis, congestión facial, deseos de defecar, separación de los labios vulvares, pudiéndose observar el cuero cabelludo del producto, puede haber ruptura espontánea de membranas, se expulsa la cabeza, hombros, tronco y finalmente las extremidades inferiores y algo de sangre y líquido amniótico. El tercer período o Alumbramiento, comprende el intervalo entre -

la expulsión del producto y las secundinas, generalmente no suele prolongarse más de 10 min., las contracciones siguen presentándose por lo que la placenta se despega del sitio de inserción, ocurriendo hemorragia y salida del cordón umbilical, membranas y placenta. El cuarto período llamado Uterino, comienza desde el alumbramiento de las secundinas hasta que el útero deja de relajarse, esto es cuando ha pasado el peligro de hemorragia postparto (4-12 hrs). En términos generales, los tres períodos suelen durar de 8-24 hrs. con un promedio de 12 hrs. en las primíparas y de 8 hrs. en las multíparas, aunque el tiempo depende también de las dimensiones del canal de parto en relación con el producto, paridad, posición fetal, calidad de las contracciones, etc. (30)

1.2.2 Contracciones Uterinas.

Para comprender la contractilidad uterina cabe recordar que el músculo liso recibe estímulos, se acorta, se estira y recupera su estado normal, esto es: posee Irritabilidad, Contractilidad, Extensibilidad y Elasticidad, además, de que sus células se encuentran dispuestas en forma de red o malla, por lo que, al propagarse un impulso nervioso, éste lo hace en forma de onda. (31)

(30) Hamilton, Persis Mary. Asistencia Materno-infantil de Enfermería, p. 101

(31) Guyton, C. Arthur. Fisiología Humana, p. 239

Para el desenlace óptimo del parto, se necesita de bienestar materno-fetal, que el producto se acomode o aboque al estrecho superior de la pelvis materna, que ésta sea útil, y que existan contracciones que impulsen al producto hacia abajo, produciendo la abertura del canal vaginal o de parto. Para identificar si la actividad uterina es real de un T. de P. o no, es necesario saber que: la Intensidad es el aumento de presión uterina causada por cada contracción y que es medida en milímetros de mercurio (mm/Hg); que la Frecuencia es el número de contracciones uterinas registradas en 10 min. y que, el Tono es la presión más baja ejercida por el útero entre cada contracción con una intensidad de 3-8 mm/Hg; ya que durante todo el embarazo, el útero está en permanente actividad contráctil-ritmica; ésta puede clasificarse en: Contracciones Pequeñas, que poseen una intensidad menor de 10 mm/Hg, que pasan desapercibidas, son localizadas, porque se difunden en áreas pequeñas del músculo uterino circundantemente, son predominantes en las partes bajas actuando como sistema de cierre e impidiendo que las de Braxton Hicks dilaten el cuello (mecanismo que se invierte al final del embarazo), con una frecuencia de 10-20 en 10 min., no se palpan ni registran por métodos externos, pero que facilitan la circulación materno-fetal con un efecto de "masaje" continuo sobre los capilares, senos venosos intramiométriales y lagos placentarios, manteniendo un óptimo retorno venoso (por la arteria umbilical) hacia la Vena Cava Inferior y posteriormente al corazón; y, Contracciones Grandes, Generalizadas o de Braxton Hicks J., con --

una intensidad de 10-20 mm/Hg, son generalizadas porque se difunden en gran parte o en todo el músculo uterino, siendo percibidas por la mujer embarazada como un endurecimiento indoloro en el abdomen y registradas por palpación manual y métodos externos, se presentan separadas -- por largos intervalos de tiempo y su frecuencia aumenta conforme progresa el embarazo, coexistiendo con las pequeñas y adquiriendo progresivamente el Triple Gradiente Descendente. (32)

Normalmente la onda contráctil comienza cerca de la implantación útero-tubaria, lugar llamado Marcapaso, donde se cree existen mayor número de uniones Neuro-musculares; generalmente existen dos marcapasos, -- predominando el del lado derecho, sin que exista interferencia en su función por el opuesto; así, para estudiar la propagación de onda es importante saber: 1) el lugar por donde empieza, 2) el sentido en que se propaga, pues sabiendo que el marcapaso irradia su onda en todos sentidos y -- que éste se encuentra en la parte superior, su propagación es obviamente descendente, 3) la velocidad de propagación es de aproximadamente -- 1-2 cm/seg., 4) con un Acme o máximo de tono en todo el útero y al mismo tiempo de 40-60 seg., y 5) relajación simultánea en todo el útero en -- un tiempo de 60 a 120 seg., lo que nos da por resultado el Triple Gradiente Descendente (TGD). Resumiendo: El TGD consta de 3 componentes; -

(32) Caldeyro, B./Alvarez H. Op. cit.; pp. 19-22

1) Propagación de onda en sentido descendente, 2) La contracción uterina inicia y tiene mayor duración en las partes vecinas al marcapaso que en las más alejadas de éste y 3) La Fuerza o Intensidad de la contracción es mayor en el cuerpo uterino que en el segmento inferior, y en éste, mayor que en el cuello uterino; por lo que se dice que una contracción es óptima cuando: invade todo el útero y tiene un acmé simultáneamente en todo el órgano, posee TGD, intensidad entre 30 y 50 mm/Hg, duración de 30 a 90 seg. y tono de 10 mm/Hg., y que clínicamente se manifiestan como: dolorosas, espontáneas, involuntarias, intermitentes y progresivas en frecuencia, duración e intensidad. Finalmente es importante señalar que el dolor que acompaña a las contracciones uterinas se debe a la distensión causada en el cuello y segmento inferior y por la anoxia o isquemia prolongada del músculo que se está contrayendo, (Chassar Moir, 1939/Bonica, 1953), ya que la contracción uterina por sí misma es indolora. (33)

1.2.3 Pródromos y Manejo del Trabajo de Parto.

En la mayoría de las nulíparas y en muchas multíparas hay una etapa previa al T. de P., llamado período Prodrómico, pero los síntomas pueden ser tan leves que pasan inadvertidos y, en consecuencia, el parto

(33) Caldeyro, B./Alvarez H. Op.cit.; pp. 22-30

parece comenzar repentinamente sin advertencia. Los signos prodrómicos incluyen los siguientes: 1) Aligeramiento o descenso del útero, debido a que la presentación se encaja en el estrecho superior y comienza a descender, 2) Contracciones cada vez más intensas pero esporádicas, - lo que origina molestia en la parte baja del abdomen y que significa que las contracciones de Braxton Hicks comienzan a tener el TGD, por lo que se perciben solo en el abdomen, con intervalos irregulares y una sensación de tracción en la pelvis semejante a la dismenorrea, 3) Polaquiuria, debido a la presión ejercida por el útero contra la vejiga. 4) Calambres y/o parestesias en miembros inferiores, a causa del aligeramiento que produce presión en la pelvis y pliegues inguinales. 5) Expulsión del tapón mucoso o "marca", debido a la dilatación del cuello, suficiente para que permita su expulsión y 6) Ruptura Prematura de Membranas; aunque éstas dos últimas no suponen el comienzo del T. de P. (34)

Cuando la mujer embarazada ingresa a una institución para la atención del parto, generalmente, se encuentra temerosa y aprensiva, por lo que el manejo del T. de P. debe ser: a) Con trato amable, saludando y presentándose, uso de lenguaje claro y comprensible para la paciente, trato humano y cierta privacidad en los procedimientos que se deban realizar, con lo que se puede establecer una relación de confianza y respeto mutuo

(34) Bethea, C. D. Op. cit.; pp. 107-108

b) Admisión de la paciente, que incluye registro, entrega de ropa y pertenencias de valor a familiares o a Trabajo Social, c) Elaborar la Historia Clínica y realizar la Exploración Física a la paciente de manera rápida con los aspectos más importantes que permitan detectar enfermedades o anomalías intercurrentes que puedan complicar el parto; d) Toma, registro y valoración de Signos Vitales; e) Exploración abdomino-pélvica, por lo que se requiere del conocimiento de los siguientes términos:

- Presentación, es la parte del producto que tiende a abocarse al estrecho superior de la pelvis materna, que es de tamaño suficiente para llenarla y seguir un mecanismo de parto bien definido, pudiendo ser cefálica o pélvica y puede estar libre, abocada, rechazable o encajada.
- Situación, es la relación que guarda el eje longitudinal del producto con el eje longitudinal de la pelvis materna, y puede ser longitudinal, transversa u oblicua.
- Posición, es la relación que existe entre el punto toconómico del producto (occipito, naso, sacro, mento) y la mitad derecha o izquierda de la madre.
- Variedad de Posición, es la relación que guarda el punto toconómico del producto con la mitad anterior o posterior de la madre.
- Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF), número de latidos cardíacos fetales en un minuto, con cifras normales entre 120-160 por minuto, que varía de acuerdo a la presentación.

Estas relaciones materno-fetales pueden determinarse por medio de las 4 maniobras de Leopold, que son: Primera, en la que se determina la altura del fondo uterino y la parte fetal que se encuentra en el mismo. Segunda, en la que se busca en que lado está el dorso y en que lado las partes pequeñas o extremidades fetales. Tercera, donde se estima que parte fetal está total o parcialmente por encima del estrecho superior de la pelvis, la cual es generalmente la cabeza con las características de ser redonda, regular y resistente y, Cuarta, en la que se determina el grado de penetración de la parte fetal de la presentación y que puede estar libre, abocado, rechazable o encajado. (35)

Es importante tener en cuenta que el cálculo de la edad gestacional por fecha de última menstruación puede compararse y corroborarse con el tamaño uterino, sabiendo de antemano que en el embarazo a término (37-42 semanas), éste debe medir entre 36 y 40 cm. incluyendo la parte oculta por la sínfisis del pubis y, que el fondo se encuentra a nivel del apófisis xifoides. (36)

f) Registro y valoración de la frecuencia, regularidad e intensidad de las contracciones uterinas cada 15 min. g) Investigar si existe sangrado vaginal o escurrimiento de líquido amniótico, por interrogatorio y colorime-

(35) Pschyrembel, W. Obstetricia Práctica, pp. 25-32

(36) Niswander, K.R. Op.cit.; pp. 302-303

tría con papel de nitracina. h) Exploración vaginal con técnica aséptica - para identificar: 1) Borramiento, 2) Dilatación, 3) Integridad de las membranas, 4) Presentación y, su descenso con el conocimiento previo de -- los Planos de Hodge, 5) Posición, 6) Variedad de Posición, 7) Valoración pélvica para cuantificar medida de los diámetros conjugado verdadero, - obstétrico o del estrecho superior, diámetro bisquiático y paredes inter_unas de la pelvis; es de suma importancia recordar que el tacto vaginal -- es molesto y afecta la intimidad de la paciente, además, de que aumenta la frecuencia de infecciones intrauterinas. i) Alentar y/o estimular la -- micción en la paciente, en caso contrario, realizar cateterismo vesical con técnica estéril. j) Preparación de la región vulvo-perineal, se recomienda rasurar y lavar cuidadosamente con agua y jabón. k) Enema evacuante, considerando el descenso de la presentación y el grado de dila-- tación (5 cm. en primíparas y 3-4 en multíparas), l) Reposo o deambulación, dependiendo de la dilatación, estado físico y emocional de la pacien_{te} e institución donde se encuentre, m) Ayuno, ya que la ingesta de ali-- mentos puede ocasionar dispepsia o vómitos, además de que se mantiene vacío el intestino para evitar contaminación durante el período expulsivo, aunque algunas veces se permiten líquidos por vía oral. n) Pruebas de laboratorio, como grupo sanguíneo, factor Rh, tiempo de coagulación, -- muestra de orina para detectar glucosuria o proteinuria, rayos X, etc., dependiendo de los recursos humanos y materiales con que se cuente; o) Sedación y/o analgesia, con la ventaja de que disminuyen la angustia y --

favorecen la relajación, valorando los riesgos obstétricos y perinatales; p) Posición de Litotomía modificada para parto o posición ginecológica; - q) Asepsia y antisepsia de la región vulvo-perineal, además de lavado -- quirúrgico y ropa estéril para el partero y ayudantes; r) Colocación de - campos estériles a la paciente, dejando expuesto solo el introito; s) Amniorrexia, con valoración posterior de la FCF; t) Alentar a la paciente - a que emplee la prensa abdominal como fuerzas expulsivas voluntarias. - (pujo) y a que se relaje por medio de ejercicios respiratorios entre cada contracción; u) Esperar el período expulsivo protegiendo periné, con el equipo preparado para realizar episiotomía en caso de ser necesario, -- ayudar a la rotación externa y al nacimiento del producto, pinzar y cortar el cordón umbilical, aspirar secreciones orofaríngeas y pasar al -- recién nacido a la persona encargada para los cuidados inmediatos del - mismo. (37)

1.2.4 Mecanismo del Parto.

Se llama mecanismo del parto al conjunto de movimientos o desplazamientos que realiza la presentación en el curso del T. de P., éstos movimientos se deben a la forma irregular del conducto de parto, por lo que el producto toma una Actitud o relación entre las diferentes partes de sí mismo

(37) Facultad de Medicina. Op.cit.; pp. 143-149

cambiando varias veces de situación. Cada presentación tiene un mecanismo de parto diferente, siendo la más común y favorable la presentación cefálica, de vértice en Occipito-izquierdo-anterior (PC en OIA), en la que el feto tiene sus brazos y su cabeza flexionados sobre el tórax, -- sus piernas flexionadas sobre el abdomen y el dorso en flexión moderada postura conocida popularmente como posición fetal. El mecanismo del parto se subdivide en: a) Encajamiento; que significa que la presentación ha rebasado el plano del estrecho superior de la pelvis materna, desplazamiento que requiere de un movimiento de Flexión, en el que la cabeza se flexiona aún más sobre el tórax; de un movimiento de Orientación hacia los diámetros oblicuos de la pelvis materna y de un movimiento de -- Inclínación, penetrando primero un parietal y luego el otro. b) Descenso: al acentuarse la flexión de la cabeza sobre el tórax, ésta llega al piso inferior de la pelvis materna, donde realiza un movimiento de Rotación Interna, en el que se conjuga la sutura sagital o diámetro antero-posterior cefálico con el diámetro antero-posterior de la pelvis materna, por lo -- que el producto pasa el angosto estrecho inferior con la cabeza hacia abajo. c) Desprendimiento: que se realiza mediante un movimiento de Extensión, donde la cabeza se desliza hacia el pubis, pasando por el introito -- hacia el exterior; el mentón se extiende y el cuello se endereza, movimiento llamado Restitución y, al nacer la cabeza, ésta rota y adopta la -- posición que tenía antes del encajamiento o realineación de los hombros, movimiento conocido como Rotación Externa, posteriormente el periné --

se retrae, la cabeza desciende hacia el ano y el hombro anterior se engancha en el subpubis, saliendo primero éste, luego el posterior y finalmente el resto del cuerpo. (38)

1.3 Parto Prematuro. Concepto.

"Parto Prematuro es aquel que se produce entre la 28 y 37 semanas de gestación, calculada desde el primer día del último período menstrual". (39)

1.3.1 Epidemiología.

El trabajo de parto y expulsión que ocurren antes de la madurez fetal, - siguen siendo la causa primaria de mortalidad perinatal en la mayor parte del mundo, teniendo como entidad principal del deceso a la enfermedad de Membrana Hialina por la deficiente presencia de sustancias tensioactivas lipoprotéicas o surfactantes, en la pared alveolar. (40)

La alta incidencia del Parto Prematuro, lo han hecho considerar como un problema obstétrico-perinatal y de salud pública o social de gran magni-

(38) Beck, C. A. Práctica de Obstetricia, pp. 88-96.

(39) De La Torre, A. Joaquín. Enfermedades del Recién Nacido, p. 349

(40) Gómez, Pedroso Francisco. Aspectos Epidemiológicos del Parto Prematuro, p. 7

tud, ya que además de su elevada tasa de morbi-mortalidad registrada año con año, tiene un creciente índice de secuelas orgánico-neurológicas intelectuales y emocionales en etapas tempranas y/o tardías en el recién nacido prematuro, que requieren de atención intrahospitalaria especializada y de recursos materiales de muy alto costo, y que además, limitan con mayor o menor grado su integración plena a la sociedad. Mundialmente, los índices varían de acuerdo al grado de desarrollo económico-social de cada país, por lo que vemos que en Suecia es del 4 %, en Alemania del 6 %, U.S.A. 8 %, México 10 % y en la India de 35 %, aceptándose como tasa promedio el 8 %, que significa el 75 % del número total de muertes perinatales; en México la incidencia del parto prematuro es actualmente del 12 % del total de nacimientos, factor asociado con más del 60 % de muertes que ocurren en el período neonatal. (41)

Casi todos los partos prematuros se presentan sin causa aparente, pero los estudios epidemiológicos demuestran relación entre su frecuencia -- con factores que predisponen o determinan en mayor o menor grado el riesgo materno-fetal, entre éstos se encuentran: edad gestacional menor de 37 semanas, inserción anómala de placenta, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, infartos placentarios, gestación múltiple, polihidramnios, ruptura prematura de membranas, antecedentes de

(41) Aluma, Sánchez Giovanni. Epidemiología de la Prematuridad, p. 18

partos prematuros, legrados intrauterinos, miomas; enfermedades cardiovascularés, renales, endócrinas, pulmonares, hepáticas; preeclampsia y eclampsia, talla menor de 1.50 cm., peso previo al embarazo menor de 45 Kg., edad menor de 20 y mayor de 35 años, desnutrición, tabaquismo, atención prenatal escasa o nula, mujeres solteras, sirvientas; actividad materna incrementada, amas de casa dedicadas a las labores domésticas, relaciones conyugales desfavorables, raza negra e indígena, nivel socioeconómico y cultural bajo, áreas urbanas, mayor altitud geográfica, escasos o nulos recursos para la salud, trabajo extrahogar, traumatismos, crisis emocionales, orgasmo, dispositivos intrauterinos, traslados o viajes largos y/o extenuantes, iatrógeno por personal médico (por peritonitis, isoimmunidad, desprendimiento prematuro de placenta, etc.) y recientemente se ha observado mayor incidencia en pacientes alcohólicas. A pesar de que existe una mayor atención perinatal del binomio madre-hijo y de los avances técnicos en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), el recién nacido de parto prematuro es un gran reto terapéutico para la medicina actual con problemas de manejo insuperables y, ciertamente, la solución del problema es la prevención del parto prematuro, pero los medios eficaces para hacerlo no existen todavía, por lo que los factores socioeconómicos, políticos y culturales que afectan la salud de la mayoría de las mujeres embarazadas en México, hacen que la incidencia del Parto Prematuro no se modifique. (42, 43)

(42) Jurado, García E. Epidemiología de la Prematurez, pp. 163-165

(43) Díaz, Del Castillo A. Prematurez, Problema Médico y Social, p. 159

1.3.2 Etiología.

Se desconoce la etiología exacta, y aunque parecen contribuir varios factores materno-fetales, no se conocen de forma concluyente los mecanismos a través de los cuales éstos, influyen sobre la contractilidad del músculo liso uterino. Entre los factores más frecuentes se encuentran: a) Ruptura prematura de membranas, b) Desprendimiento prematuro de placenta c) Traumatismos; que como respuesta al daño celular originan lesión de los lisosomas de la decidua y de las membranas, liberando fosfolipasa A-2 y formación subsecuente de PGs. d) Polihidramnios, e) Gestación múltiple, f) Liomiomas, situaciones que distienden excesivamente el útero -- produciendo estiramiento de las células del músculo liso, hipoxia y disminución del aporte de nutrientes por deficiencia en la corriente sanguínea, lo que produce isquemia de los lisosomas con la subsecuente liberación de fosfolipasa A-2 y producción ulterior de PGs., además, de que el liomioma puede calcificarse e incrementar el calcio intracelular en el tejido decidual y por lo tanto despolarizar la membrana e iniciar la contractilidad uterina; g) Anomalías estructurales del útero, congénitas como útero tabicado, bicorne, arqueado o doble, por ausencia o fusión inadecuada de los Conductos de Muller, ya que disminuyen la capacidad real del cuerpo uterino, y por causa adquirida, ya sea por legrados, conización para biopsias en el diagnóstico de neoplasias y/o esterilidad, desgarros cervicales que alteran la integridad funcional del cuello; h) Infecciones maternas gene

ralizadas graves; i) Infecciones cervico-vaginales y/o urinarias; j) Corio amnionitis; existe la hipótesis de que el mecanismo de acción de los agentes patógenos por vía hemática es producir y liberar fosfolipasa bacteriana potente, con acción semejante a la fosfolipasa A-2, des-esterificando al ácido araquidónico, originando la síntesis y liberación de PGs; y por continuidad tisular se supone que producen deciduo-corio-amnionitis, y que al hacerse crónica necrosa el tejido produciendo ruptura de los lisosomas; aunque el mecanismo de acción de las infecciones de vías urinarias no ha sido todavía delucidado. (44)

k) Anomalías fetales congénitas, se supone que por mecanismos inmunológicos o por aumento de glucocorticoides, debido a hiperfunción anormal de las suprarrenales, estimulan la formación de sustancias, enzimas u hormonas para la síntesis de PGs., sustancias que se encuentran en la orina fetal y que se vierten en el líquido amniótico; l) Estados hipertensivos como preeclampsia, eclampsia, hipertensión, que predisponen la esquemia uterina y que afectan la función placentaria concordando con la teoría de labilización lisosomal; m) Desequilibrio de hormonas esteroideas, principalmente por privación de progesterona que de un modo u otro mantienen el embarazo y antagonizan la liberación de PGs. (45, 46)

(44) Macvicar, John. Corioamnionitis, pp. 275-277

(45) Niswander, K.R. Op.cit.; p. 301

(46) Martínez, A. Genaro. et al. Factores Etiológicos más comunes en la Amenaza del Parto Prematuro, p. 345

1.3.3 Signos y Síntomas.

Estos incluyen a los del período prodrómico que comúnmente anteceden al parto normal pero que por ser cambios sutiles, en ocasiones pueden pasar inadvertidos por la mujer embarazada como son: aligeramiento o descenso uterino, polaquiuria, dolor en abdomen inferior y/o en región lumbar, calambres y/o parestesias en miembros inferiores, contracciones dolorosas cada vez más fuertes, involuntarias, espontáneas e intermitentes, secreción mucosanguinolenta por vagina, escurrimiento de líquido amniótico y/o sangrado vaginal. (47)

1.3.4 Diagnóstico.

La identificación del parto prematuro depende de la evaluación exacta de la edad gestacional y del conocimiento preciso del mecanismo de las contracciones uterinas que originan borramiento y dilatación del cuello uterino. Clínicamente se postula que existe parto prematuro cuando se presentan: 1) Contracciones uterinas involuntarias, dolorosas, espontáneas e intermitentes, con duración de 20 a 90 seg., frecuencia progresiva de 1 a 4 cada 10 min., y con las características de TGD. 2) Cuando existe borramiento y/o dilatación parcial o total del cuello uterino. 3) Cuando la edad gestacional es mayor de 28 semanas y menor de 37. 4) Expulsión

(47) Niswander, K.R. Op.cit.; p. 333

del tapón mucoso y ruptura prematura de membranas (aunque éstas no -- determinan el parto prematuro cuando se presentan solas). (48)

La determinación de la edad gestacional puede ser difícil o imprecisa por olvido o desconocimiento total de la fecha de última menstruación por parte de la paciente, razón por la que se debe recurrir a los recursos con -- que se cuenten para lograr un diagnóstico exacto y subsecuentemente, un óptimo tratamiento. En caso de no contar con suficientes recursos, debemos recordar que normalmente en el primer mes de gestación, el fondo uterino no sobresale el borde superior del pubis, pero que posteriormente, éste asciende a razón de 4 cm. por mes, por lo que el procedimiento empírico para calcular la edad del embarazo consiste sencillamente en medir la altura del fondo uterino desde el borde superior del pubis, sumando 4 cm. a la medida obtenida y dividiendo el total entre 4 (Ahlfelt). (49)

Para estimar con mayor exactitud la edad gestacional y las posibles causas que desencadenan el parto prematuro, pueden realizarse inicialmente las siguientes determinaciones: a) Revisión cuidadosa de la historia clínica, sobre todo en los antecedentes Gineco-Obstétricos que nos indiquen -- transtornos menstruales, fecha de última menstruación, fecha probable -

(48) Merck, & Sharp. El Manual Merck, p. 1038

(49) Facultad de Medicina. Op.cit.; pp. 38-39

de parto y uso de anticonceptivos hormonales; además, de los antecedentes patológicos personales que nos informen sobre alguna patología intercurrente, que predisponga o determine la aparición del parto prematuro;

b) Empleo de Ultrasonografía para conocer la medida del diámetro biparietal, teniendo en cuenta que cuando éste mide 9 cm. se tiene un peso fetal aproximado a los 2500 g., además de que se localizan situaciones como, anomalías de la placenta, defectos estructurales del útero, neoplasias, defectos congénitos fetales, gestación múltiple, óbito, etc.

c) Colocación de tocodinómetro abdominal por lo menos durante 1 hora para documentar la actividad uterina; y transductores cardiotocográficos que por mecanismo Doppler nos dan una valoración exacta de la frecuencia cardíaca fetal; d) Exploración vaginal por medio de tacto, para identificar el grado de borramiento y dilatación, integridad o rotura de membranas, prolapso de cordón umbilical, valoración pélvica, y en casos avanzados, presentación, descenso, posición, variedad de posición; exploración vaginal con instrumentos (con espejo vaginal de Graves o Cusco) para corroborar los fenómenos antes mencionados y de ser posible, pruebas de Ph (con papel de nitracina o multistix) que indiquen alcalinidad por presencia de líquido amniótico, además, pruebas de helechero o cristalización del moco cervical, que indican lo mismo; cultivo de exudado vaginal para detectar gérmenes patógenos y elección de antibioticoterapia adecuada; recolección de muestras de líquido amniótico en vagina, para determinar la relación lecitina/esfingomielina, evitando la contaminación

sanguínea. e) Exámen general de orina para diagnosticar infecciones de vías urinarias asintomáticas. f) Gamagraffa, para estimar el peso fetal. g) Amniocentesis, sin ruptura prematura de membranas para cuantificar la relación lecitina/esfingomielina, cultivo y recuento leucocitario de líquido amniótico. (50)

Cabe recordar que el diagnóstico debe hacerse tan rápido como sea posible, ya que de ello depende el riesgo de morbi-mortalidad materno-fetal o perinatal, además de que existe la posibilidad de realizar un diagnóstico erróneo y en consecuencia, la elección de un tratamiento innecesario, como es en el caso de la incompetencia ístmico-cervical.

1.3.5 Tratamiento.

El tratamiento, así como el diagnóstico, debe basarse en pruebas objetivas y firmes que nos ofrezcan la edad precisa del embarazo y nos confirmen que la mujer embarazada se encuentra realmente en T. de P., por otra parte, para garantizar el éxito del mismo, es importante identificar los recursos disponibles tanto para el tratamiento quirúrgico en caso de sufrimiento fetal, como para cubrir las necesidades del recién nacido -- prematuro, o en su defecto, de su transferencia a una institución de ter-

cer nivel. Del mismo modo, es de gran utilidad la comprensión de los - mecanismos por los cuales se cree se inicia la contractilidad uterina, ya que con ésto es más fácil elegir la estrategia que nos lleve al mejor manejo útero-inhibidor, las cuales pueden ser:

- 1) Evitar la despolarización de membrana, estimulando la Adenilciclase - y con ello el incremento en las concentraciones de AMP cíclico para que interfiera en la penetración y aumento de calcio libre plasmático o de su función dentro del miocito.
- 2) Inhibir la liberación y/o síntesis de agonistas contráctiles (oxitocina - materna-fetal).
- 3) Interactuar en la contractilidad estimulando receptores específicos --- (Beta-simpaticomiméticos).
- 4) Equilibrar el decremento hormonal que mantiene la gestación (progesterona y estrógenos).
- 5) Mejorar la corriente sanguínea, para mantener una adecuada oxigenación y aporte de nutrientes (proteínas), para la producción y sostén de -- los lisosomas. (51)

Es fácil observar que sea cual sea la conducta a seguir, éstas se encaminan directa o indirectamente a evitar la síntesis y liberación de PGs. ---

(51) Guy, M. Harbert Jr. Op.cit.; pp. 200-202

Existen también ciertos parámetros en los que se toman en cuenta algunos factores maternos que nos informan sobre la probabilidad de éxito del tratamiento útero-inhibidor, los cuales se describen a continuación:

- Índice de Baumgarten K./ De Gruber N. (1975)

Factores	0	1	2	3	4
Contracciones	-	irregular	regular	-	-
RPM	-	-	alta	-	baja
Hemorragia	-	manchado	abundante	-	-
Dilatación (cm)	-	1	2	3	4 o más
Expulsión del tapón mucoso (*)	-	presente	-	-	-

(*) Krachmer, Samuel. INPer. SSA, 1984.

- Índice de Bishop.

Factores	0	1	2	3
Dilatación (cm)	cerrado	1-2	3-4	5 o más
Borramiento (%)	0-30	40-50	60-70	80-100
Altura	-3	-2	-1	+1, +2
Consistencia	firme	mediano	suave	-
Posición	posterior	medio	anterior	-

González, Galván César. IMSS. H.G. Monterrey, 1980.

-Estableciéndose que con un índice tocolítico igual o menor de 7 existen -

grandes posibilidades de útero-inhibición y por lo tanto prolongar el embarazo o en caso contrario conducción del parto por medio de oxitócicos. (52)

También es importante señalar, algunas condiciones que contraindican el tratamiento tocolítico como en los casos de: cardiopatías con severa descompensación, hipertensión arterial, cetoacidosis diabética, traumatismos, procesos febriles, sufrimiento fetal agudo, amnionitis, anomalías congénitas, dilatación mayor de 3 cm. y borramiento que exceda el 50 %, óbito, hemorragia vaginal intensa u otro sangrado que indique desprendimiento prematuro de placenta, contracciones irregulares; ya que los efectos secundarios de los fármacos tocolíticos pueden complicar dichas patologías, aumentando el índice de morbi-mortalidad materna-fetal. (53)

El objetivo del tratamiento útero-inhibidor tiene 3 aspectos fundamentales que son: 1) Que el producto alcance mayor grado de madurez pulmonar y un peso que exceda los 2500 g. o la combinación de ambos. 2) La aplicación de inductores de madurez fetal, hasta 24 horas antes del nacimiento cuando estén indicados y 3) Disminuir la contractilidad y aumentar la perfusión placentaria, con el fin de mejorar la hipoxia y las condi

(52) Niswander, K.R. Op.cit.; p. 332

(53) Aluma, Sánchez Giovanni. Op.cit.; p. 62

ciones fetales en el caso de sufrimiento fetal agudo por polisistolia y/o --
hipersistolia. (54)

Los fármacos que son utilizados en la terapéutica tocolítica son:

a) Sulfato de Terbutalina (Bricanyl), medicamento con especificidad de --
acción en receptores beta-2 del músculo liso uterino y pulmonar, con e--
fecto cardiovascular mínimo. Dosis: 5 mg. en 500 ml. de solución glu--
cosada al 5 % o solución salina isotónica vía intravenosa (IV), a un ritmo
de 10 a 20 gts., pudiendo aumentar o disminuir la dosis indicada según la
respuesta que se obtenga y de los efectos secundarios que se presenten, --
manteniéndose durante 1-3 hrs. y continuarse por vía oral con 5 mg. ca--
da 6-8 hrs. hasta el final del período de la gestación. Los efectos secun--
darios que pueden presentarse son: taquicardia e hiperglicemia materna--
fetal; dolor subesternal, angustia, palpitaciones, rubicundez y edema --
pulmonar. (55)

b) Clorhidrato de Isoxsuprina (Vasodilan), fármaco semejante al Isoprote--
renol con una acción comparable al estimular receptores beta, con mayo--
res efectos colaterales que la terbutalina, administrando: 80 mg. en 500
ml. de solución glucosada al 5 % IV, con dosis inicial de 0.25 a 0.50 mg.

(54) Krachmer, Samuel. Normas y Procedimientos de Obstetricia, ---
pp. 369-370

(55) González, Galván César. et al. Terbutalina en la Amenaza de Parto
Prematuro, p. 28

por min. incrementando hasta un máximo de 1.0 g. hasta obtener respuesta; después de 2 hrs., administrar 10 mg. por vía intramuscular (IM) cada 6 hrs. por 24 hrs. y, posteriormente 10 a 20 mg. por vía oral (VO) cada 4-6 hrs. Los efectos secundarios son: taquicardia e hipotensión materna-fetal importantes. (56)

c) Orciprenalina (Alupent), droga beta adrenérgica con mayor efecto útero-inhibidor durante el tiempo de su aplicación, con acción indirecta sobre los receptores beta-2 a través de la adrenalina y la norepinefrina endógena; dosis: 50 mg. en 250 ml. de solución glucosada al 5 % IV, inicián dose con una infusión de 20 gts./min.; al obtenerse la respuesta deseada continuar con comprimidos de 20 mg. cada 6-8 hrs. VO. Efectos colaterales: hipotensión, taquicardia materna-fetal, insomnio, palpitaciones, y angustia. (57)

d) Etanol, se ha propuesto que el mecanismo de acción, consiste en inhibir la producción de oxitocina materna en neurohipófisis o hipotálamo, y probablemente la producción de oxitocina fetal ya que atraviesa la barrera placentaria. Dosis: 50 ml. de alcohol etílico estéril al 95 % en 450 ml de solución glucosada al 5 % IV, con dosis de sobrecarga de 7.5 ml/kg/hr. durante 2 hrs., seguida de 1.5 ml/Kg/hr. durante 10 hrs. hasta que cesen

(56) Niswander, K.R. Op.cit.; p. 336

(57) Rosenstein, Emilio. Diccionario de Especialidades Farmacéuticas, PLM, p. 32

las contracciones uterinas; y repetir dosis IV 10 hrs. después del inicio - por razón necesaria. Reacciones secundarias: intoxicación alcohólica, -- pérdida de la conciencia, aspiración por vómito, depresión intrauterina fetal, confusión mental, labilidad emocional. (58)

e) Ritodrina (Yutopar), fármaco agonista beta-2, con acción semejante a la isoxsuprina y a la terbutalina; dosis: 0.3 mg/min. en solución salina - IV y se aumenta a razón de .05 mg. cada 10 min. hasta desaparecer las - contracciones uterinas o hasta que aparezcan efectos indeseables tales -- como: taquicardia mayor de 140 por min., hipotensión, palpitaciones; por VO no es eficaz, por lo que se sugiere tratamiento de sostén con terbutalina. (59)

f) Sulfato de Magnesio ($MgSO_4$), fármaco que inhibe la excitación de la -- célula muscular probablemente al competir con el calcio intracelular a - nivel de la unión neuro-muscular o en los conductos de la membrana ope- rados por receptores más sensibles al magnesio, estabilizando a los li- sosomas; la dosis común es de 4 g. en 400 ml. de solución glucosada al 5 % IV lenta por media hora, con tratamiento de sostén de 2 g./hr., re- duciéndose a 1 g./hr. cuando desaparece la actividad uterina; sus efectos secundarios son: depresión respiratoria y cardiaca por hiper magnesemia

(58) Greenhill, J.P. et al. Op. cit.; p. 688

(59) Eggleston, K. M. Tratamiento del Trabajo de Parto y Parto Prematu- ro, pp. 297-298

y edema pulmonar. (60)

g) Inhibidores de PGs, se dispone de varias sustancias que alteran la -- producción y síntesis de PGs, principalmente PGF-2 alfa, al bloquear de algún modo la acción de la PG-sintetasa o del ácido araquidónico en los - sitios receptores de la membrana o de la decidua, los medicamentos más comunes son: la Indometacina, a una dosificación de 25 mg. VO cada 6 -- hrs. durante 5 días o 100 mg. en supositorios rectales y posteriormente, 25 mg. VO cada 6 hrs. hasta 24 hrs. después de haber cesado la contrac- tilidad uterina. Se ha comprobado que puede producir cierre prematuro - del conducto arterioso intrauterinamente; otros medicamentos usados son la Aspirina, Naproxén y el Acido Mefenámico, que pueden producir alteraciones gastrointestinales, cefalea, vértigo, y en dosis elevadas, inhibición del crecimiento arteriolar, ocasionando hipertensión pulmonar.

(61)

h) Entre otros medicamentos con menor uso están la Progesterona (con - acción relajante del músculo liso), Metaproterenol, Salbutamol, Nifedipi na, Diazóxido, Fenoterol, Hexoprenalina y Verapmil. (62)

Se deben complementar algunas medidas al tratamiento tocolítico, como

(60) Niswander, K.R. Op.cit.; p. 337

(61) Eggleston, K.M. Op.cit.; p. 300

(62) Niswander, K.R. Op.cit.; p. 338

son: reposo, sedación por razón necesaria (secobarbital y/o hidroxicina), hidratación para disminuir la liberación de hormona antidiurética u oxitocina de neurohipófisis, antibióticos en caso de ruptura de membranas; -- valoración de signos vitales y FCF, episiotomía amplia, aplicación de -- fórceps Elliot, cesárea, anestesia, administración de Betametazona (12 - mg. IM cada 24 hrs. para acelerar la madurez pulmonar fetal entre la -- semana 28 y 34 semanas de gestación), de acuerdo al criterio médico.(63)

1.3.6 Pronóstico Materno-Fetal.

Es evidente que existe poca esperanza de supervivencia en los fetos menores de 26 semanas de gestación, ya que a medida que se acerca el término del embarazo, disminuye progresivamente el riesgo de mortalidad, y a pesar de que los progresos de la Perinatología han aumentado, como se refleja en los adecuados programas de atención materna-fetal y en los -- adelantos tecnológicos de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales el manejo del recién nacido prematuro, sigue siendo un gran desafío terapéutico, debido al alto costo de los aparatos, material y atención médica; por lo que las causas que obligan y justifican la larga estancia intrahospitalaria de estos niños siguen siendo el Síndrome de Insuficiencia Respiratoria, Enterocolitis Necrosante, Septicemia Neonatal y Hemorragias Cere

brales. En cuanto a los problemas que la madre puede presentar al conocer el diagnóstico, durante el tratamiento o al tener un recién nacido prematuro se encuentran: infección intrauterina durante el embarazo o puerperal, angustia, depresión, sentimientos de ambivalencia, labilidad emocional, hiporexia, insomnio, etc. (64)

1.3.7 Características del Recién Nacido Prematuro.

'Recién nacido prematuro es aquel producto nacido vivo de una gestación menor de 37 semanas, sin importar su peso'. (65)

Es importante reconocer que la edad gestacional y el peso al nacer se correlacionan bien, aumentando el riesgo de morbi-mortalidad perinatal, el cual se debe principalmente a la inmadurez funcional y anatómica de diversos órganos, que le hacen presentar ciertas características y que lo distinguen del recién nacido normal. (66)

Las características físicas que lo hacen reconocer más fácilmente son: - la piel delgada y transparente, peso entre los 500 y 2500 g., color rojo-rosado, cuerpo pequeño con el cráneo redondo u ovoide, fontanelas amplias y suturas prominentes; las facciones de su cara le dan aspecto de viejo, carece de grasa subcutánea por lo que su piel cuelga en pliegues,

(64) Gómez, Pedroso Francisco. Op.cit.; p. 49

(65) Beischer, Mackay. Care Of Pregnant Woman and her Baby, p. 9

(66) Eggleston, K.M. Op.cit.; p. 304

presenta abundante lanugo en hombros, espalda y frente; carece de v́er-nix caseoso, los genitales son pequeños y en las niñas los labios pueden estar abiertos, las uñas son cortas, las orejas son blandas e implantadas por debajo del nivel de los ojos, el llanto es débil y monótono y su sueño es profundo. (67)

Entre las desventajas más comunes que puede presentar el recién nacido prematuro se encuentran:

1) Desarrollo inadecuado de la boca y del estómago, disminución de los reflejos de succión, deglución, del vómito y tusígeno, que originan dificultad para satisfacer sus necesidades nutricionales y aumentan el riesgo de broncoaspiración de alimentos; 2) Desarrollo incompleto del aparato respiratorio, que se manifiesta por inmadurez de los músculos torácicos, riego sanguíneo y reflejos nerviosos, lo que origina hipoventilación, hipoxia y acidosis respiratoria y/o metabólica. 3) Incapacidad de mantener homeóstasis térmica por inmadurez del centro regulador de la temperatura en el hipotálamo, por falta de grasa subcutánea, por actividad muscular débil e inmadurez de las glándulas sebáceas y sudoríparas, -- además de que su área cutánea es muy grande en proporción al peso. 4) - Transtornos en la función renal que originan ineficacia en los mecanismos

(67) Thompson, E. D. Enfermería Pediátrica, pp. 78-81

de filtración glomerular y por lo tanto de eliminación anormal de los desechos corporales como solutos, ácidos y agua. 5) Desarrollo incompleto de los sistemas productores de enzimas, hormonas y anticuerpos, que entre muchas cosas, lo hacen más susceptible a las infecciones. 6) Química corporal incompleta, con depósitos limitados de hierro y tasa rápida de crecimiento, que posteriormente causan anemia. 7) Hematopoyesis insatisfactoria, que aumenta la fragilidad capilar y por lo tanto la tendencia a las hemorragias, así como trastornos en la coagulación. 8) Inmadurez en las funciones hepáticas que alteran el almacenamiento de nutrientes, e imposibilidad de eliminar los pigmentos resultantes de la destrucción de eritrocitos. (68)

En el caso de que las necesidades del recién nacido prematuro no se satisfagan rápidamente y de que no se le apliquen las medidas terapéuticas para mejorar su estado funcional, se pueden presentar las siguientes complicaciones que aumentan el riesgo de mortalidad: Síndrome de Insuficiencia Respiratoria o enfermedad de Membrana Hialina, Septicemia Neonatal, Enterocolitis Necrosante, Asfixia Severa, Insuficiencia Renal Crónica, Kernicterus, etc. (69)

(68) Hamilton, Persis Mary. Op.cit.; pp. 199-218

(69) De La Torre, A. Joaquín. Op.cit.; pp. 36-40

1.4 Historia Natural del Parto Prematuro.

Periodo Prepatogénico.

Factores del Agente.

-Biológico: Ruptura prematura de membranas, infecciones cervico-vaginales, urinarias e intrauterinas, anormalidades de la placenta, eclampsia, preeclampsia, insuficiencia ístmico-cervical, gestación múltiple, - polihidramnios, miomas, presentación anormal, hiperactividad fetal, -- coito, orgasmo, intervalo intergenésico menor de un año, cirugía abdominal y cesáreas previas, multiparidad; enfermedades cardiovasculares, renales, pulmonares, hepáticas, endócrinas; infecciones generalizadas, - antecedentes de: legrados, partos prematuros, dos o más abortos, cer-- claje, hipertensión arterial.

-Físico: Dispositivos intrauterinos, accidentes laborales o de tránsito.

-Psicológico: Embarazo no deseado, relaciones sexuales prematrimoniales, stress, crisis emocionales.

Factores del Huésped.

-Herencia: Malformaciones congénitas estructurales del útero.

-Edad y sexo: Femenino, menores de 20 y mayores de 35 años.

-Talla: menores de 1.50 cm.

-Raza: Predominante en negra e indígena.

-Hábitos y costumbres: Deficiente higiene y alimentación mal balanceada, tabaquismo y alcoholismo.

-Ocupación: Mujeres con bastante actividad física, amas de casa dedicadas a las labores domésticas, trabajo extrahogar.

-Estado civil: solteras, ilegitimidad, unión libre.

-Características de la personalidad: Inmadurez emocional, problemática familiar, relaciones conyugales desfavorables, promiscuidad sexual.

Factores del Ambiente.

Ciudades con mayor altitud, en medio urbano y áreas marginadas, países subdesarrollados, nivel socioeconómico y cultural bajo, recursos para la salud y atención prenatal escasa o nula, traslados o viajes extenuantes baile, gimnasia, deporte.

Período Patogénico.

Estímulo Descendenciente: Contracciones uterinas en embarazo mayor de 28 y menor de 37 semanas de gestación.

Etapa Subclínica.

-Cambios anatomofisiológicos y bioquímicos locales: Disminución en los niveles de progesterona y aumento en la liberación de oxitocina materno-fetal que conllevan a la inhibición de la troponina e interacción de actina

y miosina; des-esterificación del ácido araquidónico por labilización de lisosomas en los tejidos óvulo-placentarios; aumento y distensión del útero y por lo tanto hipoxia lisosomal; aumento en la producción de cortisol fetal, por lo que se inhibe la progesterona; despolarización de la membrana celular del miocito, por aumento en la entrada de calcio intracelular y disminución del AMP cíclico; edema y rotura de las miofibrillas de colágeno del orificio endocervical; acción de las fosfolipasas bacterianas que activan la liberación de PGs; disminución en la resistencia de la membrana lisosomal por deficiencia nutricional; insuficiencia ístmico-cervical.

-Cambios anatomofisiológicos y bioquímicos funcionales: despolarización de la membrana, con interacción actina-miosina, provocando contractilidad de las miofibrillas del músculo liso uterino; encajamiento y descenso de la presentación; borramiento y dilatación del cuello uterino; distensión del segmento inferior uterino; conversión de células no marcapaso en células marcapaso; ruptura de membranas y rotación interna.

Horizonte Clínico.

Etapa Clínica.

-Signos y Síntomas: Aligeramiento o descenso uterino, polaquiuria, dolor abdómino-lumbo-sacro, calambres o parestesias en miembros inferiores.

deseos subjetivos de defecar; contracciones uterinas involuntarias, dolorosas, espontáneas e intermitentes, con duración entre 20-90 seg. y frecuencia progresiva de 1 a 4 contracciones cada 10 min. con características de TGD, expulsión del tapón mucoso, hemorragia vaginal, salida de líquido amniótico, borramiento mayor del 50 %, dilatación cervical mayor de 3 cm., descenso de la presentación. (tratamiento útero-inhibidor que conserva el embarazo hasta su término, o en caso contrario: complicación).

-Complicaciones: Parto Pretérmino. --- (Madre: parto vaginal o cesárea; puerperio fisiológico o quirúrgico; depresión post-parto, --- Recuperación).

-Incapacidad y/o daño biopsicosocial: Recién nacido prematuro; asfixia neonatal (leve, moderada o severa), desequilibrio en la homeostasia térmica, diversos grados de inmadurez anatomofuncional (hepática, hematopoyético, pulmonar, sistema nervioso central, etc.).

-Estado crónico: Síndrome de Insuficiencia Respiratoria (membrana Hialina), Enterocolitis Necrotizante, Septicemia, Asfixia severa, Insuficiencia Renal Crónica, Kernicterus, Neumonía, Hemorragia Cerebral, etc.

-Muerte.

Niveles de Prevención.

Prevención Primaria.

Promoción de la Salud.

Informar sobre la patología y de la importancia del control médico periódico; orientación sobre el manejo de la sexualidad, selección del cónyuge y consejo genético; educación sobre planificación familiar; orientación sobre la ingesta de una dieta balanceada en cantidad y calidad e higiénicamente preparada; capacitar a la familia para el mantenimiento y conservación de la higiene personal, del vestido y la vivienda; orientar a la familia sobre el cumplimiento correcto de las funciones de: socialización, cuidado, afecto, reproducción, relaciones familiares y conyugales; promover las actividades de esparcimiento y recreación; orientación sobre las molestias normales del embarazo, así como los problemas más frecuentes que pueden presentarse; promover el mejoramiento de las condiciones socioeconómicas y culturales.

Protección Específica.

Control prenatal continuo; orientación sobre los signos y síntomas de alarma en el embarazo; vigilancia estrecha prenatal a pacientes con embarazo de alto riesgo; tratamiento de infecciones cervico-vaginales, urinarias, generalizadas o de insuficiencia ístmico-cervical; orientación sobre

los riesgos de trabajo a que se puede estar sometida e indicar las medidas de protección específica que se deben utilizar durante el embarazo; - capacitar a la familia en la vigilancia del embarazo, parto y puerperio, - procurando que acuda a su control prenatal y a que cumpla las indicaciones médicas; período intergenésico mayor de un año entre cada embarazo; evitar el uso del alcohol, tabaco y drogas durante el embarazo; indicar una dieta equilibrada en cantidad y calidad durante el embarazo.

Prevención Secundaria.

Diagnóstico Precoz y Tratamiento Oportuno.

Historia clínica médica y de enfermería; exploración física y ginecológica completa: identificar los recursos materiales, humanos, institucionales y comunitarios disponibles, para el uso adecuado de los medios auxiliares de diagnóstico; estimación exacta de la edad gestacional por fecha de última menstruación, medida del fondo uterino, ultrasonografía, amniocentesis y gammagrafía; valorar características de contracciones uterinas (por palpación abdominal y colocación de transductores); identificar sangrado vaginal y/o escurrimiento de líquido amniótico (con pruebas de Ph, cultivos, relación lecitina-esfingomielina, etc.); identificar borramiento y dilatación cervical, descenso de la presentación, estado de las membranas, con auxilio de los cuadros de Bishop y Baumgarten, para precisar el tratamiento a seguir; diagnóstico diferencial de la insuficien

cia ístmico-cervical; colocación de transductores cardiotocográficos para la valoración de la FCF; hospitalización con reposo absoluto, vigilancia estrecha de signos vitales y FCF; mantener dieta equilibrada con mayor aporte de nutrientes y abundantes líquidos; tratamiento útero-inhibidor o tocolítico de acuerdo a las condiciones clínicas de la paciente y a los recursos disponibles (sulfato de terbutalina, clorhidrato de isoxsuprina, orciprenalina, etanol, ritodrina, sulfato de magnesio, indometacina, aspirina, naproxén, ácido mefenámico, progesterona, salbutamol y nifedipina); cuidados específicos de Enfermería, sedación por razón necesaria, administración de inductores de madurez fetal.

Prevención Terciaria.

Limitación del daño.

Parto vaginal con episiotomía amplia, utilización de fórceps Elliot, tratamiento quirúrgico (cesárea); valorar los recursos humanos y materiales disponibles para la atención del recién nacido prematuro, o en caso contrario, traslado oportuno al segundo o tercer nivel de atención médica - sin perder la interacción con el individuo y su núcleo familiar; capacitar a la familia en la correcta utilización de los recursos institucionales -- y/o comunitarios, con el objeto de limitar el daño; tratamiento adecuado de acuerdo a la complicación, independientemente del grado de avance; - planificación familiar y/o técnicas quirúrgicas de esterilización.

Rehabilitación.

Exámen médico prenatal periódico; psicoterapia individual y/o familiar para aceptar la muerte del producto con mal pronóstico; educación a la comunidad para aceptar al producto con incapacidad parcial o total; orientación sobre la importancia de un intervalo intergenésico mayor de un año; consejo médico y/o psicológico en las relaciones conyugales.

II. HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA.

A. Datos de Identificación.

Nombre M.P.G. Edad 23 años No. de Expediente 15677
No. de cama 7 Sexo femenino Estado civil casada
Servicio sala de Gineco-Obstetricia
Fecha de ingreso 15-II-87 Ocupación labores domésticas
Escolaridad 2o. de secundaria Religión católica
Nacionalidad mexicana lugar de procedencia México, D.F.
Domicilio Av. Cuauhtémoc No. 77, Col. Guadalupe Victoria
Ecatepec de Morelos, Estado de México.
Persona responsable esposo, M.R.L.
Ocupación comerciante Domicilio el mismo

B. Perfil del paciente.

-Ambiente físico.

Habitación: Está construída con paredes de ladrillo y techos de cemento, tipo de construcción urbano, tiene una recámara, una sala-comedor, una cocina, un baño; habitaciones que cuentan con ventanas que ofrecen suficiente ventilación e iluminación, cuentan con corriente eléctrica, la casa es rentada, conviven con un perro y dos pájaros.

Servicios sanitarios: Agua intradomiciliaria insuficiente durante el día, -eliminación de desechos por drenaje, control de basura deficiente ya que el camión recolector pasa dos veces por mes, pavimento en regulares --condiciones por haber demasiados baches y tierra.

Vías de comunicación: Un teléfono público aproximadamente a un kilómetro de distancia; autobuses, taxis, "colectivos-combis".

Recursos para la salud: Clínica DIF Ecatepec, médicos particulares.

-Hábitos higiénicos.

Aseo: Baño completo cada 3 días (calienta el agua en cubetas), se lava -- las manos después de ir al W.C. y antes de comer y cocinar, aseo bucal antes de acostarse, cambio total de ropa personal, una o dos veces a la

semana.

Alimentación: Baja en calidad y cantidad (abundantes carbohidratos y "alimentos chatarra").

Eliminación vesical: De 8-10 veces al día, en poca cantidad, de color -- amarillo, olor normal, disuria y tenesmo vesical ocasional, durante el último trimestre del presente embarazo.

Eliminación intestinal: Una vez al día durante las mañanas, color café -- obscuro, estreñimiento desde hace dos meses.

Descanso: Se acuesta, y en ocasiones duerme al terminar sus labores -- domésticas.

Sueño: Concilia el sueño con dificultad, duerme tranquilamente, general_ mente de 21:00 a 5:30 hrs.

Diversión y/o deportes: No practica ningún deporte, se divierte al ver -- televisión o al ir al cine con su esposo.

Estudio y/o trabajo: No estudia actualmente, pero desea terminar la secundaria y estudiar una carrera corta como Enfermería o secretaria, --

trabaja en su casa en las labores domésticas (barrer, trapear, cocinar, ir al mercado, llevar a su hijo al kinder, mantener limpios los muebles).

Composición familiar: Esposo de 25 años de edad, comerciante de ropa en un tianguis, participa económicamente; hijo de 5 años que acude al -- kinder e hija de 3 años que no participa económicamente.

Dinámica familiar: Es favorable ya que no tiene conflictos con su esposo, se siente feliz y en armonía con su familia.

Dinámica social: Mantiene buenas relaciones con vecinos, amigas y maestras, coopera en beneficio de la comunidad.

Comportamiento: Es agradable, sencilla, se adapta fácilmente al medio hospitalario, convive con las pacientes, angustiada por el diagnóstico -- médico y el pronóstico de su producto.

C. Problema actual o padecimiento.

Lo inició hoy (15-II-87), aproximadamente a las 5:30 hrs. al presentar -- contracciones uterinas de regular intensidad, duración y frecuencia (1 cada 30 min. con duración de 15 seg. aproximadamente) y aumento en -- los movimientos fetales; posteriormente las contracciones aumentaron

en frecuencia, siendo de 1 cada 15 min. con duración de 25 a 40-45 seg. - en promedio, con una intensidad del dolor cada vez más fuerte, además, refiere salida de secreción muco-sanguinolenta vaginal y disminución de los movimientos fetales por más de una hora, por lo que acude a ésta -- institución, y continúa con actividad uterina regular, quejumbrosa e in--tranquila.

Antecedentes personales patológicos: Durante la infancia: parotiditis, a--migdalitis y amigdalectomía a los 14 años, ascariasis; cuadros gripales frecuentes, estreñimiento crónico, tabaquismo (1-2 al día), alcoholismo ocasional sin llegar a la embriaguez, cuadro de inmunizaciones completo -- niega antecedentes luéticos, fímicos, alérgicos, epilépticos, hemorrá--gicos, psiquiátricos, cardiovasculares.

Antecedentes familiares patológicos: Madre de 46 años con várices en - miembros inferiores, obesa, con gastritis y cefaleas constantes; padre - de 52 años, diabético, bajo tratamiento médico, con ingesta frecuente de alcohol llegando a la embriaguez; hermano de 17 años con crisis convulsi--vas en tratamiento médico, resto de familiares aparentemente sanos, -- niega antecedentes luéticos, fímicos, reumáticos, alérgicos, cardiovas--culares, psiquiátricos o neoplásicos.

Comprensión y/o comentario acerca del padecimiento: Se encuentra an--

gustiada, ya que teme por la vida de su futuro hijo, además, de que lo -
considera valioso porque posteriormente solicitará que se le realice la -
salpingoclasia; piensa que su padecimiento se debe a que no se cuidó mu-
cho en el presente embarazo, ya que trabaja mucho en su casa.

Participación del paciente y la familia en el diagnóstico, tratamiento y --
rehabilitación: Ella coopera en todas las indicaciones, se muestra com-
prensiva en el tratamiento, recibe visitas de sus familiares todos los --
días, le hacen sentirse bien y la alientan a que colabore con el equipo mé
dico para el bienestar propio y del producto, le compran rápidamente -
los medicamentos necesarios y le proporcionan ropa limpia y revistas.

Antecedentes Gineco-Obstétricos: Menarca a los 14 años, ritmo de 30X3
en cantidad moderada, con dismenorrea y ciclomastodinia. Inicia vida -
sexual activa a los 16 años sin dispareunia, relaciones vaginales con un -
solo compañero; Gesta IV, Para II, Cesáreas 0, Abortos I, fecha de últi
ma menstruación: 13 de Junio de 1986, fecha probable de parto: 20 de Mar
zo de 1987, primera gesta a los 16 años con aborto completo sin legrado;
segunda gesta en 1981, sin problemas en el embarazo, parto o puerperio,
atendida por partera empírica y se obtuvo producto normal con peso de -
2780 g., sexo masculino; tercera gesta en 1983 sin problemas en el emba
razo, parto o puerperio, atendida por médico particular, y se obtuvo pro
ducto vivo del sexo femenino con peso de 3120 g.; control anticonceptivo

intergenésico con hormonales vía oral (neogynon), que suspendió dos meses antes del presente embarazo; durante el primer trimestre presentó signos y síntomas neurovegetativos propios del embarazo; durante el segundo trimestre asintomática; a partir del inicio del tercer trimestre -- presentó edema en miembros inferiores por las tardes, cefaleas frecuentes; flujo blanquecino, ligeramente fétido, en moderada cantidad, prurito y tenesmo vesical ocasional; embarazo sin control prenatal.

-Exploración física.

Habitus exterior: Sexo femenino, edad aparente a la cronológica (24 años) ectomesomórfica, fascies característica de dolor por contracciones uterinas, actitud somática libremente escogida y psicológica adaptada al medio; sin movimientos anormales, marcha no claudicante, nivel socio-económico y cultural bajo.

Aspecto físico y emocional: Quejumbrosa, con palidez de tegumentos y conjuntivas, bien orientada en cuanto a espacio, lugar y tiempo; sociable y angustiada.

Talla 1.58 cm. Peso 55.670 Kg.

Cabeza y cuello: Normales, cara con manchas de cloasma, boca con varios molares cariados y abundante sarro, lengua normal, regular hidratación de mucosa oral.

Miembros superiores: S.D.P., TA- 120/70, T- 37.1 °C, P- 100 por min.

Tórax: Con movimientos respiratorios rítmicos, a la auscultación sin ruidos anormales, FR- 22 por min.

Mamas: Grandes, pendulares, sin dolor a la palpación y secreción láctea a la expresión, areola pigmentada, sin presencia de adenopatías palpables y reflejo galactógeno positivo.

Abdómen: Aumentado de tamaño por útero gestante, fondo uterino a 28 cm por arriba del borde superior del pubis, con producto único vivo intrauterino (PUVI), en situación longitudinal, presentación cefálica, abocado, rechazable, con dorso a la derecha y FCF de 142 latidos por min. localizado en cuadrante inferior derecho. A la exploración genital se observa: vello púbico normal, vulva hiperpigmentada; al tacto vaginal se perciben paredes lisas y suaves, pelvis amplia, orificio cervical central y permeable a dos dedos, con 2-3 cm. de dilatación y borramiento del 20-30 %, membranas íntegras, presencia de flujo blanquecino, en moderada cantidad y con olor ligeramente fétido, aumento del tono muscular abdominal por presentarse una contracción uterina con duración de 42 seg. y con características de Triple Gradiente Descendente.

Miembros inferiores: Con discreto edema en piernas y maleolos.

Resto: S.D.P.

-Interrogatorio por Aparatos y Sistemas.

Aparato Respiratorio: Disnea a partir del tercer trimestre, principalmente al realizar esfuerzos.

Aparato Digestivo: Estreñimiento, pirosis ocasional.

Aparato Urinario: Disuria y tenesmo vesical.

Aparato Cardiovascular: Cefaleas frecuentes desde hace un mes.

Aparato Reprodutor: Flujo blanquecino, pruriginoso, de regular cantidad y con olor ligeramente fétido.

Sistema Nervioso: S.D.P.

Síntomas Generales: Quejumbrosa, intranquila, hiporexia, ansiedad, labilidad emocional.

Exámenes de Laboratorio y Gabinete: Se carece de ellos, ya que ésta institución cuenta con escasos recursos humanos y materiales, por lo que los tratamientos empleados se realizan por clínica y experiencia profesional, las pacientes que cuentan con ellos, los realizaron previamente en laboratorios particulares. (Véase conclusiones)

Tratamiento empleado: Reposo absoluto, posición decúbito lateral izquierdo, dieta blanda hiperprotéica, Sulfato de Terbutalina 5 mg. en 500 ml. de solución glucosada al 5 %, con inicio de 10 gotas por min. y aumentando progresivamente hasta inhibir la contractilidad uterina, con un máximo de 40 gts. por min., manteniéndola la dosis por 3 horas y continuar con tabletas de Sulfato de Terbutalina, 5 mg. VO cada 8 hrs. hasta terminar el embarazo; Acido Nalidíxico y Nitrofurantoina (Pirifur) comprimidos, --

VO, 1 cada 6 hrs.; Buscapina grageas, 1 cada 8 hrs. PRN; Normacol granulado, una cucharadita cada 12 hrs. VO; Metrofur óvulos vaginales, 1 - cada 24 hrs; registro de signos vitales cada 30 min. y frecuencia cardíaca fetal cada 2 hrs.; vigilar actividad uterina y reacciones secundarias - durante el tratamiento IV; cuidados generales de enfermería.

D. Problemas detectados.

Reales.

- Amenaza de parto prematuro en embarazo de 35.2 semanas de gestación.
- Leucorrea.
- Disuria y tenesmo vesical (lo que sugieren infección de vías urina rias).
- Nutrición deficiente en calidad y cantidad e hiporexia.
- Caries dental.
- Promiscuidad.

Potenciales.

- Nacimiento de un producto prematuro.
- Infección ascendente en el aparato reproductor y predisposición al Cáncer Cérvico-Uterino.
- Pielonefritis, Insuficiencia renal aguda.
- Desnutrición, Anemia.
- Gingivitis, Pulpititis, Parodontitis.
- Enfermedades respiratorias, infestación por artrópodos.

- Tabaquismo positivo.
- Alcoholismo ocasional.
- Control de basura inadecuado.
- Pavimento en malas condiciones.
- Estreñimiento.
- Situación económica desfavorable.
- Deficientes hábitos higiénicos.
- Angustia y labilidad emocional.
- Enfermedades respiratorias, Cáncer pulmonar.
- Alcoholismo crónico, Cirrosis Hepática Alcohólica-Nutricional.
- Enfermedades gastrointestinales.
- Enfermedades gastrointestinales y respiratorias.
- Hemorroides.
- Relaciones conyugales y familiares conflictivas, desintegración familiar.
- Infecciones de la piel, digestivas, etc.
- Depresión.

E. Diagnóstico de Enfermería.

Paciente femenina de 23 años de edad, casada, Gesta IV, Para II, Abortos I, proveniente de nivel socioeconómico y cultural bajo; con palidez de tegumentos y conjuntivas y regular hidratación de mucosa oral, que cursa embarazo sin control prenatal de 35.2 semanas de gestación por fecha de última menstruación, con producto único vivo intrauterino, en situación longitudinal, presentación cefálica, abocado y rechazable, con dor-

so a la derecha y una frecuencia cardiaca fetal de 142 latidos por min. -- localizado en el cuadrante inferior derecho y que presenta contracciones uterinas que tienen características del Triple Gradiente Descendente, -- con una evolución de 4 hrs. y frecuencia de 1 cada 15 min., con duración de 25 a 40 seg, con una intensidad del dolor que aumenta progresivamente; encontrándose a la exploración genital al tacto y con espejo vaginal, - una dilatación del orificio cervical de 2-3 cm. y un borramiento de 20-30 %, con membranas íntegras, lo que manifiesta una amenaza de parto prematuro; además, se observa flujo vaginal blanquecino, en moderada cantidad y ligeramente fétido, prurito vulvar, tenesmo vesical y disuria -- (posible infección de vías urinarias); ligero edema en miembros inferiores, hiporexia, estreñimiento crónico y caries dental; se encuentra in--tranquila, quejumbrosa, con labilidad emocional y temor a perder o complicarse la viabilidad de su producto; su alimentación es deficiente en calidad y cantidad ya que sufre una marcada crisis en su situación económica; se hospitalizó en ésta institución y se mantiene en reposo absoluto - bajo tratamiento tocolítico y cuidados específicos de Enfermería.

III. PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

Objetivos terminales:

a) Colaborar con el tratamiento médico por medio de las acciones específicas de Enfermería a una paciente con amenaza de Parto Prematuro, con

el fin de inhibir las contracciones uterinas para prolongar el embarazo, permitiendo una mejor madurez pulmonar fetal y por lo tanto, la viabilidad extrauterina satisfactoria.

b) Informar a la paciente sobre la evolución de su padecimiento para disminuir su angustia.

Problema:

Obstétrico-Perinatal (Amenaza de parto prematuro en embarazo de 35.2 semanas de gestación).

Manifestaciones del problema:

-Contracciones uterinas efectivas de trabajo de parto, con frecuencia de 1 cada 15 min. y duración de 25-40 seg., aumentando progresivamente -- de intensidad y dolor; con producto único vivo intrauterino en situación longitudinal, presentación cefálica, abocado, rechazable, con dorso a la derecha; además, borramiento del cuello uterino de 20-30 % y dilatación del orificio cervical de 2-3 cm.

-Dolor abdómino-lumbar, quejumbrosa.

Razón científica de las manifestaciones del problema:

Teóricamente las contracciones uterinas del trabajo de parto se descen-

cadenan por aumento en la presión y distensión del útero; por liberación de oxitocina materna-fetal; por decremento en los niveles de hormonas esteroides que mantienen el embarazo (estrógenos-progesterona); por algún mensaje fetal hacia la madre: postulaciones que no satisfacen plenamente el por qué del inicio del trabajo de parto.

Recientemente se ha comprobado que las PGs, E-1, E-2, F-1, F-2 y F-2 Alfa, tienen un papel importante en el inicio de la contractilidad uterina, ya que su administración por vía oral intravenosa, intraamniótica, transvaginal o transabdominal y rectal, estimulan el útero con contracciones rítmicas y potentes en su intensidad, semejantes a las de trabajo de parto, lo suficientemente fuertes para vaciar el útero en cualquier momento de la gestación (principalmente las PGE-2 y PGF-2 Alfa), además de que provoca una disminución en la resistencia del cuello uterino al producir edema y ruptura de las fibrillas de colágeno que mantienen cerrado el orificio cervical, provocando la expulsión del tapón mucoso; también, al adquirir las contracciones uterinas una dirección descendente con mayor duración e intensidad en las partes altas que en las bajas, convierten a las células no marcapaso en células marcapaso disminuyendo la resistencia del útero a las fuerzas contráctiles; lo que conduce a un reblandecimiento del cuello uterino ocasionando borraramiento y dilatación y, que la presentación se aboque al estrecho superior de la pelvis materna.

El dolor se debe a la estimulación excesiva de las terminaciones de dendritas en neuronas sensitivas, al incrementarse la sinapsis en las mismas por el déficit de oxígeno en las células musculares durante cada -contracción; por la presión que ejerce la presentación sobre los nervios del segmento inferior; por la distensión tisular en cada contracción y por vía refleja del dolor visceral; además, de que no se ha definido fisiológicamente la acción de los receptores somatosensoriales que incrementan el dolor cuando existe temor, intranquilidad, etc.; se muestra quejumbrosa por acción refleja del dolor al contraer los músculos abdominodifrágmicos.

Acciones de Enfermería:

-Administración de Sulfato de Terbutalina (Bricanyl, solución inyectable) 5 mg. en 500 ml. de solución glucosada al 5%, con dosis inicial de 10 gotas por min., aumentando el goteo hasta inhibir la contractilidad uterina, con un máximo de 40 gts. por min., manteniendo la dosis útero-inhibidora durante 3 hrs.; posteriormente dosis de sostén con Bricanyl tabletas - 5 mg. VO. cada 8 hrs, hasta el final del embarazo.

-Vigilar los efectos secundarios de la administración del Sulfato de Terbutalina por medio de la observación directa, toma, registro y valoración de signos vitales y frecuencia cardíaca fetal (ésta última con períodos largos entre cada registro, aproximadamente cada 4-6 hrs.).

-Reposo absoluto en cama, en posición semifowler y/o decúbito lateral izquierdo.

-Aseo bucal y baño de esponja.

-Administración de Acido Acetil-Salicílico, 500 mg. VO. cada 8 hrs., - por razón necesaria.

Razón científica de las acciones de Enfermería:

El Sulfato de Terbutalina es un fármaco Beta-simpaticomimético con mayor acción sobre los receptores Beta-2 (glucoproteínas en la membrana celular) y con efecto directo sobre el músculo liso uterino y pulmonar -- produciendo relajación tisular; con mínima estimulación en receptores Beta-1, por lo tanto, con poco efecto cardiovascular. Además, se ha dicho que incrementa al AMP cíclico intracelular por medio de la Adenilciclasa de la membrana, disminuyendo la concentración intracelular de -- calcio, por lo que impide la unión actina-miosina o contractilidad muscular.

Además, la Solución Glucosada sirve de vehículo para la administración parenteral o intravenosa de Terbutalina, hidrata y proporciona aporte calórico al organismo, aumenta la expansión volumétrica vascular hacia -- la neurohipófisis (o hipotálamo) disminuyendo la liberación de oxitocina -- y, probablemente, estabiliza los lisosomas de la decidua al aumentar la

perfusión sanguínea con nutrientes y oxígeno hacia el útero.

La Terbutalina como fármaco simpático-mimético, con predominio de acción inmediata y prolongada sobre los receptores Beta-adrenérgicos, produce en los Beta-1: aumento de la frecuencia cardíaca (materna y/o fetal), aumento en la potencia contráctil del corazón, aumento en la lipólisis y disminución de la motilidad intestinal; al estimular los receptores Beta-2, incrementa la glucogenólisis, disminuye el tono arteriolar, la actividad uterina y el tono broncomotor; por lo que a dosis excesivas pueden manifestarse reacciones adversas desagradables para la paciente como son: taquicardia, palpitaciones, cefaleas, mareos, taquiesfigmia, rubicundez facial, temblores, hiperglicemia, aumento en la frecuencia cardíaca fetal, dolor subesternal y raramente, hipotensión importante y edema pulmonar.

El registro de la frecuencia cardíaca fetal debe realizarse esporádicamente, ya que al realizarse la palpación o el registro con métodos externos, el contacto con la piel provoca excitación neuro-muscular, por lo que se puede reiniciar la contractilidad uterina y acelerar el mecanismo de parto.

El reposo absoluto disminuye el movimiento, ya que es un factor desencadenante de la contractilidad uterina al provocarse la irritabilidad neuro

muscular; además, al colocar a la paciente en posición semifowler, se facilitan la respiración, al disminuir la tensión de los músculos abdomino-diafragmáticos, la ingestión de alimentos, también se evita que se cansen por lo que la mantiene cómoda; la posición decúbito lateral izquierdo, mejora la corriente sanguínea hacia el útero y favorece la circulación materna-fetal proporcionando mejor aporte de nutrientes y oxígeno al producto y a los tejidos óvulo-placentarios; el útero ocupado por el producto no comprime la aorta por lo que no se compromete la circulación y se mejora la ventilación, ya que el útero "descansa" en la cama; con el cambio frecuente de posición se evita la isquemia tisular por exceso de presión.

La piel y las mucosas son la primera línea de defensa contra las infecciones, por ello es importante mantener a la paciente en buenas condiciones de higiene, se obtiene una mayor inmovilidad y se le proporciona comodidad y presentación.

El Acido Acetil-salicílico inhibe la transmisión sináptica de los impulsos nerviosos a los órganos receptores del dolor, originados por las contracciones uterinas y desactiva a la Prostaglandin-sintetasa, disminuyendo la liberación e intensidad de los efectos de las PGs. actuando como fármaco útero-inhibidor.

Evaluación:

-La frecuencia de las contracciones uterinas disminuyó a la dosis de 20 gts. por min. y desaparecieron totalmente a las 2 hrs. aproximadamente, posterior al inicio del tratamiento; se continuó por 1 hora más y se siguió con el tratamiento de sostén VO, presentándose contracciones uterinas esporádicas, con frecuencia de 1 cada 4-6 hrs. y duración de 8-12 seg., además, se mantuvo con buena hidratación de mucosa oral. El tratamiento útero-inhibidor se aplicó con éxito durante 7 días, reiniciándose las contracciones uterinas al presentarse la ruptura de membranas.

-La paciente permaneció asintomática, con signos vitales estables (Pulso 80-88 por min., Tensión Arterial 110/70-120/80 mm/Hg., Respiración 18-24 por min., Temperatura 37.6 °C), sin otros datos patológicos. La frecuencia cardiaca fetal estuvo dentro de los límites normales (140-154 por min.), movimientos fetales esporádicos, y sin datos de sufrimiento fetal.

-Permaneció cómoda con aspecto tranquilo, respiración rítmica y normal, cambiando de posición con frecuencia, lográndose mejorar la circulación fetal.

-La sensopercepción del dolor a las contracciones uterinas desapareció

a las 18 hrs. después de iniciado el tratamiento analgésico-antiprostaglandínico y se mantuvo asintomática hasta la reaparición de las contracciones uterinas al interrumpirse el tratamiento útero-inhibidor por presentarse la ruptura prematura de membranas.

Problema:

Gastrointestinal.

Manifestación del problema:

-Estreñimiento crónico.

Razón científica de la manifestación del problema:

La causa real de esta disfunción es el movimiento retardado de las heces por el intestino, ya sea por obstrucción mecánica del colon, trastornos en la inervación del intestino, que producen disminución en la excitabilidad de la musculatura, malos hábitos de defecación, ingesta deficiente de líquidos; dieta con poca cantidad o escasa de celulosa y/o contenido fibroso; debilidad de la musculatura abdomino-diafragmática por desnutrición, problemas psicológicos y por compresión del útero gestante sobre el intestino.

Acciones de Enfermería:

- Vigilar la ingesta de una dieta blanda, hiperprotéica, hiposódica con -- abundantes líquidos y residuos.
- Administración de Normacol granulado VO., una cucharadita cada 12 - hrs. disuelto en un vaso con agua.

Razón científica de las acciones de Enfermería:

La dieta blanda disminuye la irritabilidad refleja hacia el útero y por lo tanto evita las contracciones uterinas, por ésta causa: se disminuye el - esfuerzo al defecar por lo que se evita el empleo de la prensa abdominal el aporte proteínico es indispensable para la formación plástica del orga nismo y específicamente, evita la labilización de los lisosomas del mio- cito, disminuyendo con esto, la posibilidad de síntesis de PGs.; es hipo- sódica para evitar el edema por retención de líquidos; los residuos -- aumentan el bolo fecal activando el peristaltismo y los líquidos lo reblan decen, facilitando la salida de las heces.

El mucílago de las basorináceas y la corteza de frángula son reguladores intestinales vegetales con acción laxante hidrófila, que aumentan el bolo fecal por ser indigeribles, además de que producen geles que distienden el intestino grueso, estimulando la motilidad intestinal, provocando su -

salida y manteniéndolo el intestino vacío en caso de que se presente el par__
to.

Evaluación:

Aceptó con agrado su dieta e ingirió abundantes líquidos y, defecó una --
vez por día con heces de consistencia blanda, de color café claro.

Problema:

Genito-Urinario (probable cervico-vaginitis y/o infección de vías urina-
rias).

Manifestación del problema:

-Flujo vaginal blanquecino, en moderada cantidad y ligeramente fétido; -
prurito vulvar, tenesmo vesical y disuria.

Razón científica de las manifestaciones del problema:

Comunmente el embarazo produce un aumento substancial en la produc-
ción y secreción de moco cervical, debido al incremento en los niveles__
de estrógenos, además, se produce un cambio en el Ph vaginal que pue-

de alterar la flora normal de la vagina, por lo que se hace más susceptible a las infecciones; el color blanquecino se debe a la descamación del epitelio vaginal con alto contenido de glucógeno; el olor fétido por la excreción de nitrógeno y otros gases como producto último del metabolismo bacteriano.

El tenesmo vesical y la disuria, es producto de la imposibilidad de vaciar la vejiga normalmente, ya sea por edema de la uretra o del trigono vesical debido a la invasión de microorganismos que lesionan el tejido y originan reacción inflamatoria, y por lo que también se estimulan los órganos receptores del dolor al realizar esfuerzo para miccionar. Así mismo, la secreción irrita a la piel y a las terminaciones de los nervios -- sensitivos u órganos finales, originando el deseo de rascarse.

Acciones de Enfermería:

-Administración de Pir ifur (Acido Nalidíxico y Nitrofurantoína) un comprimido cada 6 hrs. VO. durante 10 días.

-Administración de Metrofur (Metronidazol y Furazolidina) aplicar un óvulo cada 24 hrs. vía vaginal por 10 días.

Razón científica de las acciones de Enfermería:

El Acido Nalidíxico es un antiséptico urinario, que tiene como acción --

antibacteriana la inhibición de la síntesis (desdoblamiento) del DNA y la disminución del Ph de la orina, alterando la viabilidad bacteriana. La Nitrofurantóina es un bacteriostático y bactericida para Gram positivos y Gram negativos; que bloquea el ciclo de Krebs, interfiriendo en el metabolismo energético de la célula bacteriana.

El Metronidazol induce cambios mutágenos en el sistema reproductor bacteriano provocando generaciones con nulo poder patógeno. La Furazolidina es un nitrofurano, con acción bacteriostática y bactericida sobre microorganismos entéricos, interfiriendo en la síntesis de proteínas de la célula bacteriana en forma semejante a la acción de la penicilina; fomenta la proliferación de baciloacidófilos normales recuperando el medio ácido del Ph vaginal.

Evaluación:

La sintomatología que sugería infección urinaria disminuyó a los 3 días después de iniciado el tratamiento; la cantidad del flujo vaginal disminuyó, desapareciendo el olor fétido con aspecto macroscópico hialino; refirió que el prurito vulvar desapareció, se continuó con el tratamiento.

Problema:

Psicológico.

Manifestaciones del problema:

Angustia, temor e intranquilidad.

Razón científica de las manifestaciones del problema:

Su estado anímico es producto del miedo a las complicaciones del producto en caso de nacer prematuramente, además de que lo considera valioso, por se éste embarazo el último deseado; inconcientemente existe un incremento en las crisis de ansiedad ya que el nacimiento de un nuevo niño agudizará sus problemas económicos, que etiológicamente se podría considerar como un mecanismo de defensa; por otra parte se ha interrumpido su vida rutinaria al encontrarse ubicada en un medio desconocido, entre personas extrañas que la atienden y que comparten con ella una habitación, con cuidados específicos desconocidos para ella que la hacen dependiente, fomentando un estado regresivo que agudiza su miedo a lo desconocido y la sensación de soledad al interrumpirse la cercanía de su esposo e hijos.

Acciones de Enfermería:

-Evitar el aislamiento de la paciente, manteniéndola una conversación amistosa, comprendiendo sus temores y necesidades como ser humano.

-Orientación acerca del diagnóstico, tratamiento y pronóstico de su padecimiento.

-Fomentar óptimas relaciones familiares.

Razón científica de las acciones de Enfermería:

Por medio de éstas acciones la paciente estará mejor informada en todo lo referente a su padecimiento, con lo que se racionaliza y/o justifica -- las conductas terapéuticas y por lo tanto se disminuye su ansiedad; se -- se sentirá más segura, tendrá confianza al tratamiento y al personal mé-- dico y de Enfermería, se logrará una mejor y más fácil adaptación al -- medio hospitalario; al evitar el aislamiento la paciente desembaraza su carga emocional obtenida de la situación penosa o conflictiva en que se -- encuentra, proyectando ésta a las personas que conocen y/o comprenden su sentir. El contacto con su familia es un medio de enlace subjetivo -- que la mantiene dentro del núcleo familiar y social en que vive, y que -- satisfacen algunas de sus necesidades afectivas, proporcionándole seguridad y confianza.

Evaluación:

Aparentemente se mantuvo tranquila, adaptada al medio, cooperadora -- con las acciones de enfermería para el tratamiento, así como también --

fue accesible para la elaboración de la historia clínica de enfermería y para la realización del presente estudio, estableciéndose una relación terapéutico-amistosa; facilidad para conciliar el sueño; mantuvo buenas relaciones con sus familiares, con las demás pacientes y con todo el personal de la institución.

Problema:

Bajo nivel Socioeconómico.

Manifestaciones del problema:

- Ingresos económicos insuficientes.
- Deficientes hábitos higiénico-dietéticos.
- Disposición inadecuada de desechos.
- Insuficiente agua intradomiciliaria.
- Tabaquismo positivo y alcoholismo ocasional.

Razón científica de las manifestaciones del problema:

A pesar del incremento de producción y de la prosperidad económica que ha existido en nuestro País, la distribución desigual del bienestar nacional ha permitido la disparidad entre los ingresos de ricos y pobres, ya

que como en toda sociedad capitalista, el dinero se reparte dentro de las fuerzas productivas, principalmente a los dueños y dirigentes de los medios de producción; así también, la dependencia económica del país con otros más desarrollados, hacen que se incremente el costo de la vida, se exprima el ingreso real y por lo tanto el poder adquisitivo del pobre.

Como consecuencia del bajo ingreso económico, ya que el precio elevado de los alimentos que nutren impide su compra, por ignorancia, o por la gran demanda publicitaria que condiciona a comprar alimentos chatarra o que no nutren, la alimentación de la clase pobre es deficiente en calidad y cantidad.

Por otra parte, el crecimiento desmedido de la población en el Distrito Federal y en el área metropolitana, ha hecho que las autoridades correspondientes sean incapaces de satisfacer las demandas de servicios públicos como son: agua suficiente, disposición adecuada de desechos, construcción y/o reparación de banquetas y pavimentos, drenaje y alcantarillado, etc.

El alcoholismo y el tabaquismo, independientemente de la clase social, se deben al deseo conciente o inconciente de adaptarse a un determinado grupo social, o de seguir un modelo de conducta al identificarse en la personalidad de un familiar o un ídolo; además de razones patológicas.

como el crear una falsa seguridad o aliviar engañosamente la ansiedad, - entre otras.

Acciones de Enfermería:

- Orientar sobre la distribución adecuada de los ingresos económicos.
- Promover el mejoramiento de las condiciones socioeconómicas y culturales.
- Orientación sobre la importancia de la higiene personal y de la ingesta de una dieta balanceada en calidad y cantidad.
- Orientación acerca del manejo adecuado de los desechos.
- Informar sobre los daños que ocasionan el consumo de alcohol y tabaco.

Razón científica de las acciones de Enfermería:

Es necesario discriminar acertadamente entre las necesidades primarias y secundarias de todo ser humano, ya que esto evita derrochar el dinero, y promueve el mejoramiento de las condiciones de vida y del poder adquisitivo.

La higiene personal, además de ser esencial para la comodidad, bienestar y presentación de la paciente, forma una barrera efectiva contra la acción patógena de diferentes microorganismos y mantiene el buen funcion

namiento de la piel y mucosas.

Las necesidades alimentarias del organismo humano, se satisfacen de -- forma correcta, solo cuando la ingesta de los alimentos es suficiente en cantidad y calidad, ésto es, que cuenten con todos los nutrientes (proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas, etc.) necesarios para el desarrollo, reparación y mantenimiento de los tejidos corporales.

Dado que el alcoholismo es una enfermedad de comienzo insidioso, se debe concientizar que su consumo puede llevar a diferentes patologías como lo son: gastritis, pancreatitis, neuropatía periférica, lesión cerebral, cardiomiopatía y cirrosis hepática, teniendo ésta última una exacerbación del efecto hepatotóxico cuando la nutrición es inadecuada. Así también, el hábito de fumar aumenta el riesgo de sufrir enfermedades broncopulmonares, cardiovasculares, cáncer, úlcera péptica; alteraciones en la evolución del embarazo, crecimiento y desarrollo fetal, entre otras.

Evaluación:

La evaluación de las acciones de Enfermería, aplicadas a los problemas socioeconómicos y culturales, es difícil de realizar, ya que la solución de los mismos, son a largo plazo y dependen más, de los deseos de --

superación y del grado de concientización de la paciente.

Problema:

Obstétrico-Perinatal (ruptura prematura de membranas, con subsecuente aparición de contracciones uterinas de trabajo de parto, en embarazo de 36.1 semanas de gestación).

Manifestaciones del problema:

- Escurrimiento de líquido amniótico por vía vaginal.
- Contracciones uterinas verdaderas de trabajo de parto, con frecuencia de 2-3 cada 10 min. y duración de 40 a 50 seg. aumentando progresivamente la intensidad del dolor.
- Descenso de la presentación, borramiento de 90-100% y dilatación cervical de 6-7 cm.

Razón científica de las manifestaciones del problema:

Normalmente se dice que la tensión y el aumento de la presión intrauterina producen la ruptura de membranas, como suele suceder en la gestación múltiple, polihidramnios y al final del embarazo; también existen factores que predisponen u ocasionan la ruptura como en el caso de las

infecciones cervico-vaginales y urinarias, la desnutrición y diversas -- situaciones como: alteraciones estructurales del útero, anormalidades -- congénito-fetales, neoplasias, traumatismos, etc. Asi, al ocurrir la -- ruptura, el líquido amniótico escurre por vagina, referido por la paciente como ruptura de la "fuente". Al presentarse las contracciones uterinas verdaderas incrementa el descenso de la presentación (iniciándose -- el mecanismo de parto), el cual provoca también el borramiento y la dilatación del cuello uterino, originando dolor al distenderse el tejido cervical.

Acciones de Enfermería:

- Vigilar el trabajo de parto (contracciones uterinas, frecuencia cardiaca fetal, borramiento y dilatación cervical).
- Preparación física y psicológica de la paciente (colocarla en posición ginecológica, realizar tricotomía, instalación de venoclisis, asepsia y antisepsia; psicoprofilaxis).
- Atención del parto, realizando episiotomía y episiorrafia de la misma.
- Aspirar secreciones orofaríngeas al recién nacido prematuro, valoración Apgar y Silverman; entregarlo al médico para proporcionarle los -- cuidados inmediatos.
- Vigilar la evolución del alumbramiento.
- Canalizar a la paciente a sala de recuperación; realizar notas médicas

y de Enfermería, con sus respectivas indicaciones. Valorar la evolución del puerperio.

Razón científica de las acciones de Enfermería:

Dado que el parto suele sobrevenir después de la ruptura de membranas, es indispensable vigilar el mecanismo del mismo, ya que la rotura significa el punto de acción de la fuerza centrífuga ocasionada por el impulso de la fuerza uterina con el triple gradiente descendente; por la fuerza de gravedad, por el peso del producto, del tejido placentario y del líquido amniótico; así mismo, el descenso de la presentación, dilatación y borrarriamiento, intensidad y frecuencia de las contracciones uterinas, nos indican la evolución normal del parto, y la frecuencia cardíaca fetal dentro de los límites normales, el no compromiso fetal.

La posición ginecológica disminuye la curvatura lumbar y ayuda en la inercia del producto hacia el exterior, ocasionada por las fuerzas dinámicas de la contracción; la tricotomía se realiza para el aseo de la región vulvo-perineal, aunque se ha comprobado que carece de utilidad para prevenir las infecciones; los antisépticos inhiben la reproducción y eliminan algunas bacterias patógenas que pueden predisponer a infecciones al producto y a la madre; la psicoprofilaxis disminuye la angustia que origina el dolor de las contracciones, se libera el miedo y se logra una

mejor colaboración de la mujer durante el período expulsivo, aprovechando adecuadamente las contracciones, evitando la hipoxia fetal y el gasto de energía por parte de la paciente; la episiotomía se realiza para prevenir lesión intracraneal al producto, por presión sobre el perineo o por --retardo en la salida de la cabeza por la vulva, situaciones comunes en el parto del recién nacido prematuro; por otra parte, dado que el producto --se mantuvo intrauterinamente en un medio líquido, es indispensable aspirar las secreciones que se mantienen dentro de la orofaringe, con lo que se evita broncoaspiración al iniciarse la respiración del recién nacido; --los parámetros Apgar y Silverman Anderson se utilizan para valorar el --riesgo de morbi-mortalidad perinatal, lesiones neurológicas y la función respiratoria del recién nacido. Normalmente el alumbramiento ocurre --entre los 7 y 30 min. posterior al nacimiento del producto, siendo necesario valorar la integridad de las membranas óvulo-placentarias, cantidad de sangrado, formación del globo de seguridad o involución uterina, desgarros cervicales y/o vaginales para prevenir complicaciones inmediatas o mediatas como son: retención de placenta y/o restos óvulo-placentarios, ruptura de la arteria uterina o infección puerperal; además, se continua --con la vigilancia del puerperio mediato, se contribuye con el tratamiento de recuperación y se mantiene la relación terapéutica iniciada hasta el --momento de su egreso, aprovechando su estancia para orientarla en as--pectos referentes a la planificación familiar, cuidado y manejo del recién nacido, etc.

Evaluación:

La evolución del trabajo de parto fue satisfactoria, encontrándose al producto en situación longitudinal, presentación cefálica, con variedad de posición occipito derecho anterior, en segundo plano, borramiento del 100% y dilatación completa, FCF de 156 latidos por min.; previa asepsia y antisepsia de la región vulvoperineal y en posición ginecológica, se atendió parto eutócico, previa infiltración local de xilocaina se realizó episiotomía media lateral derecha y se obtuvo producto único vivo del sexo femenino; se aspiraron abundantes secreciones orofaríngeas, se pinzó y cortó el cordón umbilical y se calificó con Apgar de 6-7-8 y Silverman de 1-0-0 a los 1, 5 y 10 minutos respectivamente; se entregó al médico para proporcionar los cuidados inmediatos al recién nacido prematuro, encontrándose a la exploración física y neurológica aparentemente sin complicaciones y con peso de 2550 g.; se trasladó a sala de cueros para observación directa y cuidados específicos de Enfermería, sin presentarse alteraciones anatómo-funcionales de importancia. En cuanto a la madre, colaboró positivamente en el trabajo de parto y en el período expulsivo; se obtuvieron secundinas íntegras a los 15 min. posteriores al nacimiento del producto, se palpó fondo uterino involucionado tónico-contráctil, con escaso sangrado hemático transvaginal; se realizó episiorrafia con catgut - dos ceros y limpieza de la región vulvoperineal; se trasladó a hospitalización para su recuperación con signos vitales estables; egresó de la insti-

tución al segundo día de puerperio fisiológico en buen estado general, - junto con su hija, con pronóstico clínico perinatal favorable y en compañía de su familia.

CONCLUSIONES.

De acuerdo a la literatura consultada, se concluye que el Parto Prematuro, es una entidad patológica de gran importancia en nuestra sociedad, - debido a las altas tasas de morbi-mortalidad perinatal; ya que el nacimiento de un niño prematuro requiere de atención especializada e inmediata, de alto costo material y humano; y la deficiencia o ausencia de -- ésta, se refleja en secuelas orgánico-neurológicas que impiden su integración al núcleo familiar y social en que se desenvuelva; o en su defec- to la muerte por complicaciones tales como: Síndrome de Insuficiencia - Respiratoria, Sepsis Neonatal, Enterocolitis Necrosante, lesión Cerebral, entre otras.

Es importante distinguir que la atención de la paciente con amenaza de parto prematuro requiere de la adquisición exacta de diversos temas -- como son: mecanismos de la contractilidad uterina, teorías que originan el parto, métodos para calcular la edad gestacional, mecanismo y atención del parto; nombre, mecanismos de acción y efectos adversos de -- los fármacos útero-inhidores, etc.; conocimientos indispensables para

lograr un diagnóstico y tratamiento oportuno y eficaz.

Cabe reafirmar que el Proceso de Atención de Enfermería es un instrumento estratégico que permite al profesional de Enfermería instituir una metodología científica en su proceder, ya que al identificar (por medio de la Historia Clínica de Enfermería), explicar (con el Marco Teórico), planear y transformar (con el Plan de Atención de Enfermería) la realidad de una patología en un paciente dado, eleva su capacidad de juicio y supera y actualiza el conocimiento científico.

De acuerdo a lo expuesto en la epidemiología se observa y correlaciona que la paciente en estudio posee múltiples factores que la predisponen o determinan en cierto momento a la ocurrencia del parto prematuro, -- como lo son: la infección cervico-vaginal y/o urinaria, antecedentes de aborto, tabaquismo y alcoholismo ocasional, servicios para la atención de la salud y atención prenatal nulos, actividad física en exceso, stress, nivel socioeconómico y cultural bajo (hábitos higiénico-dietéticos deficientes, déficit en los ingresos económicos, mínimo grado de escolaridad, etc.), con lo que se evidencia que la prevención y/o solución del -- parto prematuro es más socio-política que médica.

A pesar de que el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia -- (DIF), es una institución integrada al Sector Salud, ésta carece de sufi--

cientes recursos humanos y materiales para promover, proteger, fomentar y restablecer la salud de la comunidad, ya que solo cuenta con personal médico general y auxiliares de enfermería, material en cantidad limitada, equipo en regulares condiciones para su uso y una área física -- reducida; situación desfavorable para la población asistente, pero que -- irónicamente favorece a los pasantes de Enfermería y Obstetricia que -- realizan su servicio social en esa institución, ya que debido al déficit de personal lo suficientemente preparado, la mayoría de los médicos dan -- la oportunidad de realizar con amplia libertad de ejecución, actividades que en otras instituciones no se nos permiten (incluyendo el presente estudio), y que teóricamente, de acuerdo al plan de estudios de la carrera de Licenciado en Enfermería y Obstetricia estamos preparados para -- realizar acciones tales como: vigilancia prenatal, planificación familiar sutura de heridas, curaciones, atención del parto y puerperio, cuidados inmediatos al recién nacido y prescripción médica obstétrica; actividades que incrementan y/o complementan los conocimientos teórico-prácticos de nuestra formación profesional y que, además, nos ofrecen una perspectiva inmediata y directa de la problemática real de una comunidad marginada, como muchas otras que existen en nuestro país.

SUGERENCIAS.

Dado que las medidas para solucionar ésta problemática están muy lejos

del alcance individual, considero importante señalar las siguientes modificaciones o sugerencias que permitirían lograr disminuir su incidencia, y que solo quedan a consideración de Políticos, Sociólogos, Directores - Médicos, profesionales en Demografía y Salud Pública.

-Mejorar el estado socioeconómico y cultural de las mujeres embarazadas y a la comunidad en general.

-Ampliar la cobertura de los servicios de salud, incrementando las labores de promoción, detección, prevención y tratamiento de factores que pongan en riesgo el embarazo.

-Elaboración de estrategias estatales e institucionales enfocadas a la atención del período gestacional, especialmente en los casos de alto riesgo.

-Programas de control para infecciones urinarias, cervico-vaginales; - de vigilancia nutricional y educación para la salud, que beneficien la población carente de recursos.

Sin embargo, el personal de Enfermería puede colaborar en el disminución de éste padecimiento, por medio de acciones específicas encaminadas a su prevención, como por ejemplo: educar a la comunidad respecto a reproducción (embarazo, parto y puerperio), educación sexual, planificación familiar, control prenatal, factores determinantes o predisponentes, mejoramiento de los hábitos higiénico-dietéticos, etc.; incluir

el tema en los planes de estudios de las escuelas de Enfermería, dándole un enfoque comunitario en beneficio de las grandes mayorías y no puramente biológica; e incrementar la preparación teórico-práctica de -- los estudiantes de la carrera de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

Finalmente, recomiendo a los pasantes de Enfermería interesados en el área de Enfermería Obstétrica a que realicen su servicio social en ésta institución, ya que con ello podrán aplicar y ampliar los conocimientos adquiridos durante la carrera, además de que se enfrentarán a los problemas reales de la comunidad.

BIBLIOGRAFIA

- Aluma, Sánchez Giovanni. Epidemiología de la Prematuridad. Tesis, INPer-SSA, México 1985, 70 p.
- Arestegui, Mendoza Irma. Introducción a la Clínica Ginecológica Propedéutica. Ed. La Prensa Médica - Mexicana, México 1964, 85 p.
- Beck, C. Alfred. Práctica de Obstetricia. Ed. La Prensa Médica Mexicana, 9a. ed, México 1983 458 p.
- Beischer, Mackay. Care of Pregnant Woman and her Baby. Ed. Sunders, California 1981, 240 p.
- Benson, C. Ralph. Manual de Ginecología y Obstetricia. - Ed. El Manual Moderno, 3a. ed. México 1983, 656 p.
- Bethea, C. Doris. Enfermería Maternoinfantil. Ed. Interamericana, 3a.ed. México 1984, 252 p.
- Caldeyro, Barcia R./Alvarez H. Fisiopatología de las Contracciones Uterinas y su Aplicación en la Clínica Obstétrica. H.G.O. No. 1, I.M.S.S. México 1954, 126 p.
- Casey, Linette M. et al. Endocrinología del Parto Prematuro. - Clfn. Obst. y Gin., Ed. Interamerica

- De La Torre, A. Joaquín. Enfermedades del Recién Nacido. Ed. La Prensa Médica Mexicana, 2a. ed., México 1981, 451 p.
- Díaz, Del Castillo A. Prematurez, Problema Médico y Social. Rev. Médica de Pediatría, Tomo --- XXXIII, No. 5, México 1963, 159-168 p.
- Eggleston, K. M. Tratamiento del Trabajo de Parto y Parto Prematuro. Clfn. Obst. y Gin., Ed. Interamericana, Vol. 2, México 1986, - 293-304 pp.
- Gómez, Pedroso Francisco. Aspectos Epidemiológicos del Parto Prematuro. Tesis, INPer-SSA, México 1984, 51 p.
- Gómez, Rodríguez Francisco. Apuntes de Crecimiento y Desarrollo. ENEO_UNAM, (s.p.i.), 604 p.
- González, Galván C., et al. Terbutalina en la Amenaza de Parto Prematuro. Rev. Gin. y Obst. de Méx. Vol. 48, No. 285, México 1980, 27-38.
- Goodman, S.L./Gilman, A. Bases Farmacológicas de la Terapéutica. Ed. Interamericana, 5a. ed., -- Vol. I, II, México 1978, 1412 p.
- Greenhill, J.P., et al. Obstetricia. Ed. Interamericana, --

- Guy, M. Harbert Jr. 2a. ed., México 1977, 816 p.
Contracciones Uterinas. Clfn. Obst. y
Gin., Ed. Interamericana, Vol. 1, --
México 1982, 191-202 pp.
- Guyton, C. Arthur. Fisiología Humana. Ed. Interamericana,
4a. ed., México 1976, 446 p.
- Hamilton, Persis Mary. Asistencia Maternoinfantil de Enferme
rfa. Ed. Interamericana, 3a. ed., Mé
xico 1981, 242 p.
- I.S.S.S.T.E. Cuadro Básico de Medicamentos. --
I.S.S.S.T.E. México 1980, 642 p.
- Jurado, García E. Epidemiología de la Prematuréz. Bol.
Médico, Hosp. Méx., No. 27, México
1970, 163-175 pp.
- Karim, S. M. Intravenous Prostaglandins E-2 Alpha
for the Induction of Term Labor. Amer.
Journ. Obst. and Gin., U.S.A. 1972, -
382 p.
- Krachmer, Samuel. Normas y Procedimientos de Obstetri
cia. INPer-SSA, México 1984, 404 p.
- Krupp, A. M. Diagnóstico Clínico y Tratamiento. Ed.
El Manual Moderno, 20a. ed., México
1985, 1226 p.

- Liggins, G. C. Factors Initiate Human Labor. Amer. - Journ. Obst. and Gin., Vol. 1, No. 13, USA 1975, 147 p.
- Macvicar, John. Corioamnionitis. Cln. Obst. y Gin. - Ed. Interamericana, México 1970, 275 p.
- Martínez, A. Genaro., et al. Factores Etiológicos más comunes en la Amenaza del Parto Prematuro. Rev. Obst. y Gin. de Méx., Vol. 53, Diciembre 1985, 345 p.
- Merck, & Sharp. El Manual Merck. Ed. Merck Sharp & Dohme Research Laboratories, 7a. ed. México 1982, 2298 p.
- Meyers, H. Frederik. Farmacología Clínica. Ed. El Manual - Moderno, 5a. ed., México 1982, 757 p.
- Niswander, K. R. Manual de Obstetricia, Diagnóstico y -- Tratamiento. Ed. Salvat, Barcelona -- 1984, 436 p.
- Novak, R. Edmund., et al. Tratado de Ginecología. Ed. Interamericana, 8a. ed., México 1971, 839 p.
- Papiernik, Emile. Propuestas para una Política Programa-da de Prevención del Parto Prematuro. Cln. Obst. y Gin., Ed. Interamericana, Vol. 1, México 1983, 785-811 pp.

- Pschyrembel, W. Obstetricia Práctica. Ed. Labor, 3a. ed., Barcelona 1978, 414 p.
- Revista Internacional de Niveles de Atención de Salud. Publicación Trimestral, RIMF, No. 2, México 1982, 42 p.
- Robinson, G. Ciclyc AMP. Academic Press Inc. Vol. 16, New York 1971, 769 p.
- Roper, N. Proceso de Atención de Enfermería. -- Ed. Interamericana, México 1983, -- 116 p.
- Rosenstein, Emilio. Diccionario de Especialidades Farmacéuticas PLM. Ed. México, 1983, -- 1184 p.
- Thompson, E. D. Enfermería Pediátrica. Ed. Interamericana, 4a. ed., México 1984, 451 p.
- U.N.A.M. Obstetricia. Facultad de Medicina, -- México 1980, 154 p.

A N E X O S

HISTORIA NATURAL DEL PARTO PREMATURO

PERIODO PREPATOGENICO	PERIODO PATOGENICO			
<p>Factores del Agente: Biológico: RPM, infección cervico-vaginal y/o urinarias, anomalías de la placenta, polihidramnios, intervalo intergenésico menor de un año, insuficiencia ístmico-cervical, antecedentes de partos prematuros, legrados o más de dos abortos; cesáreas previas, preeclampsia y eclampsia. Físico: DIU, accidentes laborales y/o de tránsito. Psicológico: Embarazo no deseado, stress.</p> <p>Factores del Huésped: Herencia: Malformaciones congénitas del útero. Edad y Sexo: Femenino, menos de 20 y más de 35 años. Raza y Talla: Negra e indígena, menores de 1.50 cm. Hábitos y Costumbres: Deficientes hábitos higiénico-dietéticos, alcoholismo y tabaquismo. Ocupación: Amas de casa, trabajo extrahogar. Estado Civil: Predominancia en solteras, unión libre. Características de la Personalidad: Relaciones conyugales desfavorables, promiscuidad sexual.</p> <p>Factores del Ambiente: Ciudades con mayor altitud, estado socioeconómico y cultural bajo, nula atención prenatal.</p> <p style="text-align: center;">Estímulo desencadenante: Contracciones uterinas de trabajo de parto, en embarazo mayor de 28 y menor de 37 semanas de gestación.</p>	<p>Horizonte Clínico</p> <p>signos y síntomas</p> <p>Complicaciones</p> <p>parto prematuro</p> <p>estado crónico</p> <p>inapacidad y/o daño</p> <p>recién nacido prematuro -- con diversos grados de inmadurez anatómico-funcional.</p> <p>Madre: parto vaginal o cesárea, depresión post-parto.</p> <p>Recuperación</p> <p>Muerte neonatal</p>			
	<p>cambios locales</p> <p>-disminución de la progesterona y del AMPc.</p> <p>-Liberación de PGs</p> <p>-acción de fosfolipas bacterianas,</p>	<p>cambios funcionales</p> <p>-despolarización de membrana.</p> <p>-Contracción de la musculatura lisa.</p> <p>-borramiento y dilatación.</p>	<p>pródromos de T. de P.</p> <p>-Contracciones uterinas de T. de P.</p> <p>-borramiento y dilatación mayor de 50% y de 3 cm.</p> <p>-descenso de la presentación.</p>	<p>recién nacido prematuro -- con diversos grados de inmadurez anatómico-funcional.</p> <p>Madre: parto vaginal o cesárea, depresión post-parto.</p>
PREVENCIÓN PRIMARIA	PREVENCIÓN SECUNDARIA	PREVENCIÓN TERCIARIA		
<p>Promoción de la Salud</p> <p>-Informar sobre la patología y de la importancia del control médico periódico.</p> <p>-Educación sobre Planificación Familiar.</p> <p>-Orientación sobre la ingesta de una dieta balanceada en cantidad y calidad e higiénicamente preparada.</p> <p>-Orientación sobre las molestias normales del embarazo.</p> <p>-Promover el mejoramiento de las condiciones socioeconómicas y culturales.</p> <p>-Promover las actividades de esparcimiento y recreación.</p> <p>-Orientar a la familia sobre el correcto cumplimiento de las funciones de socialización, afecto, relaciones familiares y conyugales.</p>	<p>Protección Específica</p> <p>-Control prenatal continuo</p> <p>-Orientación sobre los signos y síntomas de alarma en el embarazo.</p> <p>-Vigilancia estrecha a mujeres con embarazo de alto riesgo.</p> <p>-Orientación sobre los riesgos a que se puede estar sometida durante el embarazo.</p> <p>-Capacitar a la familia en la vigilancia del embarazo</p> <p>-Espaciamiento intergenésico mayor de un año en cada embarazo.</p> <p>-Informar sobre la importancia de la higiene y la dieta equilibrada durante el embarazo.</p> <p>-Evitar el uso del alcohol, tabaco y drogas durante el embarazo.</p>	<p>Diagnóstico Precoz y Tratamiento Oportuno</p> <p>-Historia clínica médica y de enfermería.</p> <p>-Exploración física y ginecológica.</p> <p>-Identificar los recursos materiales, humanos e institucionales disponibles.</p> <p>-Estimación exacta de la edad gestacional por fecha de última menstruación, altura del fondo uterino, ultrasonografía.</p> <p>-Valoración de las contracciones uterinas por palpación o con transductores abdominales.</p> <p>-Identificar sangrado transvaginal y/o escurrecimiento de líquido amniótico.</p> <p>-Identificar borramiento y dilatación cervical, descenso de la presentación, estado de las membranas, apoyo en los cuadros de Bishop y Baumgarten; vigilancia de frecuencia cardíaca fetal.</p> <p>-Diagnóstico diferencial de insuficiencia ístmico cervical; hospitalización, vigilancia de signos vitales y actividad uterina.</p> <p>-Dieta equilibrada con abundantes líquidos.</p> <p>-Tratamiento útero-inhibidor y cuidados específicos de Enfermería.</p> <p>-Administración de inductores de madurez pulmonar; sedación por razón necesaria.</p>		
		<p>Limitación del Daño</p> <p>-Parto vaginal con episiotomía o fórceps Elliot.</p> <p>-Cesárea.</p> <p>-Valorar recursos humanos y materiales disponibles para la atención del recién nacido prematuro, o traslado al segundo o tercer nivel de atención médica.</p> <p>-Capacitar a la familia en la correcta utilización de los recursos institucionales y comunitarios, con el fin de limitar el daño.</p> <p>-Tratamiento adecuado a complicaciones.</p> <p>-Planificación Familiar y/o aplicación de técnicas quirúrgicas de esterilización.</p>	<p>Rehabilitación</p> <p>-Examen médico prenatal periódico.</p> <p>-Psicoterapia individual y/o familiar para aceptar la muerte del producto con mal pronóstico.</p> <p>-Educación a la comunidad para aceptar al producto con incapacidad parcial o total.</p> <p>-Orientación sobre la importancia de un intervalo intergenésico mayor de un año entre cada embarazo.</p> <p>-Consejo médico y/o psicológico en las relaciones familiares y conyugales.</p>	

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

Identificación de la paciente: M.P.G., No. de expediente: 15677; Cama 7, - Originaria del D.F., casada; Ocupación: Labores domésticas; Escolaridad: segundo de secundaria; Religión: católica.

Objetivos terminales: a) Colaborar con el tratamiento médico, por medio de las acciones de Enfermería a una paciente con amenaza de Parto Prematuro, con el fin de inhibir las contracciones uterinas, prolongar el embarazo y permitir una madurez fetal pulmonar. b) Informar a la paciente sobre la evolución de su padecimiento para disminuir su angustia.

Diagnóstico de Enfermería: Paciente femenina, G-IV, P-II, A-I, que cursa con embarazo de 35.2 semanas de gestación por FUM, con PUVI, en SL, PC, abocado, rechazable, con DD y FCF de 142 latidos por min., que presenta contracciones uterinas con características del TGD, con evolución de 4 hrs., frecuencia de 1 cada 15 min. y duración de 25-40 seg., aumentando progresivamente la intensidad del dolor borramiento de 20-30%, dilatación cervical de 2-3 cm., con membranas íntegras; además, se detectan: flujo vaginal, tenesmo vesical y disuria; angustia por el temor a perder o complicarse la vitalidad de su producto, caries dental, hipoxemia, estreñimiento, palidez de tegumentos y regular hidratación de mucosa oral; por lo que se hospitaliza y se mantiene en reposo absoluto, bajo tratamiento útero-inhibidor y cuidados específicos de Enfermería.

PROBLEMA	MANIFESTACION DEL PROBLEMA	RAZON CIENTIFICA DE LA MANIFESTACION DEL PROBLEMA	ACCIONES DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACION
Obstétrico-Perinatal (amenaza de Parto Prematuro en embarazo de 35,2 semanas de gestación)	Contracciones de T. de P., con frecuencia de 1 cada 15 min. y duración de 25-40 seg. con PUVI, en SL, PC borramiento de 20-30 % y dilatación de 2-3 cm. Dolor abdomeno lumbar.	Teóricamente el T. de P. se inicia por el aumento de la presión y distensión uterina, liberación de oxitocina, decremento de progesterona y del AMP del miocito, correlacionándose con factores predisponentes como la RPM, gestación múltiple, polihidramnios, anomalías de la placenta, infecciones urinarias y cervico-vaginales. El parto prematuro aumenta el riesgo de morbi-mortalidad perinatal, por los problemas que puede presentar el recién nacido prematuro. El dolor se debe a la distensión e hipoxia de tejidos, que se produce en cada contracción y por temor al parto.	-Administración de Terbutalina IV, en solución glucosada hasta inhibir las contracciones; posteriormente continuar por VO. -Vigilar efectos secundarios de la terbutalina, registro de signos vitales y FCF. -Reposo absoluto. -Aseo bucal y baño de esponja. -Administración de Acido Acetil-Salicílico, VO.	La Terbutalina tiene acción sobre los receptores Beta-2 del músculo liso uterino, por lo que causa su relajación. La solución glucosada hidrata, proporciona aporte calórico y disminuye indirectamente la liberación de oxitocina al aumentar la expansión volumétrica hipofisiaria. Pueden presentarse efectos adversos cardiovasculares materno-fetales, ya que el fármaco también tiene acción en receptores Beta-1 del músculo liso y a través la barrera placentaria. De esta manera se disminuye la irritabilidad neuro-muscular producidas por el movimiento. La piel y las mucosas son la primera defensa contra las infecciones; se obtiene mayor inmovilidad y se mantiene limpia. Fármaco que disminuye o inhibe el dolor al interferir en la sinapsis de los impulsos nerviosos hacia los órganos receptores del dolor, además, posee acción antiprostaglandínico.	Las contracciones uterinas desaparecieron 2 hrs. después de iniciado el tratamiento, se mantuvo con la útero-inhibición durante 7 días, el cual se interrumpió al presentarse RPM y contracciones de T. de P. La paciente permaneció asintomática, con signos vitales estables, así como la FCF, se registró dentro de los límites normales. A pesar de que el reposo fue relativo, la reparación de la actividad uterina fue negativa. Se mantuvo limpia y presentable, se programó para el servicio de dental. El dolor desapareció 18 hrs. después de iniciado el tratamiento, hasta la reparación del T. de P.
Gastrointestinal.	Estreñimiento crónico	Su causa se debe a obstrucción mecánica del colon, trastornos en la innervación intestinal, malos hábitos de defecación, dieta deficiente en líquidos y residuos, debilidad de la musculatura abdomeno-diafragmática, compresión del útero gestante sobre el intestino.	-Vigilar la ingesta de una dieta blanda, hiperosmótica, hiposódica, con abundantes líquidos y residuos. -Administración de Muclago de Bacterinasas y corteza de frágula (nomaacol granulada).	Con esto, se disminuye la irritabilidad del intestino hacia el útero y el esfuerzo para defecar, se evita la labilización de los lisosomas y se mantiene la función plástica en el organismo, se evita la retención de líquidos y se reblanecen las heces. Ambos, son reguladores intestinales de origen vegetal, con acción laxante al aumentar el bolo fecal.	Aceptó con agrado la dieta, defecó sin esfuerzo, no presentó edema de miembros inferiores, durante su estancia hospitalaria. Evacuó una vez al día con heces de consistencia blanda.

PROBLEMA	MANIFESTACION DEL PROBLEMA	RAZON CIENTIFICA DE LA MANIFESTACION DEL PROBLEMA	ACCIONES DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACION
Genito-Urinario, (probable infección de vías urinarias y/o cervico-vaginitis).	Flujo vaginal en moderada cantidad, ligeramente fétido, prurito vulvar, disuria y tenesmo vesical.	Durante el embarazo la vagina es más susceptible a microorganismos patógenos; el mal olor se presenta como resultado del metabolismo bacteriano; las secreciones originan el deseo de rascarse al estimular las terminaciones de los nervios sensitivos y órganos terminales de la piel; la lesión o edema de la uretra o vejiga produce el tenesmo vesical y la disuria.	-Administración de Acido Nalidixico y Nitrofurantoina, VO. -Administración de Metronidazol y Furazolidina, óvulos vaginales.	El ácido nalidixico es un antiséptico urinario que inhibe la síntesis del DNA bacteriano; la nitrofurantoina bloquea el metabolismo energético de la célula bacteriana. El metronidazol altera la reproducción bacteriana y la furazolidina inhibe la síntesis proteica en la célula bacteriana.	El cuadro clínico que sugiera infección de vías urinarias disminuyó, así también, el flujo vaginal.
Psicológico.	Angustia (temor e intranquilidad)	Se debe al miedo de que puedan presentarse complicaciones en su parto en caso de nacer prematuramente, además, con el nacimiento de un nuevo niño agudizará su situación económica, y al internarse se ha interrumpido su vida familiar y social.	-Evitar el aislamiento de la paciente, conversar amistosamente y orientarla acerca de su padecimiento; comprender sus temores y fomentar la visita familiar.	Con esto la paciente racionalizará o justificará positivamente las conductas terapéuticas, se disminuye su ansiedad e inseguridad y tendrá más confianza en el pronóstico fetal; libera su tensión emocional, mantiene un enlace con su núcleo familiar y social.	Aparentemente se mostró tranquila, adaptada al medio, cooperadora al tratamiento, mostró buenas relaciones familiares durante la visita, fue sociable con personas y pacientes.
Bajo nivel socio-económico y cultural.	Ingresos económicos insuficientes. Deficientes hábitos higiénico-dietéticos. Disposición inadecuada de desechos. Agua intradomiliaria insuficiente. Tabaquismo positivo y alcoholismo ocasional.	La distribución de la riqueza es desigual en toda sociedad capitalista, beneficiando principalmente a los dueños de los medios de producción. La alimentación de la clase pobre es deficiente en calidad en cantidad, por falta de dinero o porque está condicionada por la publicidad o por ignorancia. El estado es incapaz de controlar el crecimiento del país y por lo tanto de otorgar servicios públicos adecuados. El alcoholismo y el tabaquismo se deben al deseo de adaptarse a grupos sociales o a seguir modelos de conducta.	-Orientar sobre la distribución adecuada del ingreso económico. -Orientación sobre la importancia de la higiene personal y de una dieta balanceada. -Orientación acerca del manejo adecuado de los desechos. -Informar sobre los daños que ocasionan el consumo de alcohol y el hábito de fumar. -Promover el mejoramiento de las condiciones socioeconómicas.	Es necesario identificar entre las necesidades primarias y secundarias de todo ser humano. La higiene forma una barrera efectiva contra la acción patógena de muchos microorganismos. Las necesidades alimentarias del organismo se satisfacen correctamente, cuando la dieta es equilibrada en cantidad y calidad. El alcoholismo es una enfermedad que puede complicarse con: gastritis, neuropatía periférica, lesión cerebral y cirrosis hepática; también el hábito de fumar puede ocasionar enfermedades broncopulmonares, cardiovasculares, cáncer y alteraciones durante el embarazo.	La evaluación de estas acciones aplicadas a este problema, es difícil de realizar, ya que la solución de los mismos, son a largo plazo, y dependen más de los deseos de superación y del grado de concientización de la paciente.

PROBLEMA	MANIFESTACION DEL PROBLEMA	RAZON CIENTIFICA DE LA MANIFESTACION DEL PROBLEMA	ACCIONES DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACION
Obstétrico-Perinatal (Ruptura Prematura de Membranas en embarazo de 36 semanas de gestación y aparición subsecuente de T. de P.	Escorrimento de líquido amniótico por vagina, contracciones uterinas que aumentan progresivamente de frecuencia, duración e intensidad del dolor, borramiento de 90-100 % y dilatación cervical de 6-7 cm.	Al perderse la integridad de las membranas, el líquido amniótico escurre al exterior, se inicia la producción de prostaglandinas y por lo tanto la contractilidad uterina, por lo que se inicia el mecanismo del parto; además, la rotura misma, el peso fetal, la fuerza de las contracciones y de la gravedad, hacen que el parto sea inevitable.	-Vigilar el T. de P., actividad uterina, FCF, dilatación y borramiento cervical. -Preparación física y psicológica (posición ginecológica, tricotomía, venoclisis, asepsia y antisepsia de la región vulvoperineal, psicoprofilaxis, etc.). -Atención del parto y puerperio; aspirar secreciones orofaríngeas al recién nacido; valoración de Apgar y Silverman; pasarlo al médico para proporcionar los cuidados inmediatos al recién nacido prematuro. -Vigilar la evolución del puerperio.	Cualquier alteración en el mecanismo del parto puede indicar alguna distocia, pudiendo comprometer al binomio madre-hijo. Estas acciones facilitan la expulsión del producto, se evitan infecciones y se disminuye la angustia que origina el dolor de las contracciones, por lo que la paciente puede colaborar durante el período expulsivo. La vigilancia estrecha de ambos períodos evita complicaciones como: traumatismos obstétricos, infección puerperal, hemorragias; con la aspiración de secreciones se evita que el recién nacido broncoaspire al iniciar su ventilación, y con los parámetros se indica el riesgo de morbi-mortalidad perinatal. Con ello se identifican complicaciones y se mantiene la relación terapéutica.	El T. de P. fue satisfactorio, con PUVI, en SL, PC, ODA, borramiento del 100 % y dilatación completa, FCF de 156 latidos por min. Durante el T. de P. y el período expulsivo colaboró positivamente; se administró solución glucosada al 5 % IV, no presentó datos de infección durante el puerperio. Se atendió parto eutócico, con previa anestesia local se realizó episiotomía MLD, se obtuvo PUV del sexo femenino, con Apgar 6-7-8 y Silverman de 1-0-0 a los 1,5 y 10 min. respectivamente; peso de 2550 g., exploración general normal; alumbramiento a los 15 min., loquios escasos, involución uterina normal se realizó episiorrafia y se trasladó a recuperación con signos vitales estables. Egresó al segundo día de puerperio fisiológico, junto con su hija, la cual evolucionó con pronóstico perinatal favorable.

G L O S A R I O

Absceso. Colección localizada de pus en una cavidad, formado por desintegración de los tejidos.

Adrenarquia. Desarrollo precoz del vello púbico, sin otra evidencia de desarrollo sexual, debido a la secreción anormal de las glándulas suprarrenales.

Amniocentesis. Extracción de líquido amniótico insertando una aguja estéril a través de la pared abdominal en la cavidad amniótica.

Biopsia. Extirpación quirúrgica de una pequeña sección de tejido con fines de diagnóstico y tratamiento.

Cerclaje. Técnica quirúrgica que consiste en ligar temporalmente el cuello uterino, cuando éste es incompetente durante el embarazo.

Ciclomastodinia. Dolor de las glándulas mamarias que puede presentarse en algún momento durante el ciclo menstrual.

Dispareunia. Coito doloroso en la mujer.

Dispepsia. Digestión difícil, trastornos de la digestión intestinal.

Ectomesomórfica. Tipo de constitución física que define a una persona de acuerdo a las tres capas germinales embrionarias según Sheldon, en este caso: de estatura y peso medio, hombros, tórax y caderas amplias.

Enzima. Proteína catalizadora que acelera reacciones bioquímicas del organismo, y que dirigen y seleccionan vías metabólicas.

Episiotomía. Incisión quirúrgica que abarca el tejido de la vagina del periné, para permitir el nacimiento del producto y evitar desgarramientos.

Fontanela. Espacio membranoso ("punto blando o mollera") de la unión de los huesos de la cabeza del niño, antes de que su osificación sea completa.

Ginatriesia. Imperforación de los genitales femeninos.

Glándula. Órgano que extrae sustancias de la sangre y produce una o más sustancias químicas llamadas secreciones u hormonas.

Hipertrofia. Aumento del tamaño de las células o de un órgano.

Homeóstasis. Es una condición en la cual el medio interno del cuerpo permanece relativamente constante.

Iatrogenia. Originada por el médico.

Intergénésico. Lapso de tiempo que transcurre entre cada embarazo.

Isoinmunidad. Situación en la que la embarazada produce anticuerpos contra los antígenos fetales de los sistemas ABO o Rh, teniendo como lugar, destrucción potencialmente letal de eritrocitos fetales.

Kernicterus. Lesión permanente del cerebro debida a los niveles elevados de bilirrubina en la circulación sanguínea.

Lisosomas. Organelos intracelulares en forma de vesículas rodeadas -- por una sola membrana celular que contienen enzimas.

Menarca. Primera menstruación.

Menstruación. Esguerrimiento sanguíneo por vía vaginal proveniente de -- la cavidad uterina, por descamación del endometrio cuando ha sufrido -- la acción cíclica estrogénica-progestacional.

Miocito. Célula muscular.

Nidación, o implantación. Fijación del óvulo fecundado en la mucosa ute rina o endometrio.

Obito. Muerte fetal ocurrida en el período comprendido entre la semana 20 del embarazo y la terminación del mismo con el parto.

Parestesia. Sensaciones anormales que se refieren a la superficie del - cuerpo, que tienen calidad de cosquilleo o carácter de picazón.

pH. Símbolo que se utiliza para expresar la concentración de iones hidró geno, o el grado en que una solución es ácida o alcalina.

Salpingoclasia. Intervención quirúrgica que consiste en ligar y cortar - las trompas de falopio, ocasionando esterilidad.

Secundinas. Comprende a la placenta, membranas y cordón umbilical, - que se expulsan después del nacimiento del producto.

Stress. Cualquier estímulo que ocasione un desequilibrio en el medio -- interno.

Suturas. Unión sinuosa de los huesos craneales en el recién nacido.

Tenesmo vesical. Sensación de micción incompleta.

Tocólisis. Disolución o inhibición del trabajo de parto.