

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA
APLICADO A PACIENTE OBSTETRICA
CON RUPTURA PREMATURA DE
MEMBRANAS CORIOAMNIOTICAS**

Que para obtener el título de

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

ERIKA GUZMAN VAZQUEZ

No. De cta.: 402096519

DIRECTOR ACADÉMICO

LIC. FEDERICO SACRISTÁN RUIZ

OCTUBRE DE 2006



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Si el agradecimiento es la memoria del corazón:

Doy infinitas gracias...

A Dios, por el camino recorrido....

A mis hijos por ser mi fuerza y templanza... por ser el sostén de mi vida e inspiración para que siguiera adelante y terminara la licenciatura, les agradezco con el corazón que soportaron mi desaparición en presencia. Sè que nadie ha batallado tanto como ustedes dos, pero deben saber que cada eslabón superado es por el infinito amor que les tengo. Gracias **Omar Timoty** y a ti bebè **Erick Gustavo**, son todo en mi vida, este triunfo es por ustedes y para ustedes.

A mis hermanos **Amadeo, Jorge, Pablo, Daniel**, porque vez tras vez soportaron mis locuras, ausencias y debilidades, somos una familia de guerreros y triunfadores, deben estar orgullosos porque logré lo que me propuse.

A mi **madre**, por su amor y apoyo... todo lo que soy, se lo debo a mi madre. atribuyo todos mis èxitos en esta vida a la enseñanza que recibì de ella. Por significar tambièn una madre para mis hijos cuando tuve que estar lejos de ellos.

A **Eugenio**, sin tu ayuda no habría podido empezar este camino, te agradezco tu apoyo.

A la vida.... Por lo aprendido y aprehendido.

INDICE

| | |
|--|----|
| Introducción | 1 |
| Objetivos | 2 |
| Metodología | 3 |
| Capítulo I. MARCO TEORICO | |
| 1.1. Historia de la profesión de enfermería. | 4 |
| 1.2. Proceso atención de enfermería. | 22 |
| 1.3. Estructura de las membranas corioamnióticas | 37 |
| 1.4. Fisiopatología de la ruptura prematura de membranas | 40 |
| Capítulo II PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA | |
| 2.1. Presentación de caso clínico | 49 |
| 2.2. Valoración por necesidades según Virginia Henderson | 52 |
| 2.3. Plan de cuidados de enfermería | 56 |
| Conclusiones | 80 |
| Sugerencias | 81 |
| Glosario | 82 |
| Bibliografía | 89 |

INTRODUCCIÓN

Entre las profesiones del área de la salud, enfermería es la única cuyo objeto de estudio es la persona en su totalidad, con la cual interactúa permanente como sujeto de atención. Esto le ha permitido permanecer a lo largo del tiempo como profesión irremplazable y, a través de la práctica, necesaria.

Ninguna otra disciplina posee esta variedad de conocimientos, lo cual explica porqué han resultado costosos y finalmente un fracaso los intentos por sustituir la enfermería por otras disciplinas.

En el año de servicio en el Hospital General de Cuautitlán "José Vicente Villada" del Instituto de Salud del Estado de México, se tuvo acceso a la atención de la paciente obstétrica al 100% , con la supervisión y apoyo de residentes de la especialidad de Ginecobstetricia y los médicos de base, lo cual resultó en la aplicación del proceso de enfermería en su totalidad.

También se demostró que la atención obstétrica se puede realizar desde la aplicación del proceso enfermero.

Se presenta el caso clínico de una paciente primigesta con embarazo pretérmino con ruptura precoz de membranas.

Este trabajo empieza abarcando la importancia del crecimiento de la profesión de enfermería, la fisiopatología de la ruptura precoz de membranas, el proceso de atención de enfermería para brindar atención holística a la paciente obstétrica.

OBJETIVO GENERAL

Presentar un proceso de atención de enfermería que cumpla con los requisitos académicos para sustentar el examen profesional y poder obtener el título de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer la fisiología normal y alterada del embarazo, así como la fisiopatología de la ruptura prematura de membranas.
- Aplicar de manera específica un plan de cuidados de enfermería de acuerdo a las necesidades alteradas en la paciente primigesta con embarazo pretérmino con ruptura prematura de membranas.
- Aplicar los conocimientos adquiridos durante los cuatro años de formación, en el año de servicio social, específicamente en la paciente obstétrica.
- Brindar cuidados de enfermería con calidad y calidez a la paciente obstétrica.

METODOLOGÍA.

Se trata de un estudio descriptivo, basado en la identificación de un caso de ruptura prematura de membranas a través de múltiples fuentes de información.

El criterio de selección fue una paciente obstétrica que se atiende en el área de labor de la unidad toco quirúrgica del Hospital José Vicente Villada.

Las fuentes de información se tomaron de manera directa de la paciente, los familiares, en especial el esposo y los resultados de laboratorio.

Se realiza este trabajo en 2 partes, la primera abarca la selección de material específico del crecimiento de la profesión de enfermería y el proceso atención de enfermería, la fisiología del embarazo y la fisiopatología de la ruptura prematura de membrana y la segunda describe el proceso de atención de enfermería en sus diferentes etapas.

CAPITULO I

MARCO TEORICO

1.1. HISTORIA DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERIA.

El término anglosajón "nurse" con el que se designa a la enfermera, se deriva de dos palabras latinas, "nutrire" (alimentar) y "nutrix" (mujer que cria).¹

El término "enfermería" está relacionado con el de "enfermedad" (del latín "infirmas") y define de forma más concreta la actividad del cuidador, aquellos relacionados con la supervivencia, cuidados durante el parto, lactancia y crianza, así como a los cuidados de los enfermos.²

PREHISTORIA

Dentro de cada grupo había unos miembros que transmitían sus conocimientos de generación en generación. Ocasionalmente, cuando los diferentes grupos entraban en contacto, se producía un intercambio de conocimientos que permitía la evolución.

Se consideraba que la enfermedad estaba producida por espíritus que habitaban en la naturaleza (animales, rocas, plantas, fenómenos meteorológicos...) y que los poseían. Esto se denomina Animismo.

Utilizaban ritos mágicos para hacer que los espíritus se fuesen. Poco a poco fueron evolucionando y apareció el Empirismo. Observando la naturaleza comprendieron que había elementos que podían ser beneficiosos en determinadas circunstancias. Y la magia se mezcló con los remedios naturales.

Este papel estaba en manos del curandero, chaman, mago, brujo... de cada tribu.³

¹ http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_histor_enfermer1.htm

² ibidem

³ http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/ex_historia_enfermer2.htm

CIVILIZACIONES ANTIGUAS

El hombre fue evolucionando y nacieron culturas cada vez más complejas: Mesopotamia, Egipto, Grecia y Roma. La religión tenía un papel muy importante en la salud porque los hombres de aquellos tiempos creían que la enfermedad provenía de los dioses. Los sacerdotes de los templos hacían ritos para aplacar la ira de los dioses y conseguir la curación.⁴

Los grandes conocimientos de astronomía del pueblo babilónico les llevo a pensar que los astros influían en la vida y la salud de las personas, y crearon la astrología y los horóscopos para hacer diagnósticos y tratamientos.⁵

La tradición de embalsamar los cadáveres hizo que los egipcios adquiriesen un gran conocimiento de la anatomía humana, de algunas enfermedades, de técnicas quirúrgicas y por supuesto del arte del vendaje.⁶

Se han encontrado papiros donde se describen síntomas de enfermedades conocidas y tratamientos, otros hablan del cuidado que tenían con su higiene personal y con su ropa.⁷

En la cultura griega había hombres polifacéticos que solían dedicarse a varias disciplinas a la vez (filosofía, medicina, matemáticas, astronomía...) se dieron cuenta de la importancia del estilo de vida, la higiene y la nutrición para conservar la salud. Esto, junto con los estudios anatómicos, hizo que la civilización griega fuera la primera en aplicar métodos más o menos científicos en la práctica medica, que después la civilización romana importó.

⁴ sapiens.ya.com/celesteholt/civilizacionessantiguas.htm

⁵ Ibidem

⁶ Ibidem

⁷ Ibidem

La enfermedad podía estar producida por los dioses, por el mal funcionamiento corporal o por los malos hábitos. Los sacerdotes y los médicos eran quien diagnosticaba y trataban las enfermedades, cada uno en su campo.⁸

Las mujeres eran quienes cuidaban de los enfermos, atendían los partos, cuidaban de los niños y de los ancianos. Ya existían comadronas, que podían ser libres o esclavas. Y auxiliares del medico, que normalmente eran hombres y esclavos.⁹

Edad Media (culturas Islámica, Judía y Cristiana)

- Islámica

El Corán les daba una serie de normas higiénicas y dietéticas de gran importancia para conservar la salud.

Copiaron la idea de hacer hospitales de los primeros cristianos y crearon de muy importantes, que eran además escuelas de medicina, y fueron los pioneros en dividirlos en salas según las patologías. Se describe la existencia de comadronas y personal de enfermería debidamente preparado en los quirófanos, ya que la cirugía era muy importante. Y se supone que había bastante personal de enfermería en las salas. Disponían de importantes farmacias con productos vegetales, minerales y animales.¹⁰

Eran cuidadosos con la salud publica y vigilaban mataderos, cocinas y baños públicos.

- Judía

⁸ Ibidem

⁹ Ibidem

¹⁰ <http://sapiens.ya.com/celesteholt/edadmedia.htm>

Creían que la salud y la enfermedad venían de Dios. Al igual que los árabes, la religión les dictaba normas higiénicas y de estilo de vida. Fueron los primeros en creer que había enfermedades infecciosas que se contagiaban de persona a persona o a través de los objetos de la persona enferma. Tenían normas de desinfección y aislamiento muy estrictas. Se describe la existencia de personal de enfermería y comadronas.¹¹

- Cristiana

A la caída del Imperio Romano siguió un periodo de estancamiento y hasta retroceso en la cultura y el pensamiento que duró unos 10 siglos. Al principio los cristianos adoptaron una actitud de no-violencia que después cambió con la aparición de las Ordenes Militares y de las Cruzadas.¹²

El conocimiento quedó recluso en los monasterios, donde los monjes se dedicaban a copiar los libros clásicos al latín, y donde se practicaba una medicina combinada con la superstición (reliquias y oración). Los primeros monasterios aparecieron en Baleares.¹³

Cuando Jerusalén fue conquistada, muchos cristianos fueron de peregrinación a Tierra Santa. Esto hizo que nacieran las Hermandades Hospitalarias que atendían a los caminantes y a los enfermos.¹⁴

De la misma manera el Camino de Santiago hizo aparecer, en España y Europa, hospitales para atender y dar cobijo a los peregrinos. Y permitió el intercambio de conocimientos.¹⁵

Tanto en los monasterios como en los hospitales había personal de enfermería mayoritariamente religioso pero también laico con votos.¹⁶

¹¹ Ibidem

¹² <http://sapiens.ya.com/celesteholt/edadmedia.htm>

¹³ Ibidem

¹⁴ Ibidem

¹⁵ <http://sapiens.ya.com/celesteholt/edadmedia.htm>

¹⁶ <http://sapiens.ya.com/celesteholt/edadmedia.htm>

Los médicos eran los que enseñaban y controlaban el personal de enfermería, que ya tenía unas tareas muy bien definidas.¹⁷

Durante la Edad Media la alimentación era una parte muy importante del tratamiento de las enfermedades. La mal nutrición y la pobreza de gran parte de la población, hacía que poder alimentarse bien les ayudara a superar algunas enfermedades.¹⁸

Mientras avanza la Edad Media desaparecen los feudos y crecen las ciudades. Los trabajadores se agrupan en gremios para proteger sus intereses. La enfermería no se constituyó nunca como gremio porque era considerada un trabajo con base religiosa.¹⁹

Había curanderas y brujas, sobretodo en las zonas aisladas, que eran las encargadas de velar por la salud de la población. Sus actuaciones se basaban en remedios naturales y conjuros. Fueron perseguidas entre los siglos XIV y XVIII, y muchas acabaron en la hoguera.²⁰

En el siglo XIII se crean las primeras universidades. Esto permitió que la enseñanza se desligara un poco de la Iglesia, y el pensamiento empezara a dar un tímido giro hacia la independencia y el rigor científico.²¹

Las grandes epidemias de peste fueron producidas por los malos hábitos higiénicos, tanto a nivel personal como urbano, y provocaron un descenso muy importante de la población. Algunos países perdieron hasta un 50% de su población. Al principio creían que las epidemias eran castigos que Dios les

¹⁷ Ibidem

¹⁸ Ibidem

¹⁹ Ibidem

²⁰ Ibidem

²¹ <http://sapiens.ya.com/celesteholt/edadmedia.htm>

enviaba pero con los siglos fueron tomando medidas más o menos acertadas de aislamiento, higiene, y control de mercancías y barcos.²²

RENACIMIENTO

Los cambios que se produjeron durante la última parte de la Edad Media dieron lugar al Renacimiento. En el siglo XIV en Florencia bajo la protección de la influyente familia Médici; y en otras ciudades italianas bajo la de otros mecenas, incluyendo Papas, nació una corriente humanística que quería redescubrir la antigua cultura clásica dormida durante tantos siglos.²³

Había hospitales benéficos para atender y dar refugio temporal a los pobres y otros que actuaban como hospitales propiamente dichos. En estos últimos una fuente de ingresos suficientes permitía que se diese una asistencia médica adecuada para la época.²⁴

Había una normativa sobre el trabajo a desempeñar por parte del Enfermero Mayor y la de los enfermeros asistenciales que ha quedado descrita en diversos documentos de la época.

En esta época había dos tipos de comadronas. La comadrona que atendía a la gente rica, que estaba bien pagada y tenía prestigio social. Y la comadrona que atendía al pueblo con pocos o ningún recurso económico, y que cobraba un sueldo que solo le permitía ir sobreviviendo.

Las comadronas ya tenían cuatro funciones bien definidas:

²² <http://sapiens.ya.com/celesteholt/edadmedia.htm>

²³ <http://sapiens.ya.com/celesteholt/renacimiento.htm>

²⁴ Ibidem

- Asistencia a las mujeres durante el parto, el puerperio y situaciones patológicas del aparato reproductor femenino.

- Declaración jurídica cuando era necesario por muerte de la madre durante el parto, para certificar si un niño había nacido vivo o muerto, o para declarar si una mujer había dado a luz o no a un niño. Cosas muy importantes en casos de herencias.²⁵

- Enseñar a nuevas comadronas que las sustituirían cuando ellas se jubilasen.²⁶

- Administración del Bautismo de urgencia cuando el recién nacido corría el riesgo de morir.²⁷

EL SIGLO DE ORO

Se conoce como Siglo de Oro de la enfermería española al periodo comprendido entre los años 1550 y 1650.²⁸

De la idea medieval, de dedicación absoluta al necesitado como ejercicio fundamental de la piedad cristiana, se paso a la idea de que era necesario el uso racional de todas las posibilidades disponibles para que este servicio fuera lo más completo posible.²⁹

Se produjeron tres hechos que supusieron el avance de la enfermería:

- La aparición y posterior expansión de ordenes religiosas que tenían como objetivo fundamental la asistencia a los pobres. Destaca la de San Juan de Dios

²⁵ <http://sapiens.ya.com/celesteholt/renacimiento.htm>

²⁶ Ibidem

²⁷ Ibidem

²⁸ <http://sapiens.ya.com/celesteholt/siglodeoro.htm>

²⁹ Ibidem

que se extendió por Europa y América. La de los Hermanos Enfermeros Pobres y la Bethlemita.³⁰

- La aparición de manuales escritos por enfermeros para la formación del personal de enfermería. Que por primera vez toma conciencia de la enfermería como oficio con entidad propia y con necesidades específicas de estructura y conocimientos.

Destacan dos manuales:

"Instrucción de enfermeros" de Andrés Fernández, Madrid 1617. Aunque todavía se observan algunos puntos que no tienen ninguna base científica, la mayor parte de la obra lo es. Los contenidos se pueden dividir en ocho grandes apartados:

Descripción de técnicas y procedimientos terapéuticos utilizados por enfermeros.

Prestación de cuidados de enfermería en determinadas enfermedades y situaciones de urgencia.³¹

Preparación, indicación y administración de diferentes formas medicamentosas.

Conceptos de anatomía, descripción de órganos y regiones anatómicas, consejos y orientaciones dietéticas, priorización en los tratamientos prescritos por el médico, terapéutica y enfermería, tareas y funciones del enfermero, "Directorio de enfermeros" de Simón López 1651 que no llegó a imprimirse, pero que nos ha aportado un conocimiento muy detallado del mundo de la enfermería durante este periodo.³²

- El planteamiento de las funciones de enfermería de una manera nueva que contempla los cuidados, la administración, la docencia y la investigación.

En el siglo XVII todavía no se conocían la mayoría de los agentes causales de las enfermedades, ni sus vías de transmisión, ni los periodos de incubación. Los cuidados iban encaminados a tratar solo los signos y síntomas. Por eso la

³⁰ <http://sapiens.ya.com/celesteholt/siglodeoro.htm>

³¹ Ibidem

³² Ibidem

observación del paciente en la práctica clínica diaria era muy importante para poder curar a los enfermos. Y aquellos enfermeros basaron su práctica en cuatro funciones: Curas, administración, docencia e investigación. Se les exigía saber leer y escribir para que pudieran entender las prescripciones médicas y para que llevaran un registro escrito de sus tareas diarias. Esto nos a permitido tener un conocimiento tan exhaustivo de este periodo.³³

Este modelo de enfermería se extendió por Europa y América a través de las conquistas y las colonizaciones, ayudando a evolucionar a otros modelos menos modernos.³⁴

En Francia destaca la Orden de las Hermanas de la Caridad y en Italia la Orden de los Ministros de los Enfermos.

La aparición del Protestantismo supuso para el norte de Europa e Inglaterra un importante retroceso en la atención de enfermería porque fueron expulsadas las ordenes católicas hospitalarias sin que se substituyesen por otras con funciones similares. Los enfermos pobres quedaron totalmente desprotegidos. Las tasas de mortalidad aumentaron hasta límites escalofriantes.³⁵

Mientras la Europa del sur alcanzaba una enfermería más cualificada, la del norte iniciaba un importante retroceso que duraría siglos.³⁶

LA ILUSTRACIÓN (SIGLO XVIII Y PRIMERA PARTE DEL XIX)

³³ <http://sapiens.ya.com/celesteholt/siglodeoro.htm>

³⁴ Ibidem

³⁵ Ibidem

³⁶ Ibidem

Durante este periodo se llevan a termino reformas que hacen que la asistencia a los enfermos y pobres pase de manos de la Iglesia a las de la Administración del Estado. Cambia el concepto de asistencia de caridad por el de beneficencia. El Estado quita poder, posesiones y responsabilidades a la Iglesia mediante las Desamortizaciones. Esto supuso un empeoramiento de la beneficencia porque las riquezas incautadas no fueron a parar a la asistencia sino a las arcas Reales.³⁷

Se crearon cementerios fuera de las poblaciones y se prohibió seguir enterrando a los muertos en las iglesias o dentro de las poblaciones. Se procedió a la limpieza diaria de las calles y a la regulación de la recogida de basuras.³⁸

Los hospitales todavía funcionaban como asilos para pobres, pero cada vez más, se iba extendiendo la idea de que el hospital era para atender a los enfermos, i las funciones de asilo para pobres las habían de cubrir otro tipo de instituciones. Se crean orfanatos para acoger al gran número de huérfanos que había, y manicomios para los enfermos mentales, que comienzan a ser reconocidos como tales en lugar de como poseídos por espíritus o endemoniados.³⁹

Durante este periodo el papel del medico aumenta en detrimento del de la enfermería, que pierde parte del poder de acción independiente que había tenido durante el siglo anterior.⁴⁰

Aparece la figura del Practicante que actúa como un cirujano menor, y que unifica a los antiguos barberos, sangradores y cirujanos romancistas. También podían atender partos pero la mayoría de las mujeres querían ser atendidas por mujeres y preferían las comadronas.⁴¹

³⁷ <http://sapiens.ya.com/celesteholt/ilustracion.htm>

³⁸ Ibidem

³⁹ Ibidem

⁴⁰ <http://sapiens.ya.com/celesteholt/ilustracion.htm>

⁴¹ <http://sapiens.ya.com/celesteholt/ilustracion.htm>

Por último, había el personal voluntario laico que formaba parte de organizaciones religiosas laicas que no cobraban nada y que servían de soporte. Queda establecido el número de camas por enfermera a atender según el grado de gravedad del enfermo. El personal religioso y el voluntario suponían para el Estado un ahorro importante en sus gastos de atención a los enfermos, y cubría de forma económica servicios que el no podía asumir.⁴²

Los grandes avances en la medicina y la cirugía hacen crecer el prestigio social del médico, el practicante y la comadrona, en detrimento del de la enfermera que cada vez es menos valorado.⁴³

La viruela es la gran enfermedad del siglo XVIII y no tendrá una vacuna eficaz hasta 1798. Otras infecciones causaban también importantes epidemias, y la malnutrición solo hacía que empeorar la situación.⁴⁴

En Alemania en el año 1836 se funda el Instituto de Diaconisas de Kaiserswerth que en el futuro jugará un papel muy importante en la evolución de la enfermería.⁴⁵

SEGUNDA MITAD DEL SIGLO XIX

Los avances técnicos y científicos permiten cada vez intervenciones más complicadas. La medicina se tecnifica y se especializa. El año 1864 se funda la Cruz Roja. Joseph Lister empieza a utilizar fenol como desinfectante quirúrgico con muy buenos resultados y de rebote su ayudante, la enfermera Caroline Hampton, utiliza por primera vez guantes quirúrgicos para proteger su piel de los efectos corrosivos del fenol. Se inventa la jeringa para poder inyectar morfina y al cabo de unos años Heinrich Dreser crea la heroína (ironías de la vida) para evitar

⁴² Ibidem

⁴³ Ibidem

⁴⁴ www.ranf.com/pdf/arti/colera.pdf

⁴⁵ http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_histor_enfermer8.htm

los efectos de drogodependencia de la morfina. Pasteur hace importantes avances en microbiología y vacunas. El matrimonio Curie descubre la radioactividad.⁴⁶

En este periodo se crea la titulación de cirujano dentista y los practicantes pierden un campo en el que habían trabajado hasta ese momento. Como curiosidad enumeraré los requisitos que tenían que cumplir las aspirantes a entrar en la escuela de comadronas:

- Haber aprobado la primera enseñanza elemental.
- Tener 20 años cumplidos y ser casadas o viudas. En el caso de las casadas tenían que presentar un documento donde el marido las autorizase a trabajar.
- Certificado de buenas costumbres expedido por su párroco.⁴⁷

La desestructuración de las tareas de enfermería en beneficio de las de los practicantes y las comadronas hizo disminuir la calidad de la asistencia hasta llegar a casos en que estas tareas eran desempeñadas por mujeres que no sabían leer ni escribir y que no tenían ningún tipo de preparación. Las enfermeras eran relegadas a tareas de sirvienta y tenían sueldos muy inferiores a los de los enfermeros.⁴⁸

En los hospitales laicos el panorama era deprimente y en los religiosos un poco mejor ya que las monjas veteranas se dedicaban a formar a las nuevas.

Concepción Arenal en su reforma del sistema penitenciario y sanitario señaló la necesidad de crear escuelas para formar enfermeras como antes, pero no tuvo éxito.

Nadie se dedicaba a la enfermería si podía trabajar en otra cosa.⁴⁹

⁴⁶ <http://sapiens.ya.com/celesteholt/segundamitadsigloXIX.htm>

⁴⁷ Ibidem

⁴⁸ Ibidem

⁴⁹ Ibidem

Florence Nightingale nació en Florencia (Italia) el 12 de Mayo de 1820 durante un viaje de sus padres, y por eso le pusieron Florence. Su familia era inglesa de clase acomodada y le dieron una buena educación. En contra de lo que se esperaba de ella, casarse y tener hijos, se quería dedicar a la enfermería. Cosa que a su familia no le hacía ni pizca de gracia debido a la mala fama de las mujeres que se dedicaban. Le costó años de presión poder formarse como enfermera. Su paso por el Instituto de Diaconisas de Kaiserswerth (Alemania) principalmente, y por la Maison de la Providence de las Hermanas de la Caridad (París) le permitió adquirir la formación que la llevó al Hospital de Scutari, en Turquía, como superintendente de un grupo de enfermeras el 24 de Octubre de 1854.⁵⁰

Había formado a toda prisa 38 enfermeras dispuestas a ir a un hospital de guerra en la otra punta del mundo. Se encontró con 3.000 o 4.000 soldados heridos e ingresados en condiciones deplorables. Unos mandos militares que no estaban nada predispuestos a ser mandados por alguien que fuera civil, y menos si era una mujer. Un índice de mortalidad de 42,7% que hizo disminuir hasta el 2,2% a base de aplicar mejoras en la calidad asistencial, tanto médica como humana de los pacientes.⁵¹

Se mostró como una gran administradora que con los recursos básicos organizó salas de hospitalización limpias y confortables, asistencia de enfermería adecuada, cocinas eficientes, salas de recreo y medios para distraer a los enfermos, lavandería...⁵²

Por las noches hacía rondas con una lámpara para ver el estado de los pacientes más graves y por eso siempre se la representa con una lámpara. Organizó distintos hospitales de la zona hasta que enfermó gravemente y tuvo que volver a Inglaterra en 1856.⁵³

⁵⁰ <http://sapiens.ya.com/celesteholt/segundamitadsigloXIX.htm>

⁵¹ Ibidem

⁵² Cohen, I. B. "Florence Nightingale," *Scientific American*, 250 (March 1984),128-137

⁵³ Cohen, I. B. "Florence Nightingale," *Scientific American*, 250 (March 1984),128-137

Su formación en matemáticas y estadística le permitió presentar los buenos resultados obtenidos de manera gráfica y comprensible (fue precursora en la utilización de gráficos estadísticos). Publicó un libro sobre calidad y administración hospitalaria en el ejército.

Recibió numerosos donativos de soldados y civiles agradecidos que le permitieron crear una escuela de enfermería. En un principio tuvo la oposición de los médicos que se mostraron desconfiados pero después de ver como mejoraba la calidad de la asistencia de sus pacientes se mostraron encantados.⁵⁴

Formó enfermeras para hospitales, domicilios y enseñanza. Y devolvió a las enfermeras la profesionalidad y reconocimiento social que hacía tantos años que habían perdido. Escribió el libro "Notas sobre enfermería" (1859) que se tradujo a distintos idiomas, y sus alumnas fueron por diversos países organizando y mejorando hospitales, y fundando escuelas de enfermería. Murió en Agosto de 1910 en Inglaterra.⁵⁵

SIGLO XX

En España la mala situación de la enfermería se prolonga hasta los años 20, aunque en 1915 se instituyó el título de enfermera por primera vez en la historia. La primera escuela española de enfermeras fue la Escuela de Santa Isabel de Hungría en Madrid, fundada por el Dr. Rubio y Galí (las clases las impartían médicos).⁵⁶

En los años 1917 y 1919 se fundan en Barcelona la Escuela de Santa Madrona y la Escuela de la Mancomunidad de Cataluña.⁵⁷

⁵⁴ Ibidem

⁵⁵ Nuttall, P. "The Passionate Statistician," Nursing Times, 28 (1983), 25- 27

⁵⁶ <http://sapiens.ya.com/celesteholt/sigloXX.htm>

⁵⁷ <http://nuriaholt.eresmas.com/sigloXX.htm>

En el año 1923 se crea la Escuela Nacional de Puericultura donde se podían cursar los estudios de enfermera visitadora puericultora y comadrona puericultora. En el año 1924 se crea la Escuela Nacional de Sanidad y el año 1929 la Escuela de la Casa de Salud de Valdecilla. Es en los años treinta cuando la enfermería llega a su máximo nivel de actividad gracias a la infraestructura sanitaria de la Segunda República.⁵⁸

Con la Guerra Civil comienza una involución de la profesión y de las libertades de la mujer. Mediante la Sección Femenina y leyes retrogradadas se pretende reducir a las mujeres al ámbito doméstico. En el año 1952 se crea el título de Auxiliar Técnico Sanitario que unifica los planes de estudio de practicantes, comadronas y enfermeras por primera vez, y empieza a dar consistencia al trabajo de las enfermeras hasta llegar al año 1977 en que se crea el título de Diplomado en Enfermería que permite que las enfermeras tengan una formación universitaria.⁵⁹

Durante este siglo los avances tecnológicos y sociales han ido a un ritmo vertiginoso. Es imposible nombrarlos todos:

Comunicación (televisión, teléfono móvil, vídeo conferencia, satélites de telecomunicaciones, internet...). Transportes (coches al alcance de todos, trenes de alta velocidad, aviones...). El espacio (llegada del hombre a la luna, exploración de los planetas y del sistema solar, la estación espacial internacional...). Tecnología (robots, ordenadores, energía nuclear, realidad virtual...). Salud (transfusiones de sangre, transplantes, prótesis, microcirugía, tratamientos terapéuticos y exploratorios altamente sofisticados, antibióticos, quimioterapia, insulina, anticonceptivos, reproducción in vitro, clonación...)⁶⁰.

Con respecto a la enfermería los avances también han sido notables:

⁵⁸ Ibidem

⁵⁹ <http://sapiens.ya.com/celesteholt/sigloXX.htm>

⁶⁰ <http://sapiens.ya.com/celesteholt/sigloXX.htm>

- El nuevo concepto de salud que la define como el máximo bienestar posible, resultado de la adaptación y participación activa de la persona, en la promoción y conservación de un equilibrio dinámico con si mismo y con su entorno.⁶¹

- Diagnostico de enfermería que define los problemas de salud, reales o potenciales que afectan a un individuo, familia o grupo, y que pueden ser modificados por la intervención de la enfermera. Al cual se llega después de recoger y evaluar una serie de datos.⁶²

- La definición de la relación de necesidades fundamentales de orden biopsicosocial de las personas:

- 1- Respirar.
- 2- Beber y comer.
- 3- Eliminar.
- 4- Moverse y mantener una buena postura.
- 5- Dormir y descansar.
- 6- Vestirse y desvestirse.
- 7- Mantener la temperatura dentro de los limites de la normalidad.
- 8- Estar limpio, confortable y proteger los tegumentos.
- 9- Evitar peligros.
- 10- Comunicarse con los demás.
- 11- Actuar según las creencias y valores.
- 12- Estar ocupado para sentirse realizado.
- 13- Distraerse.
- 14- Aprender.

⁶¹ Ibidem

⁶² Ibidem

Este siglo ha tenido grandes enfermeras y enfermeros que con su trabajo nos han permitido llegar a los conceptos nombrados anteriormente: Virginia Henderson, Hildegard Peplau, Callista Roy, Imogene M. King...⁶³

EL FUTURO

A lo largo de las etapas anteriores hemos visto lo que fuimos y porque hemos llegado donde estamos ahora. Hemos conocido personas que hicieron mucho por esta profesión y por mejorar las condiciones de vida de sus contemporáneos. Y sobretodo NO hemos conocido nada de miles de personas que también lo hicieron pero nunca lo sabremos porque sus vidas fueron anónimas.⁶⁴

En la actualidad los profesionales de la enfermería desempeñan sus tareas en muchos ámbitos diferentes: hospitalización, ambulatorio, domicilio, laboratorio, investigación, docencia, quirófanos, unidades de cuidados intensivos, medios de transporte medicalizados, residencias de ancianos, prisiones, unidades de medicina laboral, organizaciones humanitarias, gestión...⁶⁵

Pero a pesar de todo esto, hay que tener en cuenta otros factores que pueden provocar un retroceso. Las condiciones del mercado laboral empeoran día tras día, y la enfermería no está excluida.⁶⁶

- Falta de oportunidades de encontrar trabajo al acabar la carrera.
- Contratos basura.
- Turnos y horarios abusivos.
- Sueldos que no remuneran adecuadamente la tarea realizada.
- Falta de prestigio social.

⁶³ Orem, Dorothea E. Nursing: Concepts of practice with a contributed chapter by Susan G. Taylor and Kathie McLaughlin Renpenning. 6th ed

⁶⁴ <http://sapiens.ya.com/celesteholt/futuro.htm>

⁶⁵ <http://sapiens.ya.com/celesteholt/futuro.htm>

⁶⁶ Ibidem

- Movilidad excesiva dentro de la empresa, que no permite una adaptación y una ilusión en el proyecto de trabajo.
- Falta de unas especialidades lógicas y necesarias.
- Intrusismo de otros profesionales menos calificados en las tareas específicas de enfermería. Porque son una mano de obra más barata.
- Abusivo número de pacientes/enfermera.⁶⁷

Por todo esto y por muchas cosas más que se han quedado por explicar deberán luchar las enfermeras y enfermeros del futuro.⁶⁸

Cuando en una unidad de enfermería entra una enfermera nueva es como si se abriese una ventana y entrase aire fresco. Su ilusión y ganas de trabajar se mezclan con la experiencia de las enfermeras que hace muchos años que se dedican, y es así como se avanza.⁶⁹

1.2 PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA

Enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas reales o potenciales de salud,⁴ para ello, se basa en un amplio marco teórico. El proceso de enfermería es el método mediante el cual se aplica este marco a la práctica de enfermería.⁷⁰

El proceso de enfermería es un método ordenado y sistemático para obtener información e identificar los problemas del individuo, la familia y la comunidad, con

⁶⁷ Ibidem

⁶⁸ <http://sapiens.ya.com/celesteholt/futuro.htm>

⁶⁹ Ibidem

⁷⁰ Iyer P, Tapich B, Bernocchi-Losey D. *Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería*. México: Interamericana McGraw-Hill; 1993:13.

el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería. Por tanto, es la aplicación del método científico en el quehacer de enfermería.⁷¹

El proceso de atención de enfermería (PAE) exige del profesional habilidades y destrezas afectivas, cognoscitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con otros. Así mismo, se hace necesario el conocimiento de las ciencias biológicas, sociales y del comportamiento. Todo esto es indispensable para ayudar a los sujetos de atención, a través de la aplicación del proceso de enfermería, a alcanzar su potencial máximo de salud. El PAE requiere una actividad especial y continua con el sujeto de atención porque trata de mejorar la respuesta humana.⁷²

Importancia del proceso de enfermería

El proceso de enfermería como instrumento en la práctica del profesional puede asegurar la calidad de los cuidados al sujeto de atención: individuo, familia o comunidad. Además, proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación en enfermería. Asegura la atención individualizada, ofrece ventajas para el profesional que presta la atención y para quien la recibe y permite evaluar el impacto de la intervención de enfermería.⁷³

Ventajas del proceso de atención de enfermería

Al sujeto de atención le permite participar en su propio cuidado; le garantiza la respuesta a sus problemas reales y potenciales, y le ofrece atención individualizada continua y de calidad, de acuerdo con la priorización de sus problemas. A la otra parte, el profesional, le facilita la comunicación; concede flexibilidad en el cuidado; le genera respuestas individuales y satisfacción en su

⁷¹ Ibidem

⁷² Ibidem

⁷³ López P. Proceso de Enfermería. *Rev Iberoamericana de Geriátría y Gerontología* 1994; 10:37-38

trabajo; le permite conocer objetivos importantes para el sujeto de atención; propicia el crecimiento profesional; permite asignar el sujeto de atención en forma racional y le proporciona información para investigación.⁷⁴

En resumen, el uso del proceso de atención de enfermería da como resultado un plan que describe las necesidades de atención y los cuidados de enfermería para cada sujeto de atención.

Indicadores del proceso de enfermería

El propósito del proceso es dar un marco de referencia dentro del cual las necesidades del sujeto de atención, la familia y la comunidad puedan ser atendidas en forma integral. Se organiza en cinco fases secuenciales, aunque en la práctica pueden darse simultáneamente. El proceso de atención tienen como propiedades ser más dinámico, flexible, continuo, individualizado, participativo y con un fin determinado. Además, se debe basar en un marco teórico.⁷⁵

Fases del proceso de atención de enfermería

Como se mencionó anteriormente, el proceso se organiza en cinco fases cíclicas, interrelacionadas y progresivas: 1) valoración, 2) diagnóstico de enfermería, 3) planeación, 4) ejecución-intervención y 5) evaluación.⁷⁶

1) VALORACION

La primera fase es la de recolección de datos en forma organizada y sistemática, lo cual es necesario para hacer el diagnóstico de enfermería. Esta fase ayuda a identificar los factores y las situaciones que guíen la determinación de problemas

⁷⁴ Atkinson L, Murray ME. *Proceso de Atención de Enfermería*. 2ª ed. México: El Manual Moderno; 1983:7. pag 47-49

⁷⁵ Atkinson L, Murray ME. *Proceso de Atención de Enfermería*. 2ª ed. México: El Manual Moderno; 1983:7.

⁷⁶ Carpenito LJ. *Manual de Diagnóstico de Enfermería*. Madrid: McGraw-Hill, Interamericana; 1993:XXVIII pag 130-132

—presentes, potenciales o posibles— en individuos o grupos, y facilita plantear los logros que se requieren en el futuro: facilita entonces la intervención de enfermería, y se logra a través de las siguientes etapas:

Recolección de la información de fuentes variadas (sujeto de atención, familia, personal del equipo de salud, registros clínicos, anamnesis, examen físico y laboratorio y otras pruebas diagnósticas).⁷⁷ Para recolectar la información se utilizan métodos como la interacción personal, la observación y la medición.

Organización de los datos, validación de los mismos e identificación de las alteraciones. Para enfermería el marco conceptual para recolectar y organizar los datos son las respuestas humanas a problemas de salud, reales, potenciales o posibles.⁷⁸

Los datos recolectados y organizados indican el estado actual de satisfacción de necesidades; es decir alteraciones en la satisfacción o las interferencias para satisfacerlas. Estos datos deben ser registrados en un documento apropiado para el individuo, la familia o la comunidad. Esto tiene varios propósitos como lo anota Iyer P: ...establece una forma mecánica de comunicación entre los miembros del equipo de salud...; la anotación completa ayuda a eliminar la repetición de interrogatorios y exploraciones realizados por el personal de salud; y ...Permite al profesional de Enfermería desarrollar diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería.⁷⁹

2) DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

⁷⁷ Luis MT. Diagnósticos de Enfermería. Aplicación práctica. Rol de Enfermería 1991; 14:62

⁷⁸ Ibidem

⁷⁹ Luis MT. *Diagnósticos Enfermeros. Un instrumento para la práctica asistencial*. Barcelona: Mosby, Doyma Libros; 1996:6

La segunda fase, el diagnóstico de enfermería, es el enunciado del problema real de alto riesgo o estado de bienestar para el sujeto de atención que requiere intervención para solucionarlo o disminuirlo con el conocimiento o ciencia de la enfermería. No es una acción de enfermería, orden médica, diagnóstico médico ni un tratamiento de enfermería.

En la novena Conferencia de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) fue aprobada la siguiente definición: un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de actuaciones de enfermería que consigan los resultados de los que es responsable la enfermera.⁸⁰

La formulación de diagnósticos de enfermería no es algo nuevo, durante la guerra de Crimea, entre 1854 y 1855, Florence Nightingale y sus compañeras hacían diagnósticos en forma eficaz. En la actualidad, la NANDA se encarga de la revisión, aprobación y perfeccionamiento de esta herramienta y la creación de una taxonomía diagnóstica propia.⁸¹

El diagnóstico de enfermería define realmente la práctica profesional, pues su uso aclara qué es lo que se hace y en qué se diferencia esta labor de la de los otros miembros del equipo de salud; ahorra tiempo al mejorar la comunicación entre los miembros del equipo y asegura cuidados eficientes porque permite tener conocimiento concreto de los objetivos del cuidado, de los problemas del sujeto de atención, y de lo que debe hacer el profesional para solucionarlos o minimizarlos.⁸²

⁸⁰ Carpenito LJ. *Manual de Diagnóstico de Enfermería*. Madrid: McGraw-Hill, Interamericana; 1993:XXVIII.

⁸¹ Ibidem

⁸² Luis MT. *Diagnósticos Enfermeros. Un instrumento para la práctica asistencial*. Barcelona: Mosby, Doyma Libros; 1996:6

Los diagnósticos se clasifican según características. Según Carpenito un diagnóstico puede ser de bienestar, real, de alto riesgo o posible.⁸³ El de bienestar es un juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hasta un nivel más alto de bienestar. El diagnóstico real describe un juicio clínico que el profesional ha confirmado por la presencia de características que lo definen y signos o síntomas principales. El de alto riesgo describe un juicio clínico sobre que un individuo o grupo es más vulnerable de desarrollar el problema que otros en una situación igual o similar. El posible señala un problema que el profesional de enfermería sospecha, pero que necesita recoger más datos para confirmar o descartar su presencia.⁸⁴

Por otra parte, el enunciado del diagnóstico de enfermería debe constar de una, dos o tres partes, lo cual depende del tipo de diagnóstico: los de bienestar se escriben como enunciados de una sola parte; los de alto riesgo y los posibles constan de dos partes (el problema relacionado con los factores de riesgo); y el diagnóstico real consta de tres partes (problema, factores concurrentes, y signos y síntomas).⁸⁵

Los siguientes ejemplos, tomados de Carpenito, ilustran los componentes de los diferentes tipos de diagnósticos:

Diagnóstico de bienestar: potencial para favorecer la paternidad.⁸⁶

⁸³ Carpenito LJ. *Manual de Diagnóstico de Enfermería*. Madrid: McGraw-Hill, Interamericana; 1993:XXVIII.

⁸⁴ Atkinson L, Murray ME. *Proceso de Atención de Enfermería*. 5ª ed. México: McGraw-Hill, Interamericana; 1996:60.

⁸⁵ Atkinson L, Murray ME. *Proceso de Atención de Enfermería*. 5ª ed. México: McGraw-Hill, Interamericana; 1996:60.

⁸⁶ Carpenito LJ. *Manual de Diagnóstico de Enfermería*. Madrid: McGraw-Hill, Interamericana; 1993:XXVIII.

Diagnóstico de alto riesgo: alto riesgo de alteraciones del mantenimiento de la salud relacionado con conocimientos insuficientes sobre el problema, actividades domésticas, dieta y medicamentos.⁸⁷

Diagnóstico posible: posible incapacidad para el autocuidado relacionado con la afectación en la capacidad de utilizar la mano izquierda secundaria a una vía intravenosa.⁸⁸

Diagnóstico real: alteración de la nutrición por defecto, relacionado con anorexia, cambios en el gusto, náuseas/vómitos persistentes, y aumento del índice metabólico.

El diagnóstico de enfermería tiene un componente estructural: problema, etiología, y signos y síntomas y un componente taxonómico, cuya base son los criterios para organizar la información recolectada, de acuerdo con el concepto de cuidados de enfermería, según el marco o modelo conceptual escogido: teoría de autocuidado de D Orem; necesidades humanas de A Maslow, o patrones funcionales de M Gordon.⁸⁹

Al enunciar cada diagnóstico se tiene en cuenta que la primera parte del enunciado identifica el problema o respuesta del sujeto de atención y la segunda describe la etiología o causa del problema, los factores o los signos y síntomas que contribuyen al mismo. Ambas partes se unen con la frase relacionado con, la cual se indica r/c.⁹⁰

⁸⁷ Ibidem

⁸⁸ Ibidem

⁸⁹ Phaneuf M. Cuidados de Enfermería. El proceso de Atención de Enfermería. Madrid: Interamericana; 1993:139.

⁹⁰ Ibidem

Para el enunciado del diagnóstico de enfermería es conveniente utilizar la clasificación de los diagnósticos de enfermería aprobados por la NANDA.

Es necesario valorar los patrones de normalidad del sujeto de atención para poder ubicar sus respuestas dentro del contexto, pues esta normalidad depende de la cultura, la educación, el trabajo y las experiencias anteriores de cada individuo. En algunos casos un problema evidente tiene causa desconocida, entonces se formula el diagnóstico de enfermería con el problema identificado r/c causa desconocida, lo cual genera actividades de búsqueda de la etiología.⁹¹

Cuando se va a elaborar el diagnóstico de enfermería se deben tener en cuenta algunas reglas: 1) usar términos técnicos; 2) evitar juicios de valor, supuestos o deducciones; 3) escribir el diagnóstico como respuesta o problema del sujeto de atención; 4) la primera parte sólo debe enunciar problemas del sujeto de atención; 5) escribir con relación a o relacionado con en vez de debido a; 6) la primera y segunda parte deben ser diferentes; 7) evitar invertir las dos partes del enunciado; 8) no utilizar el diagnóstico médico y 9) el problema y la etiología deben expresar lo que se debe modificar. Antes de registrar un diagnóstico conviene verificar su exactitud con el sujeto de atención.⁹²

Al redactar el diagnóstico se pueden cometer errores como: escribir más de un problema en un solo enunciado; elaborar diagnósticos confusos; expresar problemas de enfermería y no problemas del sujeto de atención; hacer enunciados muy extensos o imprecisos e inespecíficos; omitir la perspectiva del sujeto de atención sobre sí mismo y su salud, e invertir los componentes.⁹³

⁹¹ Luis MT. *Diagnósticos Enfermeros. Un instrumento para la práctica asistencial*. Barcelona: Mosby, Doyma Libros; 1996:6.

⁹² Phaneuf M. *Cuidados de Enfermería. El proceso de Atención de Enfermería*. Madrid: Interamericana; 1993:139.

⁹³ *Ibidem*

Si se siguen las reglas mencionadas anteriormente y no se cometen estos errores, se obtendrá un buen diagnóstico y con este las siguientes ventajas:

Facilita abordar el cuidado del sujeto de atención en forma individualizada

Facilita la comunicación profesional

Ayuda a determinar resultados en el sujeto de atención

Ayuda al profesional de enfermería a articular con claridad el ámbito de la práctica.⁹⁴

Establecimiento de prioridades

Durante el proceso de establecimiento de prioridades, siempre que es posible, la enfermera y el paciente determinan, en conjunto, cuáles de los problemas que se identificaron durante la fase de valoración necesitan atención inmediata y cuáles pueden ser tratados en un momento posterior. Además, la determinación de prioridades tiene por objeto ordenar el suministro de los cuidados de enfermería, de manera que los problemas más importantes o amenazadores para la vida sean tratados antes que los menos críticos. Establecer prioridades no significa que un problema tenga que ser totalmente resuelto antes de considerar los otros. A menudo es posible abordarlos de forma simultánea. A veces, reducir la gravedad de un problema ayuda a eliminar los otros; por ejemplo, cuando se elimina el dolor intenso se corrige la respiración ineficaz.⁹⁵

El siguiente criterio puede ser útil como guía para establecer prioridades: la jerarquización de las necesidades se hace según la teoría o marco conceptual de cuidados de enfermería escogido por la práctica de enfermería. Por ejemplo, utilizando la teoría de Maslow para guiar el suministro de atención de enfermería, el profesional debe 1) aliviar el dolor del sujeto de atención (una necesidad

⁹⁴ Ibidem

⁹⁵ Phaneuf M. Cuidados de Enfermería. El proceso de Atención de Enfermería. Madrid: Interamericana; 1993:139.

fisiológica) antes de fomentar la higiene matutina (autoestima); 2) satisfacer las necesidades que el sujeto de atención siente más importantes, siempre y cuando no interfieran con el tratamiento médico o con la supervivencia y 3) considerar el efecto de problemas potenciales futuros al establecer prioridades.⁹⁶

Determinación de objetivos (metas esperadas)

Es el resultado que se espera de la atención de enfermería; lo que se desea lograr con el sujeto de atención y lo que se proyecta para remediar o disminuir el problema que se identificó en el diagnóstico de enfermería. Las metas se derivan de la primera parte del diagnóstico de enfermería o problema; deben quedar siempre por escrito con el fin de que todo el personal que atiende al sujeto conozca claramente lo que se desea lograr con él y, por tanto, determinar si se alcanzó o no el objetivo.⁹⁷

Los resultados esperados, o metas, deben estar centrados en el comportamiento del sujeto de atención, ser claras y concisas, ser observables y medibles, e incluir indicadores de desempeño; además, deben estar limitadas en el tiempo a corto y largo plazo, y ser ajustadas a la realidad definidas en forma conjunta con el sujeto de atención.⁹⁸

Las metas pueden abarcar múltiples aspectos de la respuesta humana (como el aspecto físico y funciones del cuerpo), los síntomas, los conocimientos, las habilidades psicomotrices y los sentimientos o estados emocionales.⁹⁹

Planeación de las intervenciones de enfermería

⁹⁶ Atkinson L, Murray ME. *Proceso de Atención de Enfermería*. 5ª ed. México: McGraw-Hill, Interamericana; 1996:60.

⁹⁷ Ibidem

⁹⁸ Atkinson L, Murray ME. *Proceso de Atención de Enfermería*. 2ª De. México: McGraw-Hill, 1983:32.

⁹⁹ Ibidem

Las intervenciones de enfermería están destinadas a ayudar al sujeto de atención a lograr las metas de cuidado. Se enfocan a la parte etiológica del problema o segunda parte del diagnóstico de enfermería. Por tanto, van dirigidas a eliminar los factores que contribuyen al problema. La meta la logra el sujeto de atención y la intervención la realiza el profesional de enfermería con el sujeto de atención y el equipo de salud. Las intervenciones de enfermería reciben nombres diversos, acciones, estrategias, planes de tratamiento y órdenes de enfermería.¹⁰⁰

Antes de enunciar la cuarta fase se mencionarán las características de las órdenes de enfermería. Estas deben ser coherentes con el plan de atención, estar basadas en principios científicos, ser individualizadas para cada situación, proveer un ambiente terapéutico seguro, generar las oportunidades de enseñanza al sujeto de atención, utilizar los recursos adecuados, describir la forma en que se lleva a cabo la acción, indicar las precauciones que se deben tomar y las consecuencias que se deben prever, indicar la hora, el intervalo, la continuidad y la duración en que deben desarrollarse las acciones de enfermería.¹⁰¹

Siempre deben quedar escritas porque además de facilitar la comunicación son un elemento de control para verificar el cumplimiento de las metas. Pueden escribirse varias acciones para el logro de una meta y a medida que el sujeto de atención va mejorando o empeorando su estado, van modificando cuantas veces sea necesario.¹⁰²

-
1. ¹⁰⁰ Iyer P, Tapich B, Bernocchi-Losey D. *Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería*. México: Interamericana McGraw-Hill; 1993:13.

¹⁰¹ Atkinson L, Murray ME. *Proceso de Atención de Enfermería*. 2^a De. México: McGraw-Hill, 1983:32.

¹⁰² Ibidem

Las órdenes de enfermería implican un juicio crítico para tomar decisiones sobre cuáles son de competencia de la enfermera y cuáles son delegables o de competencia de otra disciplina de la salud; esto último se hace de acuerdo con la complejidad, los conocimientos y habilidades requeridas, y las implicaciones éticas, entre otros criterios.¹⁰³

Ejecución

La ejecución es la cuarta fase de las cinco que componen el proceso de enfermería. La ejecución es la operacionalización del planeamiento de la atención de enfermería. Consta de varias actividades: validar el plan, documentarlo, suministrar y documentar la atención de enfermería y continuar con la recopilación de datos.¹⁰⁴

Validación del plan de atención.

Es necesario buscar fuentes apropiadas para validar el plan con colegas más expertos, otros miembros del equipo de salud y el sujeto de atención. En la validación del plan se debe dar respuesta a tres interrogantes esenciales: ¿el plan está orientado a la solución de las respuestas humanas del sujeto de atención? ¿se apoya en conocimientos científicos sólidos? ¿cumple con las reglas para la recolección de los datos, priorización de necesidades, elaboración de diagnósticos de enfermería y de los resultados esperados? Cuando se valida el plan con el sujeto de atención se le da la oportunidad de participar en la planeación de su propia atención.¹⁰⁵

¹⁰³ Ibidem

¹⁰⁴ Atkinson L, Murray ME. *Proceso de Atención de Enfermería*. 5ª ed. México: McGraw-Hill, Interamericana; 1996:60

¹⁰⁵ Atkinson L, Murray ME. *Proceso de Atención de Enfermería*. 2ª ed. México: McGraw-Hill, 1983:32.

Documentación del plan de atención. Para comunicar el plan de atención al personal de varios turnos, debe estar escrito y al alcance de los miembros del equipo de salud.¹⁰⁶

Actualmente se utilizan distintos tipos de plan de cuidados. Los de uso más habitual son los individualizados, estandarizados con modificaciones y computarizados. Los primeros son impresos y divididos en columnas destinadas para el diagnóstico de enfermería, los resultados esperados y las acciones de enfermería. En los planes estandarizados con modificaciones, que permiten la individualización, los diagnósticos de enfermería, los resultados esperados y las acciones se especifican utilizando espacios en blanco para completar. Los planes de cuidado computarizados se pueden elaborar en la terminal del cuarto del sujeto de atención o en un control central, una vez validada e introducida la información, se imprime diariamente en cada turno o cuando se necesite. Los planes computarizados permiten elaborar planes individualizados y estandarizados con modificaciones.¹⁰⁷

Una vez estructurado y escrito el plan, el profesional de enfermería puede proceder a dar la atención como se planeó. La ejecución de las intervenciones de enfermería debe ir seguida de una completa y exacta anotación de los hechos ocurridos en esta etapa del proceso de enfermería.¹⁰⁸

Existe una forma adicional, la forma de documentación por problemas o evolución de enfermería basado en SOAPIER: S, signos subjetivos; O, signos objetivos; A, valoración (assessment); P, plan; I, implementación, intervenciones; E, evaluación; R, revaloración.¹⁰⁹

¹⁰⁶ Ibidem

¹⁰⁷ Iyer P, Tapich B, Bernocchi-Losey D. *Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería*. México: Interamericana McGraw-Hill; 1993:13.

¹⁰⁸ Ibidem

¹⁰⁹ Ibidem

Continuación con la recolección de datos

A lo largo de la ejecución el profesional de enfermería continúa la recolección de datos, esta información puede usarse como prueba para la evaluación del objetivo alcanzado y para establecer cambios en la atención de acuerdo con la evolución del sujeto de atención.¹¹⁰

5) Evaluación.

La quinta, y última, fase es la evaluación. Esta es un proceso continuo que se utiliza para juzgar cada parte del proceso de enfermería. Consiste en la comparación sistemática y planeada entre el estado de salud del sujeto de atención y los resultados esperados. Esta fase consta de tres partes: la evaluación del logro de objetivos, la revaloración del plan de atención y la satisfacción del sujeto de atención.¹¹¹

La evaluación del logro de objetivos. Es un juicio sobre la capacidad del sujeto de atención para desempeñar el comportamiento señalado dentro del objetivo del plan de atención. Su propósito es decidir si el objetivo se logró. Lo cual puede ocurrir de dos formas. La primera un logro total, es decir cuando el sujeto de atención es capaz de realizar el comportamiento en el tiempo establecido en el enunciado del objetivo. La segunda es un logro parcial, es decir ocurre cuando el sujeto de atención está en el proceso de lograr el resultado esperado o puede demostrar el comportamiento, pero no tan bien como fue especificado en el enunciado. Cuando el sujeto de atención no ha conseguido el resultado esperado se afirma que no hubo logro.¹¹²

¹¹⁰ Ibidem

¹¹¹ Phaneuf M. *Cuidados de Enfermería. El proceso de Atención de Enfermería*. Madrid: Interamericana; 1993:139.

¹¹² Ibidem

El resultado debe quedar escrito en la historia dentro del plan. Si el problema del sujeto de atención se resolvió, el profesional de enfermería indicará en el plan que el objetivo se logró. Cuando el problema no se resuelve, o el objetivo se alcanza parcialmente o no se logra, se inicia la segunda parte de la evaluación.¹¹³

La revaloración del plan. Es el proceso de cambiar o eliminar diagnósticos de enfermería, objetivos y acciones con base en los datos que proporciona el sujeto de atención. Los datos de la revaloración pueden provenir de varias fuentes: la observación, la historia y la entrevista; pero la mayor parte de los datos los reúne el profesional de enfermería mientras brinda, coordina y supervisa la atención. Esta nueva información será la prueba para evaluar el logro del objetivo e, incluso, puede indicar la necesidad de revisión del plan de atención existente.¹¹⁴

Al realizar la revaloración se pueden presentar las siguientes situaciones: 1) que las prioridades hayan cambiado su orden, 2) que haya surgido un nuevo problema, 3) que el problema haya sido resuelto, 4) que a pesar de haber logrado el objetivo el problema existe y 5) que el objetivo no se logró o sólo se logró en forma parcial.¹¹⁵

Ante cualquiera de los anteriores resultados el profesional de enfermería tendrá que tomar decisiones como cambiar el orden de prioridad de los problemas; elaborar nuevos diagnósticos de enfermería con base en los nuevos problemas; eliminar los diagnósticos de los problemas resueltos; replantear nuevas metas y acciones para solucionar el problema persistente e identificar las razones por las cuales el objetivo no se logró o sólo se logró parcialmente.¹¹⁶

En cuanto a este último punto, las razones más frecuentes para no alcanzar el resultado enunciado son: el diagnóstico de enfermería, del cual se deriva el

¹¹³ Ibidem

¹¹⁴ Ibidem

¹¹⁵ Iyer P, Tapich B, Bernocchi-Losey D. *Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería*. México: Interamericana McGraw-Hill; 1993:13.

¹¹⁶ Ibidem

objetivo, es inadecuado; el diagnóstico es adecuado pero el objetivo es irreal para las capacidades del sujeto de atención para los recursos con que se cuenta; el diagnóstico y el objetivo son adecuados pero las acciones de enfermería no lo son para alcanzarlo; y el diagnóstico, el objetivo y las acciones son adecuados pero las circunstancias del hospital cambiaron o del sujeto de atención cambiaron, o se indicaron nuevas órdenes médicas opuestas al plan de atención de enfermería.¹¹⁷

La satisfacción del sujeto de atención. Al evaluar este aspecto hay que tener en cuenta que el sujeto de atención no siempre tiene el conocimiento de lo que implican unos buenos cuidados y a veces, por ignorancia puede sentirse satisfecho con unos servicios mediocres, o al contrario sentirse insatisfecho de algunas intervenciones a pesar de que se trate de unos excelentes cuidados de enfermería. A pesar de todo es de suma importancia conocer su apreciación, y discutirla con él.¹¹⁸

Es importante resaltar que en la evaluación del logro del objetivo no se evalúan las acciones de enfermería, esto se hace en la revaloración del plan. La evaluación y revaloración ayudan al profesional de enfermería a desarrollar la habilidad para redactar planes reales y objetivos para afrontar los problemas del sujeto de atención; dan la retroalimentación necesaria para determinar si el plan de atención fue efectivo en la eliminación, disminución o prevención de los problemas del sujeto de atención; y permiten diseñar protocolos de atención de enfermería cuando el plan de atención ha dado resultados satisfactorios. En caso contrario, le permite valorar lo correcto o incorrecto del plan antes de utilizarlo nuevamente.¹¹⁹

¹¹⁷ Atkinson L, Murray ME. *Proceso de Atención de Enfermería*. 2ª. De. México: McGraw-Hill, 1983:32.

¹¹⁸ Phaneuf M. *Cuidados de Enfermería. El proceso de Atención de Enfermería*. Madrid: Interamericana; 1993:139.

¹¹⁹ *Ibidem*

1.3 ESTRUCTURA DE LAS MEMBRANAS CORIOAMNIOTICAS

Estructura de las membranas ovulares

Las membranas ovulares (corion y amnios) delimitan la cavidad amniótica, encontrándose en íntimo contacto a partir de las 15-16 semanas del desarrollo embrionario, obliterando la cavidad coriónica o celoma extraembrionario. Las membranas se encuentran estructuradas por diversos tipos celulares y matriz extracelular, cumpliendo una diversidad de funciones entre las que destacan:

síntesis y secreción de moléculas, recepción de señales hormonales materno y fetales, participando en el inicio del parto, homeostasis y metabolismo del líquido amniótico, protección frente a infecciones, permite el adecuado desarrollo pulmonar y de extremidades fetales, preservando su temperatura y de protección ante traumatismos abdominales maternos.¹²⁰

La estructura de la membrana ovular comprende el amnios y el corion que se detalla a continuación:

Tabla I

Estructura y composición de las membranas ovulares y actividad de metaloproteinasas de matriz (MMP) e inhibidores tisulares de las metaloproteinasas (TIMP)*

| <i>Capa</i> | <i>Composición de la matriz MMP o TIMP extracelular</i> |
|---------------|---|
| <i>Amnios</i> | |
| Epitelio | MMP-1, MMP-2, |

¹²⁰ Las Heras J, Dabancens A, Serón Ferré M. Placenta y anexos embrionarios. En: Pérez-Sánchez A, Donoso Siña E, (eds). Obstetricia 3ª ed. Cap 6. Editorial Mediterráneo, 1998; 118-36.

| | | | |
|--------------------|---|------------------|--------|
| | | | MMP-9 |
| Membrana basal | Colágeno tipo III, IV, V; laminina, fibronectina, nidógeno | | |
| Capa compacta | Colágeno tipo I, III, V, VI; fibronectina | | |
| Capa fibroblástica | Colágeno tipo I, III, VI; laminina, fibronectina, nidógeno | MMP-1, TIMP-1 | MMP-9, |
| Capa esponjosa | Colágeno tipo I, III, IV; proteoglicanos | | |

Corion

| | | | |
|----------------|--|--|--------|
| Capa reticular | Colágeno tipo I, III, IV, V, VI; proteoglicanos | | |
| Membrana basal | Colágeno tipo IV; fibronectina, laminina | | |
| Trofoblasto | | | TMMP-9 |

*Adaptado de Parry S, Strawss JF (5).

1. El amnios se encuentra formado por cinco capas, la más interna, en contacto con el líquido mniótico, corresponde al epitelio, compuesto de células cúbicas no ciliadas, que descansa sobre una lámina basal, compuesta de colágeno tipo III,IV, V, laminina, nidógeno y fibronectina. La capa compacta, adyacente a la lámina basal forma la principal estructura fibrosa, gracias a su contenido de colágeno tipo I, III, V y VI lo que le confiere su integridad mecánica. La capa fibroblástica, celular, formada además por macrófagos, presenta una matriz de tejido conectivo laxo. La capa intermedia (esponjosa) se ubica entre el amnios y corion, formada por proteoglicanos y glicoproteínas, además de colágeno tipo III. ¹²¹

¹²¹ Malak TM, Bell SC. Structural characteristics of term human fetal membranes. Br J Obstet Gynaecol 1994; 101: 375-86

2. El corion se encuentra formado por tres capas: capa reticular, limitante con la capa esponjosa del amnios, formada por células fusiformes (estrelladas), colágeno tipos I, III, IV, V, VI y proteoglicanos; membrana basal, compuesta de colágeno tipo IV, laminina y fibronectina, capa trofoblástica formada por células redondas y poligonales, las que al acercarse a la decidua, amplían su distancia intercelular.¹²²

1.4 FISIOPATOLOGIA DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

A través del estudio microscópico de membranas ovulares lograron definir una zona de morfología alterada extrema, caracterizada por un engrosamiento de la capa compacta, fibroblástica, esponjosa y reticular, reflejando desorganización del colágeno, edema, depósito de material fibrinoide, con un adelgazamiento en la capa trofoblástica y decidua. Lei y cols. determinaron que en esta zona ocurrían fenómenos de apoptosis (muerte celular programada) en epitelio amniótico, degradación de la fracción ribosomal 28s y activación de metaloproteínasas. Es probable que diferentes agentes (infecciosos, hormonales, paracrinos, etc.) activen diversos mecanismos que causen esta alteración morfológica, favoreciendo la formación de un sitio de rotura a nivel supracervical, antes del inicio del trabajo de parto.¹²³

¹²² Parry S, Strawss JF. Premature rupture of the fetal membranes. N Engl J Med 1998; 338(10): 663-671.

¹²³ Gómez R. Rotura prematura de membranas. Boletín Perinatal 2001; 1(1): 5-23.

La rotura prematura de membranas es un fenómeno multifactorial. Los principales factores de riesgo descritos en la literatura se presentan en la siguiente tabla.

Tabla I
ESTRUCTURA Y COMPOSICIÓN DE LAS MEMBRANAS OVULARES Y ACTIVIDAD DE METALOPROTEINASAS DE MATRIZ (MMP) E INHIBIDORES TISULARES DE LAS METALOPROTEINASAS (TIMP)*

| <i>Capa</i> | <i>Composición de la matriz extracelular</i> | <i>MMP o TIMP</i> |
|--------------------|--|----------------------|
| <i>Amnios</i> | | |
| Epitelio | | MMP-1, MMP-2, MMP-9 |
| Membrana basal | Colágeno tipo III, IV, V; laminina, fibronectina, nidógeno | |
| Capa compacta | Colágeno tipo I, III, V, VI; fibronectina | |
| Capa fibroblástica | Colágeno tipo I, III, VI; laminina, fibronectina, nidógeno | MMP-1, MMP-9, TIMP-1 |
| Capa esponjosa | Colágeno tipo I, III, IV; proteoglicanos | |
| <i>Corion</i> | | |
| Capa reticular | Colágeno tipo I, III, IV, V, VI; proteoglicanos | |
| Membrana basal | Colágeno tipo IV; fibronectina, laminina | |
| Trofoblasto | | TMMP-9 |

*Adaptado de Parry S, Strawss JF (5).

La vía más común es la ascendente, a través del paso de microorganismos patógenos desde la vagina o cérvix, hacia decidua, corion, amnios, cavidad amniótica y feto. Sin embargo, otras vías de infección han sido descritas (hematógena, desde cavidad peritoneal, amniocentesis, biopsia de vellosidades coriales, traumatismos con ingreso a cavidad amniótica)¹²⁴ La infección periodontal materna también ha sido vinculada con parto prematuro y posiblemente con RPM. Respecto de los gérmenes que con mayor frecuencia han sido aislados de cavidad amniótica a través de cultivo de líquido amniótico se encuentran:

Ureaplasma urealyticum, Fusobacterium species,
Mycoplasma omnis, Streptococcus grupo B,
Streptococcus viridans, Gardnerella vaginalis, y

¹²⁴Gómez R, Romero R. Pathogenesis of preterm labor and preterm premature rupture of membranes associated with intraamniotic infection. Infectious disease. Clin North Am 1997; 11(1): 135-76.

otros (Bacteroides fragilis, Bacteroides sp, E. Coli, Estafilococo aureus, Streptococo sp).¹²⁵

La etiología de la ruptura de membranas es conocida en la mayoría de los casos,, sin embargo, se ha identificado varias condiciones predisponentes:

1. Debilidad en la formación de las membranas por defectos del colágeno, ya sea constitucionales como en algunas enfermedades del colágeno, por defectos nutricionales, como los déficit de vitamina C, por efectos de algún tóxico, como el tabaco, o por falta de algunos oligoelementos como el cinc o el cobre.¹²⁶
2. Debilidad por acción de algunas enzimas, sobre todo con relación a la infección, cada día hay más evidencia del papel de la infección tanto endocervical como intramaniòtica en la patogenia de la ruptura. En el líquido amniòtico de embarazos con ruptura se ha demostrado que la actividad proteasa està aumentada y, en cambio, existen bajas concentraciones de alfa 1 antipripsina.

Factores De Riesgo Asociado A Rotura Prematura De Las Membranas Ovulares

Distensión de las membranas.

¹²⁵ Ibidem

¹²⁶ Keelan JA, Yang J, Romero R, Chaiworapongsa T, Marvin KM, Sato TA, Mitchell M. "Epithelial cell-derived neutrophil-activating peptide-78 is present in fetal membranes and amniotic fluid at increased concentrations with intra-amniotic infection and preterm delivery". Biol of Reproduc 2004; 70: 253-59.

La distensión de las membranas fetales produciría elevación de IL-8 y de la citocina llamada factor amplificador de células pre-B (PBEF), las cuales activarían las MMP, facilitando la rotura de membranas ¹²⁷

Isquemia. Lesiones vasculares placentarias que producen isquemia así como hemorragia decidual, sobredistensión de la membrana corioamniótica, también se las vincula como agentes causales de parto prematuro y RPM. Existe evidencia que la isquemia placentaria materna favorecería la liberación de PG así como de IL-6, IL-8 tanto en la microcirculación vellositaria como en las membranas fetales desencadenando parto prematuro y RPM. Metrorragia. La relación de metrorragia y desprendimiento prematuro de placenta normoinserta con RPM estaría dada por varios mecanismos.¹²⁸

Tabaquismo. Este produce quimiotaxis de leucocitos, liberación de elastasa, inactivación de inhibidores de proteasas (1-antitripsina), generación de radicales libres y consumo de antioxidantes¹²⁹. Además disminuye las concentraciones de ácido ascórbico, Zinc y Cobre lo que disminuye el colágeno tipo III y elastina, comprometiendo la integridad de las membranas ovulares ¹³⁰

Otros. Recientemente se presentó la evidencia que prolactina (fetal y decidual) podría alterar la integridad estructural de las membranas ovulares a través del aumento en las concentraciones de sodio, cloro y de la osmolaridad en líquido amniótico, así como incrementando la producción de PGE2. Hormona paratiroidea y 1,2-dihidroxi vitamina D3 aumentarían en fetos con RPM lo que conduciría al

¹²⁷ Bryant-Greenwood GD, Millar LK. "Human fetal membranes: Their preterm premature rupture." *Biology of Reproduction* 2000; 63: 1575-79.

¹²⁸ *Ibidem*

¹²⁹ Arias F, Rodriguez L, Rayne SC, Krans FT. Maternal placental vasculopathy and infection: Two distinct subgroups among patients with preterm labor and preterm ruptured membranes. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168: 585-91

¹³⁰ *Ibidem*

aumento del calcio plasmático y en líquido amniótico, estimulando la síntesis de PGE2 por membranas ovulares.¹³¹

DIAGNOSTICO

Suele ser fácil en la mayoría de los casos, ya que la pérdida de líquido claro de forma involuntaria suele ser evidente de forma espontánea o al hacer tose o hacer maniobras de valsalva a la gestante. Algunas veces, sin embargo, la pérdida de líquido la explica claramente la paciente, pero no se hace evidente a la exploración. En estos casos hay que recurrir a algunas pruebas para intentar confirmar la ruptura, tanto si la gestación está a término o cerca de él como si no lo está. Lejos de él habrá que iniciar tratamiento para madurar el pulmón fetal y para prevenir posibles infecciones e intentar llegar a un momento de la gestación en el que la prematuridad deje de ser extrema y no suponga en sí misma un riesgo importante de secuelas. Por ello, las pruebas deben ser fáciles de realizar, a ser posible por el mismo equipo de guardia, y obtener el resultado de forma inmediata. Las más utilizadas son la prueba de la nitrazina y la de arborización o cristalización de la secreción vaginal. Aparte de la comprobación por ecografía de la aparición de oligoamnios si la cantidad de líquido era normal antes del episodio de supuesta ruptura. La nitrazina vira a azul por encima de 6.4 de pH, cosa que suele ocurrir con salida de LA, ya que tiene un pH de 7 y e cambio el pH de las secreciones vaginales suele estar por debajo de 6 en condiciones normales. No debe tomarse la muestra de cervix, que podrá dar lugar a un falso positivo y al revés, la existencia de más de un 10% de sangre la puede interferir con la cristalización.¹³²

¹³¹ Ibidem

¹³¹ Ibidem

¹³² Cunningham FG, Gant NF. La placenta y las membranas fetales. En: Williams. Obstetricia. 21ª ed. Cap 5. Editorial Panamericana 2001; 72-91.

Otros diagnòsticos a hacer una vez diagnosticada la ruptura son el bienestar fetal, la ausencia de infecciòn y la edad gestacional. Esta actualmente es fácil de concretar a través de las ecografías de rutina, el bienestar fetal puede estar comprometido tanto por problemas de compresión de cordòn debido al oligoamnios, que con frecuencia acompaña a la ruptura y que resulta difícil de diagnosticar si no se monitoriza la frecuencia cardiaca fetal, como por un posible prolapsos de cordòn o por un cierto mayor riesgo de desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta, aunque en este caso sí aparecen los signos y síntomas característicos.¹³³

En cuanto a descartar una infecciòn intramaniòtica es relativamente fácil si existen signos clínicos de corioamniotitis, o sea fiebre sin otro foco y leucocitosis, taquicardia fetal, irritabilidad uterina o secreción maloliente por vagina. Mucho más difícil es diagnosticar la infecciòn intramaniotica antes de que aparezcan los signos de corioamnioitis descritos, lo cual obligaría igualmente a indicar la extracciòn fetal en beneficio materno y fetal.¹³⁴

NORMAS GENERALES

Al ingreso de la gestante con ruptura , en todas la semanas sucesivas de gestaciòn debe comprobarse el diagnòstico, según se ha expuesto antes, y a continuaciòn descartar la existencia de signos de infecciòn y de sufrimiento fetal, para ello, además de tomar las constantes maternas (tensiòn arterial, pulso y temperatura), sobre todo en los casos pretérmino, habría que tomar una muestra

¹³³ Ibidem

¹³⁴ Ibidem

de endocervix para cultivo, y en cuanto fuera posible realizar un hemograma y una determinación de proteína C reactiva.¹³⁵

ANTIBIÓTICOS EN LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Es importante señalar aquí que, así como en las rupturas pretérmino hay consenso en utilizar antibióticos, no lo hay a término. (cochrane,2002). Es aconsejable hacer el tratamiento con antibióticos, ya que un riesgo aceptado de 2-3% de sepsis neonatal en la ruptura a término pensamos que justifica tratar el 7% de los embarazos que representan los casos de ruptura a término.¹³⁶

La idea es tener menor toxicidad al menos teórica a base de combinación amoxicilina-clavulámico, que cubre bien el grupo de gérmenes anteriormente descritos. Mientras se tenga que tomar la decisión de utilizar la combinación, el riesgo de enterocolitis necrotizante es muy pequeño o volver a la asociación de amoxicilina más gentamicina.¹³⁷

Corticoides En La Ruptura Prematura De Membranas

Aunque el hecho de la ruptura parece aumentar por sí misma ligeramente la madurez pulmonar fetal, actualmente parece claro que los corticoides son útiles en casos de ruptura ya que aumentan la madurez pulmonar sin que, en tandas no repetidas, haya podido demostrarse el riesgo teórico de aumento de la infecciones que se le atribuía antes, y además disminuyen la hemorragias intraventriculares. Sin embargo, estos beneficios, en lo que toda la literatura científica está de

¹³⁵ Cunningham FG, Gant NF. La placenta y las membranas fetales. En: Williams. Obstetricia. 21ª ed. Cap 5. Editorial Panamericana 2001; 72-91.

¹³⁶ Ibidem

¹³⁷ Ibidem

acuerdo, se han visto contrapuestos a riesgos que se han descrito en la repetición semanal de tanda de cortocoides. Esta repetición se había recomendado en la ruptura en épocas precoces, dado que el riesgo de parto prematuro se mantiene muy alto, aunque se prolongue la gestación. En efecto, la repetición parece que puede ser capaz de disminuir el síndrome de distrés respiratorio del recién nacido, pero también el peso fetal y de la circunferencia craneal del recién nacido, aunque menos que el fumar. Aunque no se conocen las consecuencias de esta observación, la prudencia hace recomendar que intente darse una sola tanda de dos dosis de 12 mg de betametasona separadas durante 24 horas y no utilizar como norma dosis de recuerdo, aunque sea una sola dosis, a menos que previamente se haya comprobado la inmadurez pulmonar y persista el riesgo alto de parto antes de las 34 semanas. ¹³⁸

inducción de madurez pulmonar fetal

La administración de corticoides a la madre disminuye la incidencia de: SDR, Hemorragia intracerebral, enteritis necrotizante, y la mortalidad neonatal. Su utilidad ha sido demostrada desde las 24 semanas de gestación y hasta las 34 semanas. ¹³⁹

Efecto: A las 48 horas.

Fármacos:

- Betametasona: Pasa muy rápido a la placenta y se une poco a las proteínas transportadoras, tiene fosfato y acetato, lo que hace que el efecto dura más.

Dosis: 12 mg im/día por 2 días consecutivos, (y a los 7 días hasta las 34 semanas)

- Dexametasona fosfato: Es más potente.

¹³⁸ <http://www.iladiba.com/revista/1997/11/cr5.asp>

¹³⁹ <http://docencia.med.uchile.cl/pos/obstetricia/Textos/015.htm>

Dosis: 4 mg im cada 8 horas por 4 dosis.¹⁴⁰

Contraindicaciones De Uso De Corticoides

- Madurez pulmonar
- Parto inminente
- Enf. materna que contraindique
- Deterioro UFP.
- Corioamnionitis (Neonatólogos, recomiendan el uso de corticoides ante un paro inminente, a pesar del diagnóstico de corioamnionitis)¹⁴¹

A pesar de que el tratamiento del trabajo de parto prematuro ha logrado disminuir la morbimortalidad neonatal, existen situaciones en que no se puede detener.

Ruptura Precoz De Membranas De 28-31 Semanas.

Dado que aún hay riesgo de secuelas importantes, se propone también tratamiento expectante, pero probablemente no podremos alargar el período de latencia más de siete días de media. El tratamiento con antibióticos y corticoides será el mismo que en el grupo de 23-27 semanas.¹⁴²

En todos los casos de ruptura en que aparezcan signos de corioamniotitis o pueda diagnosticarse una infección intramniótica subclínica con seguridad, deberá finalizarse la gestación en interés materno y fetal, pero antes de hacerlo se iniciará el tratamiento con antibióticos, previa extracción de muestras para cultivo, si no lo seguía anteriormente y se cambiará la pauta antibiótica si ya lo recibía.¹⁴³

¹⁴⁰ Ibidem

¹⁴¹ Ibidem

¹⁴² Arias, Cap. "Complicaciones del embarazo, trabajo de parto pretérmino

¹⁴³ F. Gary Cunningham / Norman F. Gant / Kenneth J. Leveno / Larry C. Gilstrap III / John C. Hauth / Katharine D. Wenstrom edit médica panamericana, pag 384

CAPITULO II. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA

1.1 Presentación del caso clínico.

Nombre: Emigdia P: T

Edad: 17 años

Dx de ingreso: Emb. De 29.2 Semanas de gestación por fecha de última menstruación, 30.1X ultrasonido transpolado + ruptura prematura de membranas de 3 horas de evolución.

2.1 Historia clínica:

Ficha de identificación. . Paciente femenino de 17 años de edad, originaria y residente del Estado de México, con escolaridad de secundaria incompleta, dedicada al hogar, estado civil unión libre, religión católica. Responsable: Mario V. R. (esposo).

Antecedentes heredo familiares. Madre y padre vivos aparentemente sanos, tía materna finada por Ca mama; abuelo paterno finado por Cirrosis hepática alcohólico nutricional ; niega carga genética para enfermedades de tipo crónico-degenerativas como Hipertensión, diabetes mellitus, Resto de antecedentes interrogados y negados.

Antecedentes personales no patológicos. . Paciente adolescente, habita en propiedad rentada, cuenta con servicios de urbanización básicas (luz eléctrica, agua potable, drenaje); hábitos alimenticios deficientes en cantidad y calidad de los cuales consume : carne 1/7, leche 2/7, frutas y verduras 2/7, leguminosas 3/7, cereales 5/7. agua 1 lt. al día. Inmunizaciones de la infancia completas, refiere aplicación de toxoide tetánico en segundo trimestre del embarazo, sin aplicarse el refuerzo, , niega alcoholismo, tabaquismo y toxicomanías.

Antecedentes personales patológicos. Refiere exantemáticas en la infancia: sarampión, rubéola; refiere infección de vías urinarias en primer trimestre del embarazo la cual no termina tratamiento antibioterapico, remitiendo síntomas. Niega alérgicos, transfusionales, traumáticos, quirúrgicos, metabólicos, luéticos. Resto interrogado y negado.

Antecedentes ginecobstétricos. Menarca 12 años, telarca y pubarca 11 años, ciclos menstruales regulares de 30/4 días, algomenorrea, IVSA 15 años, 2 parejas sexuales, fecha de última menstruación 13 dic 05; semanas de gestación 28.2 por fecha de última menstruación, Detección oportuna de cancer cervicouterino y mamario: Nunca, Método de planificación familiar: Ninguno; Embarazo con complicaciones: infección de vías urinarias en primer trimestre y Amenaza de aborto, la cual cede con tratamiento farmacológico y reposo absoluto. Refiere control prenatal deficiente en 3 ocasiones.

Padecimiento actual. Inicia con tres horas de evolución con salida espontánea de líquido transvaginal de color claro, no fétido; actividad uterina de mínima intensidad y frecuencia la cual no avanza hasta este momento; salida de tapón mucoso. Refiere datos clínicos de infección de vías urinarias: disuria, poliaquiuria Refiere movimientos fetales activos. Niega datos de vaso espasmo.

Exploración física. Paciente femenino adolescente, de edad aparentemente igual a la cronológica, alerta, consciente, palidez de tegumento (++); cabeza normocéfalo, sin endostosis ni exostosis, pupilas isocóricas normorreflexicas, narinas permeables, buen estado de hidratación de piel y mucosas, cuello cilíndrico, sin adenomegalias, pulsos carotídeos presentes, tráquea central desplazable; tórax con adecuados movimientos de amplexión y amplexación, ruidos cardíacos rítmicos de adecuada intensidad y frecuencia sin agregados patológicos; mamas turgentes, no secretantes; abdomen con aumento de tamaño a expensas de útero gestante por producto único vivo, longitudinal, dorso derecho, presentación

pélvica, frecuencia cardiaca fetal 132X' fondo uterino de 26cm, se palpan movimientos fetales presentes, no se percibe actividad uterina; peristalsis presente, giordano positivo bilateral (++) genitales externos de a cuerdo a sexo y edad, al tacto vaginal con vagina elástica, eutérmica, cerviz posterior con 1 cm de dilatación y 10% de borramiento, membranas corioamnióticas rotas comprobado por valsalva y tarnier (+) con salida de líquido amniótico de características normales, no fétido; se corrobora presentación pélvica; a la pelvimetría clínica con pelvis útil para eutocia. Extremidades con llenado capilar inmediato, no edema, Reflejos osteotendinosos normales.

Signos vitales:

Frecuencia cardiaca 72X', frecuencia respiratoria 20X', Tensión arterial 100/70mmHg, temperatura 36.7°C.

Laboratorio el día de hoy reporta:

Hb. 9.9

Hcto. 32.5%

Plaquetas 180,000

Leucocitos 10,200

Glucosa 85

EGO.

Bacterias incontables

Leucocitos 8 x campo

2.2. Valoración por necesidades según Virginia Henderson:

1. NECESIDAD DE OXIGENACION

La paciente refiere no presentar problemas para respirar, con los siguientes signos vitales:

Frecuencia cardiaca 72X', frecuencia respiratoria 20X', Tensión arterial 100/70mmHg,

Biometría hemática

Hb. 9.9

Hcto. 32.5%

Plaquetas 180,000

Leucocitos 10,200

2. NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACIÓN

Hábitos alimenticios de los cuales: carne 1/7, leche 2/7, frutas y verduras 2/7, leguminosas 3/7, cereales 5/7. agua 1 lt. al día. deficientes en cantidad y calidad

Química sanguínea: glucosa 85

3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Refiere emuntorios al corriente, con ligero estreñimiento en el embarazo.

Refiere molestias al orinar, poliaquiuria, disuria desde el primer trimestre de embarazo.

4. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Presenta temperatura dentro de parámetros normales. temperatura 36.7°C

5. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA

Posición libremente escogida al ingreso a la unidad de labor de tococirugía, sin embargo se le sugiere posición decúbito lateral izquierdo.

6. NECESIDAD DE DESCANSO SUEÑO

La paciente refiere que durante el embarazo ha tenido episodios de insomnio debido a la incertidumbre que resulta para ella el embarazo.

7. NECESIDAD DE USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.

Al acudir a esta unidad, la paciente viste con prendas holgadas. A su ingreso porta bata hospitalaria.

8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Aliño personal en buenas condiciones.

Refiere baño diario con cambio de ropa.

La piel se encuentra con buen estado de hidratación, palidez (+).

9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.

Niega alergias.

Refiere Infección de vías urinarias en todo el embarazo, no completó la antibioticoterapia en primer trimestre.

Cuenta con antecedente de 3 hrs de ruptura de membranas corioamnióticas.

Vive con su esposo en propiedad rentada la cual cuenta con 1 habitación únicamente con buen estado de ventilación. Relaciones interpersonales en buen estado.

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE

Refiere vivir en unión libre, vive con su esposo, su rol dentro de la estructura familiar es mantener su vivienda en condiciones higiénicas, preparar los alimentos. Visita a su familia y a la familia de su esposo cada semana.

11.NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN CREENCIAS Y VALORES.

Refiere profesar la religión católica, sin embargo no es constante en visitar el lugar eclesiástico.

12.NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE.

Se encuentra satisfecha con sus labores que ahora desempeña como ama de casa, sin embargo refiere el deseo de seguir estudiando.

13.NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

Debido al embarazo sus actividades han disminuido, sin embargo gusta de salir a pasear con su esposo y visitar a sus parientes cada semana.

14.NECESIDAD DE APRENDER

Se muestra interesada en aprender y conocer lo que esta pasando con su embarazo, sin embargo durante el mismo no acudió a consultas de control prenatal constante.

2.3 Diagnostico De Enfermeria

En esta etapa de acuerdo con los datos obtenidos se analizarán los siguientes diagnósticos de enfermería.

Para la madre:

- Infección potencial debido a la ruptura prematura de membranas.
- Ansiedad por desconocer cual será el resultado final del embarazo.

Para el producto:

- Riesgo de intercambio de gases en el feto por el potencial de prolapso de cordón umbilical.
- Riesgo de infección potencial debido a ruptura prematura de membranas, así como infección ascendente.
- Alto riesgo de complicaciones respiratorias, neurológicas, metabólicas al nacimiento; Debido a producto pretérmino según las semanas de gestación

2.4 Planeacion De Accion

En esta etapa se jerarquizan las necesidades con la finalidad de mejorar las condiciones materno-fetales.

1. Necesidad de Evitar peligros.
2. Necesidad de comunicación.
3. Necesidad de oxigenación (producto).
4. Necesidad de evitar peligros (producto).

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA Y PLAN DE CUIDADOS

Alto riesgo de infección relacionado con la rotura de membranas corioamnióticas.

OBJETIVO.

Evitar infección a nivel materno-fetal.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

1. Observar si se presentan signos de infección:
 - Hipertermia materna. Toma de temperatura c/4 hrs.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.

La fiebre es el indicador más fiable pero tardío de infección intraamniótica.

EVALUACION.

Objetivo cumplido, la paciente no presenta signos de infección.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

- Valoración de resultado del recuento de leucocitos y si es posible de proteína C reactiva.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.

Un recuento de leucocitos mayor de 18,000/mm es un signo significativo de infección durante el embarazo. Un nivel normal de proteína C reactiva es un predictor de ausencia de infección.

EVALUACION.

Parcialmente cumplido, debido a que el recuento de leucocitos si resultò elevado, no se obtuvo el resultado de la proteina C reactiva por no contar con reactivo en laboratorio.

CUIDADO DE ENFERMERIA

- no realizar tactos vaginales digitales constantes.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.

Se debe evitar hasta donde sean posibles los tactos vaginales para evitar la propagación o ascenso de bacterias que se encuentran en la vagina y ponerlas en contacto con el producto y anexos. Los tactos vaginales cuando existe rotura de membranas no deben ser tan frecuente debido a que es posible diseminar agentes patógenos.

EVALUACION.

Se cumpliò el objetivo parcialmente, debido a que el personal mèdico tambièn tuvo que hacer su valoración al realizarle tacto vaginal.

CUIDADO DE ENFERMERIA

- Valorar la presión arterial y pulso materno.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.

La taquicardia es uno de los signos más precoces de infección intraamniótica

EVALUACION

Satisfactorio, los signos vitales de la paciente se mantuvieron dentro de parámetros normales.

- Valorar presencia de líquido maloliente.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.

Cuando la infección intraamniótica es prolongada el líquido amniótico el líquido amniótico se vuelve maloliente y esta presente en todos los casos como expresión de una intensa colonización bacteriana materna

EVALUACION.

El líquido amniótico se mantuvo claro con características normales.

CUIDADO DE ENFERMERIA

- Aplicación de antibióticos en este caso se uso AMPICILINA 1 GR VO C/6 hrs. , GENTAMICINA 160MG C/8 HRS 1V.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.

Algunos obstetras recomiendan tratamiento antibiótico y el parto oportuno cuando existen signos de infección intraamniótica. Otros se muestran a favor de

atrasar el inicio del tratamiento antibiótico hasta el nacimiento de forma que puedan obtenerse cultivos de neonato. La utilización de tratamiento antibiótico en las mujeres con rotura de membranas pretérmino ha demostrado que prolonga el periodo de latencia, disminuye la incidencia de corioamnioitis, disminuye la frecuencia de endometritis por parto y reduce la morbilidad neonatal asociada con sepsis, neumonía, síndrome de distrés respiratorio y enterocolitis necrotizante.

La ampicilina se utiliza como tratamiento de infecciones probadas por amplio espectro de gérmenes grampositivos y gramnegativos susceptibles. Los antibióticos beta-lactámicos como la ampicilina son bactericidas. Actúan inhibiendo la última etapa de la síntesis de la pared celular bacteriana uniéndose a unas proteínas específicas llamadas PBPs (Penicillin-Binding Proteins) localizadas en la pared celular. Al impedir que la pared celular se construya correctamente, la ampicilina ocasiona, en último término, la lisis de la bacteria y su muerte. La ampicilina no resiste la acción hidrolítica de las beta-lactamasas de muchos estafilococos, por lo que no se usa en el tratamiento de estafilococias. Aunque la ampicilina es activa frente a los estreptococos, muchas cepas se están volviendo resistentes mediante mecanismos diferentes de la inducción de b-lactamasas, por lo que la adición de ácido clavulánico no aumenta la actividad de la ampicilina frente a estas cepas resistentes. Dado que muchos otros gérmenes se están volviendo resistentes a la ampicilina, se recomienda realizar un antibiograma antes de instaurar un tratamiento con ampicilina, siempre que ello sea posible. La ampicilina, junto con la amoxicilina, es el fármaco preferido para el tratamiento de infecciones urinarias producidas por enterococos sensibles.¹

Gentamicina al ser un aminoglucosido, se utiliza por contar con un espectro amplio para gérmenes grampositivos y negativos. A través de la difusión, atraviesan la membrana externa bacteriana y alcanzan el espacio periplasmático. Posteriormente y a través de un mecanismo activo oxigenodependiente, penetran la membrana interna citoplasmática y provocan en ésta, alteraciones de su

¹ <http://www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/a052.htm>

funcionalismo, se unen finalmente a polisomas e inhiben la síntesis bacteriana. Su sitio intracelular de acción es la subunidad ribosómica 30s, que provoca error de lectura del RNA-mensajero con producción de una proteína anómala, la cual unido a las alternativas funcionales de la membrana, (induce fuga de sodio, potasio y otros componentes esenciales) producen la muerte bacteriana.²

EVALUACION.

Objetivo cumplido, ya que se administraron los antibióticos de manera precisa.

CUIDADO DE ENFERMERIA

- Vigilar datos de reacción alérgica a fármacos administrados.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA

Reacciones alérgicas o de hipersensibilidad: Respuesta anormal a un medicamento producida por mecanismo inmunológico, humoral o celular. Estas reacciones:

Aparecen en una mínima proporción de pacientes tratados.

Se desarrollan tras un tiempo de administración continua o intermitente del fármaco durante el cual éste puede administrarse sin producir efectos adversos (periodo de latencia).

Puede ser desencadenadas por pequeñas dosis del medicamento, una vez establecido el estado de hipersensibilidad.

Recurren ante reexposición y remiten al eliminar el fármaco inductor.

Síntomas sugestivos de alguna forma de reacción alérgica (rinitis, urticaria, asma...) y sugerentes de algún tipo de hipersensibilidad conocido.

² Sande, M.A, Mandel, GL. Los aminoglucósidos. En: Las bases farmacológicas de la terapéutica. 8 ed. Editorial Médica Panamericana. 1993:1065-82

En ocasiones, la reacción es reproducible por otra sustancia de estructura química-antigénica similar (reacciones cruzadas).

1ª hora tras la administración

Mediadas por IgE o anafilactoides: Anafilaxia, hipotensión, edema laríngeo, urticaria/angioedema y sibilancias³

EVALUACIÓN.

La paciente no presenta datos de infección en las siguientes 8 hrs. Posteriores al tratamiento.

³ Basomba Riba A ,Planells Herrero C. Alergia medicamentosa. Introducción y delimitación del concepto. En: Tratado de Alergología e Inmunología Clínica. 7 vol. Madrid: Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica; 1998-1995. Vol. 7. p.21-34.

Ansiedad relacionado
con embarazo prematuro,
manifestado por dudas e
interrogantes sobre el desenlace del embarazo.

OBJETIVO.

Disminuir hasta donde sea posible la ansiedad y temor de la paciente y la familia.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

- Valorar la ansiedad de la familia y de la paciente sobre el bienestar materno y fetal, así como valorar las estrategias de afrontamiento y los recursos familiares animando a los padres a que expresen abiertamente sus sentimientos y problemas.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA

El nacimiento de un bebé prematuro o enfermo es estresante y difícil para todos los familiares pero más para la madre, es muy posible que la preocupación por el bebé, las exigencias de la familia desemboque en depresión y angustia para la madre.

Es posible que tenga emociones conflictivas durante este momento, pero a medida que comparte sus sentimientos, dudas y temores sentirán menos emociones negativas. Es importante desahogar los sentimientos de ira y temor, durante esta etapa para poder superarla.

EVALUACION

Se cumple el objetivo totalmente al permitir a la paciente y familiares expresar sus temores, disminuyendo su estado de angustia.

CUIDADO DE ENFERMERIA

- Proporcionar información a la madre y a la familia sobre las complicaciones del embarazo, el plan terapéutico y las implicaciones para la madre y el feto con lenguaje sencillo y de fácil comprensión.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA

Se debe respetar los sentimientos de la paciente y permitirle hacer todas las preguntas que necesite sobre la atención médica del bebé, recordando que no hay preguntas insensatas. Debe existir la tolerancia y paciencia por si la paciente se encuentra exaltada e irritable por el temor, dolor y fatiga. Si bien el lenguaje médico puede resultar extraño para la paciente y puede malinterpretarlo la forma de explicar el transcurso de la problemática debe ser en palabras que comprenda logrando la tranquilidad del estado actual.

EVALUACION.

Objetivo cumplido, se mantuvieron abiertas las líneas de comunicación, la paciente comprendió con frases sencillas el proceso de atención.

Deterioro en la necesidad de movilización
Con relación a ruptura de membranas
manifestado por reposo absoluto en cama.

OBJETIVO.

Mantener a la paciente en reposo absoluto.

CUIDADO DE ENFERMERIA.

- Resaltar en la mujer la necesidad de permanecer dentro de la unidad hospitalaria en reposo absoluto y el beneficio para ella y su hijo.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.

Desde el momento en que la paciente presenta rotura de membranas antes del inicio de trabajo de parto, debe ser hospitalizada inmediatamente debido al gran riesgo de infecciones en el binomio, vigilancia sobre la actividad uterina si se presenta y vigilar el bienestar fetal, también para la vigilancia sobre las complicaciones que se pueden presentar, iniciar tratamiento para inducción pulmonar y antibioticoterapia.

EVALUACION

Resultado satisfactorio, la paciente comprende la necesidad de permanecer en la unidad.

CUIDADO DE ENFERMERIA

- Enseñar a la mujer la importancia del reposo en posición decúbito lateral izquierdo.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA

Para evitar una disminución en el flujo de sangre desde la circulación úteroplacentaria hacia el sistema cava, con el consiguiente aumento del débito cardíaco en 15 - 20%.⁴ La compresión del útero grávido, sobre la vena cava inferior provoca reducción significativa del retorno venoso, lo que puede provocar hipotensión y shock, de ahí que en estas situaciones sea recomendable colocar a la embarazada en decúbito lateral izquierdo, o bien desplazar el útero suavemente con la mano hacia la izquierda, y la colocación de cuñas, para mantener una posición intermedia entre el decúbito lateral izquierdo y el decúbito supino. Además esto resulta en mejor circulación placentaria, lo cual evitará estrés al producto por hipoxia.⁵

EVALUACION.

Resultado satisfactorio, acepta y se mantiene en la posición descrita.

⁴ <http://escuela.med.puc.cl/Departamentos/Obstetricia/AltoRiesgo/cardiopatia.html> (14 Mayo 06)

⁵ Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF: Williams Obstetrics. 20th ed. New York, NY McGraw-Hill Book Co; 1997: 404.

Alto riesgo de lesión (fetal) relacionado con el riesgo de parto prematuro así como posible infección por la rotura de membranas.

OBJETIVO.

Disminuir el riesgo de lesión fetal.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- Monitorización continua de la FCF durante 48 a 72 horas después de la rotura de las membranas para descartar sufrimiento fetal.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.

La monitorización electrónica de la frecuencia cardiaca fetal y el perfil biofísico están frecuentemente alterados en estos casos. Valorando la presencia de taquicardia o bradicardia fetal.

EVALUACION

Resultado satisfactorio, la frecuencia cardiaca fetal se mantiene dentro de parámetros normales.

CUIDADES DE ENFERMERIA

- Valoración de la temperatura corporal materna, de la tensión abdominal palpable no asociada a contracciones y de la secreción vaginal purulenta.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.

La infección neonatal ocurre entre el 1 y 25% de los casos de RPM. Se ha demostrado que existe una relación directa entre el período de latencia y la infección ovular (corioamnionitis clínica se correlaciona con infección neonatal) por arriba de las 34 semanas. En gestaciones >34 semanas, la primera causa de mortalidad perinatal (en el contexto de RPM) es la infección. Por debajo de las 34 semanas no existe la asociación descrita entre período de latencia e infección ovular, a menos que se practique un tacto vaginal al ingreso.

EVALUACION

Resultado satisfactorio debido a que la paciente no presenta datos de infección intraamniótica.

CUIDADO DE ENFERMERIA

-cuantificación de la pérdida de líquido amniótico.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.

Es importante esta valoración para corroborar la ruptura de membranas en la parte baja, debido a que si fue una rotura alta, el líquido que se pierde será menos e inclusive puede sellarse la rotura. Por lo cual se debe mantener una toalla testigo o toalla "azul" para valorar la pérdida.

VALORACION

Se mantuvo la toalla percibiendo claramente la salida franca de líquido amniótico.

CUIDADO DE ENFERMERIA

- Cambiar de posición a la madre y administrar oxígeno con mascarilla a 4 lts por minuto.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.

La administración de oxígeno mejora la calidad de la circulación placentaria, lo cual resulta en beneficio fetal. Aumentando el gradiente de oxígeno materno-fetal, Debido a la importancia que tiene la transferencia de gases, existen dos efectos metabólicos exclusivos de la placenta que facilitan este intercambio:

El doble efecto Haldane se basa en la concentración de hemoglobina (Hb) libre en cada compartimento. El O₂ y el CO₂ circulan unidos a la hemoglobina (oxihemoglobina y carboxihemoglobina). Al liberar el O₂ la oxihemoglobina en el compartimento materno, queda una molécula de Hb libre capaz de captar CO₂. En el compartimento fetal ocurre lo contrario, la carboxihemoglobina libera CO₂ y entonces queda una molécula de Hb libre capaz de captar O₂. Así, se facilita el paso de O₂ cada vez que pasa CO₂ en sentido inverso.

El doble efecto Bohr, a su vez, se basa en las modificaciones locales del pH a nivel del espacio intervelloso materno y la sangre capilar vellositaria fetal. Al disociarse la carboxihemoglobina, el CO₂ pasa al espacio intervelloso materno y allí actúa como un ácido con lo que se acidifica localmente la sangre en dicho espacio intervelloso. La disminución del pH local a dicho nivel facilita la disociación de la oxihemoglobina con lo que se libera O₂ capaz de ser transferido al compartimento fetal. En la sangre vellositaria fetal ocurre lo contrario, la pérdida de CO₂ a dicho nivel hace que se alcalinice la sangre a dicho nivel con lo que se

facilita la captación de O₂ por la hemoglobina. Este mecanismo también facilita el intercambio entre el O₂ y el CO₂.⁶

EVALUACION

Objetivo cumplido, se mantiene a la paciente con puntas nasales.

CUIDADO DE ENFERMERIA

- Realizar ultrasonido obstétrico y realizar valoración de prueba de bienestar fetal.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.

Se debe realizar ultrasonido obstétrico y realizar pruebas de bienestar fetal valorando: movimientos fetales, frecuencia cardiaca fetal, movimientos respiratorios, para valorar el tiempo que puede permanecer el producto mientras se completan los esquemas de antibiótico y maduración pulmonar. Siempre y cuando no presente datos de sufrimiento fetal.

EVALUACION.

Se cumple el objetivo, se realiza rastreo ultrasonográfico, con una puntuación de bienestar fetal de 8.

⁶ <http://www.uv.es/jvtorres/apuntesprograma/temas%20en%20castellano/OBSTETRICIA%20TEMA%202-2005.doc>

Riesgo de intercambio de gases
en el feto por el potencial de prolapso
De cordón umbilical, debido a la presentación
pélvica, libre, producto pretérmino.

Objetivo.

Impedir el prolapso de cordón umbilical.

CUIDADOS DE ENFERMERIA.

- Corroborar por ultrasonido obstétrico y maniobras de Leopold la presentación pélvica.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.

En las presentaciones no cefálica, sobre todo en la presentación pélvica existe el peligro de que el cordón umbilical se prolapse a través de la vagina en cualquiera de sus variantes; También por la edad gestacional y la presentación no estar abocada al estrecho pélvico existe el riesgo de prolapso.

EVALUACION

Resultado satisfactorio, se detecta la presentación pélvica por maniobras de Leopold, se corrobora por rastreo ultrasonográfico.

CUIDADO DE ENFERMERIA

- Al realizar tacto vaginal examinar si existe procúbito de cordón en cualquier variante.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA

La primera forma de detectar procidencia de cordòn umbilical es el tacto vaginal, al palpar la presentaciòn, la altura de la presentaciòn y si existe procidencia de cordòn en alguna de sus variantes.

EVALUACION.

Resultado satisfactorio, no existe procidencia de cordòn durante su estancia en labor.

CUIDADO DE ENFERMERIA.

- Que la madre este pendiente de los movimientos fetales en caso de disminuir o no percibirlos avisar inmediatamente.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA

La compresiòn del cordòn secundaria al oligoamnios, el desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, las distocias de presentaciòn y la propia

infección materna y/o fetal, son elementos que contribuyen a elevar la incidencia de asfixia perinatal (10 a 50%) en las pacientes con RPM.

La madre debe estar al tanto de los movimientos fetales ya que estos pueden aumentar, disminuir o desaparecer si existe compromiso fonicular, lo cual puede resultar en una emergencia obstétrica al presentar el producto sufrimiento fetal.

EVALUACION

Objetivo cumplido, la paciente se mantiene al tanto de los movimientos fetales, los cuales los percibe activos y regulares.

Alto riesgo de complicaciones respiratorias,
neurológicas, metabólicas al nacimiento;
debido a producto pretérmino.

OBJETIVO

Disminuir y anticiparse a las complicaciones que presente el producto.

CUIDADOS DE ENFERMERIA.

- En base a FUM y USG documentar edad gestacional.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA.

Es importante documentar la edad gestacional por FUM y por clínica para prevenir complicaciones al momento del nacimiento y estar preparados para reanimación de un producto que así lo amerite debido a prematuridad.

EVALUACION.

La valoración de la edad gestacional nos reporta un producto pretérmino que coincide con la fecha de última regla.

CUIDADO DE ENFERMERIA

- Carga de solución glucosa al 10% 300cc .

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.

La administración de glucosa es crucial para la sobrevivencia debido a que órganos como el cerebro, corazón, hígado y riñón son dependientes de la oxidación de la glucosa como fuente de moléculas de alta energía (ATP), y es conocido que neonatos de muy bajo peso al nacer tienen una reserva limitada de glucógeno almacenado en el hígado. Al final de la gestación, los recién nacidos pueden generar cuerpos cetónicos procedentes de la oxidación parcial de las grasas, y glucosa de la gluconeogénesis de los aminoácidos (alanina y glutamina), siendo estos dos mecanismos suficientes para satisfacer la demanda calórica del organismo. Al nacer, el constante flujo de glucosa de la madre al feto es interrumpido ocasionando una caída inicial de la concentración sanguínea de glucosa en el neonato. Debido a lo reducido de los depósitos de glucógeno el flujo de glucosa se agota a las pocas horas de nacido. Las reservas energéticas en forma de grasas y proteínas son limitadas y se consumen en los primeros 4-7 días, dependiendo del peso al nacer y el grado de catabolismo. El proveer al neonato con una carga de glucosa de 4-6 mg/kg/min inmediatamente después del nacimiento, no solamente reduce el riesgo de hipoglicemia sino también suple la energía suficiente para prevenir catabolismo muscular exagerado.⁷

EVALUACION

Se administra la solución indicada.

⁷ Auld AM, Bhangananda P, Mehta S: The influence of an early caloric intake with I-V glucose on catabolism of premature infants. *Pediatrics* 1966; 37: 592-6.

CUIDADO DE ENFERMERIA

- Vigilar movimientos fetales y frecuencia cardiaca fetal.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.

La frecuencia cardiaca fetal durante la observación ultrasonográfica sugiere que el centro del SNC fetal que controla la actividad está funcionando de manera apropiada y por lo tanto descarta hipoxia del SNC.⁸

Movimientos fetales. La percepción materna de los movimientos fetales es muy importante debido a que su presencia es un signo de vida fetal. La disminución significativa de la actividad fetal es un signo sospechoso de hipoxia fetal.⁹

EVALUACION

Objetivo cumplido, movimientos fetales activos, frecuencia cardiaca fetal dentro de parámetros normales.

CUIDADO DE ENFERMERIA

- Administración de inductores de madurez pulmonar: Dexametazona 8 mg. C/12 hrs. IM

FUNDAMENTACION CIENTIFICA

⁸Vintzileos AM, Worstoy A, Campbell et al. Evaluación fetal anteparto mediante eco-grafía: perfil biofísico fetal. Ecografía en ginecología y obstetricia. 3 ed. 1995.

⁹

[Http://72.14.253.104/search?q=cache:AvgwiDXV420J:escuela.med.puc.cl/Departamentos/Obstetricia/AltoRiesgo/control_prenatal.html+movimientos+fetales+y+frecuencia+cardiaca+fetal+en+ruptura+prematura+de+membranas&hl=es&gl=mx&ct=clnk&cd=4](http://72.14.253.104/search?q=cache:AvgwiDXV420J:escuela.med.puc.cl/Departamentos/Obstetricia/AltoRiesgo/control_prenatal.html+movimientos+fetales+y+frecuencia+cardiaca+fetal+en+ruptura+prematura+de+membranas&hl=es&gl=mx&ct=clnk&cd=4)

La exposición antenatal a betametasona o dexametasona en las dosis usadas clínicamente para inducir maduración pulmonar fetal resultan en niveles aparentemente fisiológicos de corticoides en el feto, incrementando la ocupación de receptores en el pulmón fetal. Existe evidencia de alguna inhibición suprarrenal fetal tras la exposición antenatal a corticoides, pero este efecto parece ser transitorio y no suprime la respuesta suprarrenal fetal al estrés posnatal.¹⁰

Los glucocorticoides administrados durante el embarazo se unen a las proteínas transportadoras en la circulación materna dándose una distribución entre la circulación materna y fetal que es compleja e involucra un equilibrio entre las formas libre y unida. La betametasona y la dexametasona se unen menos que el cortisol a las globulinas y además la enzima 11 Beta-hidroxiesteroide-deshidrogenasa, presente en la placenta y que tiene la función de limitar el acceso de los esteroides maternos al feto inactivándolos, tiene poca afinidad por éstas. Solamente la forma libre ingresa a la célula y se une a un receptor específico. Este complejo glucocorticoide receptor activado se une a los elementos de respuesta a los glucocorticoides localizados a lo largo del genoma, luego de lo cual se incrementa la trascrición de genes específicos y el ARN mensajero resultante es transcrito en proteínas específicas.¹¹

La infección neonatal se manifiesta a través de neumonia, bronconeumonía, meningitis y/o sepsis. Los gérmenes aislados más frecuentemente en recién nacidos infectados son *Escherichia coli*, *Klebsiella* y *Estreptococo grupo B* (*Streptococcus Agalactiae*).

EVALUACION.

¹⁰ Crowley P. Corticosteroids prior to preterm delivery. (Revised 19 August 1994.) En: KeirseMJNC, Renfrew MJ. Neilson JP, Crowther C (eds.). Pregnancy and Childbirth Module. En: The Cochrane Database in Systematic Reviews (database on disk and CDROM). The Cochrane Collaboration; Issue 2, Oxford: Update Software; 1995. Available from BMJ Publishing Group, London

¹¹ Walfisch A, Haalak M, Mozer M. Multiple courses of antenatal steroids: risks and benefits. *Obstet Gynecol* 2001;98:491-7.

Resultado satisfactorio, se administran las dosis indicadas de inductor de madurez pulmonar.

Déficit de conocimientos en
relación a embarazo con
producto pretermino manifestado
por dudas, incertidumbre, falta de
control prenatal.

OBJETIVO.

La paciente y su pareja, comprenderán la necesidad de la información prenatal, para evitar posibles riesgos en un próximo embarazo.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

Las siguientes recomendaciones van dirigidas tanto a la comunidad, a la familia de la usuaria, a ésta y a su pareja, con el fin de mejorar los niveles de salud de todos.

1. Proporcionarle a la usuaria un servicio de atención integral por personal calificado, que garantice la privacidad y confidencialidad.
2. Capacitar a los padres, maestros y profesores de la comunidad en educación para la vida sexual.
3. Desarrollar programas de educación sexual y educación para la vida familiar, que incluyan orientación para la toma de decisiones, manejo de los sentimientos, temores y la autoestima. Alentar la postergación de la actividad sexual, hasta que los adolescentes tengan madurez cognoscitiva y emocional para manejar en una forma adulta todas las implicaciones de una relación sexual.

4. Dar apoyo y preparación a los adolescentes para identificar y resistir las presiones sociales y grupales que favorecen las relaciones sexuales tempranas.
5. Motivar a los adolescentes a evitar el embarazo y a utilizar los servicios de planificación familiar, para obtener información técnica confiable.
6. Promover la idea de que ambos progenitores tienen el deber de dar amor y protección a los hijos.
7. Considerar el embarazo de las adolescentes como de alto riesgo y dar atención obstétrica y pediátrica especializada.
8. Estimular una nutrición adecuada.
9. Dar apoyo psicológico y orientación a la adolescente, a su pareja, y a su familia.
10. Estimular la preparación para la maternidad.
11. Preconizar la lactancia materna.
12. Promover el concepto de la importancia del control del embarazo, y la relación directa que existe entre las complicaciones y el número de semanas sin atención médica. Concientizarla que los problemas médicos son más graves cuanto menor es la edad de la usuaria.
13. Estimular a la adolescente a atender sus propias necesidades del desarrollo a fin de completar su madurez psicosocial.
14. Involucrar al padre en la responsabilidad con respecto a la crianza del hijo.
15. Con respecto a la prevención terciaria aquí se trata de disminuir las secuelas e incapacidades en la parte de funcionamiento físico, psicológico y social.
16. Estimular a las adolescentes a que acudan a los servicios de planificación familiar para que reciban la debida orientación.
17. Brindar orientación a las familias con madres adolescentes.
18. Evitar un segundo embarazo precoz.
19. Estimular a las madres adolescentes al control del crecimiento de su hijo, tanto desde el punto de vista pediátrico, como por los servicios especializados en actividades psicosociales.

20. Dar apoyo integral al adolescente, darle un espacio en la sociedad, valorizarlo, elevar su autoestima.
21. Fomentar la comunicación entre padres e hijos especialmente sobre sexualidad.
22. Concientizar a los dirigentes comunales sobre las necesidades de los adolescentes, especialmente en lo que se refiere a salud sexual y reproductiva.

EVALUACIÓN

Este objetivo se cumple parcialmente, como práctica holística de enfermería se debería poder acceder con esta información a la comunidad, sin embargo, a la familia y a la paciente se le proporcionó la información.

Como parte del cumplimiento del objetivo planteado, durante la práctica de servicio social, se atendió la consulta externa de obstetricia, ahí se proporcionó la mayor información a la paciente embarazada para evitar complicaciones en parto, puerperio y que de alguna manera afectara su vida reproductiva.

CONCLUSIONES

Durante la estancia en el servicio social se tuvo la fortuna de aplicar al 100% los conocimientos adquiridos, también se contribuyó a la formación académica del Lic. En Enfermería y Obstetricia, aún más enfocado a la obstetricia campo en que se permitió el desarrollo total.

Un factor que no nos permitió alcanzar la perfección en la aplicación del proceso de atención de enfermería, fueron las carencias del Hospital, de material, de reactivos de laboratorio, sin embargo, se cumplió el objetivo principal.

Al evaluar la atención a la usuaria en el Hospital General de Cuautitlán, se observó que el servicio se presta en forma bastante adecuada. Las condiciones de eficiencia con las que se ofrecían los cuidados proporcionaban garantías para una atención integral a la mujer durante los procesos de parto y postparto.

Se concluye que para un manejo integral de la paciente obstétrica, es la aplicación del proceso de enfermería en sus diferentes etapas, los médicos especialistas de base y residentes de Ginecoobstetricia contribuyeron a la formación académica, la permitirme ir más allá del trabajo convencional, con enseñanzas básicas de ultrasonografía, ser primer ayudante en cirugías obstétricas (cesáreas, OTB), realizar diagnósticos y decidir sobre el tratamiento, atención de parto de bajo y mediano riesgo, esto totalmente satisfactorio.

SUGERENCIAS

Después de la elaboración de este trabajo, había decidido que no existían sugerencias, sin embargo al realizar diversas correcciones, llego a la conclusión que falta mucho del apoyo de la enfermería para realizarse como obstetra; debemos dejar a un lado ese sentimiento de ser únicamente Licenciados en Enfermería, dejando a un lado la Obstetricia. Si nuestro título ostenta la Obstetricia se debe demostrar que lo somos. Este es mi punto de vista debido a que la Obstetricia se ha convertido en mi pasión. Por eso, si se tratara de animar a los compañeros futuros pasantes, podría decirles que si sienten la necesidad de desarrollarse como obstetras, es el mejor campo el del Hospital General de Cuautitlán.

Nuestra preparación académica es muy extensa hasta el grado de poder desempeñarse como Obstetra desde el punto de vista de la aplicación del Proceso Atención de Enfermería, en este trabajo así se logro.

También, se debe seguir construyendo las bases de la enfermería, debido a que no existe vasta bibliografía dedicada a este tema específico, por lo cual resultò en una construcción nueva de diagnòsticos y cuidados de enfermería.

BIBLIOGRAFIA

Arias, Fernando. "Manejo del Embarazo de Alto Riesgo". En Hipertensión en el Embarazo. Capítulo 10. 2º Edición. Mosby Doyma libros 1994, 2ª edición España.

Atkinson L. Murria ME "Proceso de atención de enfermería" 5ª ed. México, Mc Graw Hill, interamericana ; 1996

Carpenito LJ. Manual de diagnóstico de Enfermería. Madrid. Mc Graw-Hill, Interamericana; 1993.

Cobo, Edgar, en "Estados hipertensivos del embarazo". Schwarcz-Salas-Duverges. Obstetricia 1995, Montevideo Uruguay.

Donahue M. Patricia, Historia de la Enfermería, 3ª. . Barcelona Doyma 1998

Dunnihoo-DR. "Pregnancy induced hypertension" in: Fundamentals of Gynecology & Obstetrics. Philadelphia: Lippincott, 1992

Gibas RS, Dismoor MJ, Newton ER. Ramamurthy RS: "A randomized trial of intrapartum versus immediate postpartum treatment of women with intraamniotic infection". Obstet Gynecol, 1988.

Godman Gildman Alfred, "Las bases farmacológicas de la Terapéutica" 7ª edición, editorial médica panamericana, México 1990.

Gómez R. Romero R. "Patogénesis of preterm labor and preterm premature rupture of membranes" associated with intraamniotic infection" Infectious disease. Clin North Am 1997.

Gutiérrez Lizardi Pedro. "procedimientos en el paciente crítico " 2da edición. Editorial Cuellar 1996,

Iyer P. Tapich B. Bernocchi-Losey D. "Proceso de enfermería y Diagnóstico de enfermería", México, Interamericana, Mc Graw Hill 1993:

Kozier Bárbara, *Enfermería fundamental I*, 2ª., Madrid, Interamericana, Mc. Graw Hill 1993,

Las Heras J, Dabancens A, Serón Ferré M. "Placenta y anexos embrionarios." En: Pérez-Sánchez A, Donoso Siña E, (eds). Obstetricia 3ª ed. Cap 6. Editorial Mediterráneo, 1998.

López P. "Proceso de Enfermería". Rev Iberoamericana de Geriátría y Gerontología 1994

Luis MT, "Diagnósticos de Enfermería" aplicación práctica. Rol de enfermería, Interamericana, Barcelona, España 1990,

Malak TM, Bell SC. "Structural Characteristics of term human fetal membranes" Obstet Gynaecol, 1994

Nordmarck/Rohwder "Bases científicas de enfermería" 2da edición editorial Manual Moderno, México SA de CV 1999

Orem, Dorothea E. Nursing: "Concepts of practice with a contributed chapter by Susan G. Taylor and Kathie McLaughlin Renpenning". 6th ed I. B.

Oyarzún E. Gómez R. Romero R., Braceen M. Rotura prematura de membranas de pretérmino. Meta-análisis del efecto de esteroides en la prevención del síndrome de distress respiratorio” Rev. Méd Chil 1991.

Phaneuf M. “Cuidados de Enfermería” el proceso de Atención de Enfermería. Madrid; Interamericana, 1993.

PAGINAS ELECTRONICAS CONSULTADAS (15 mayo 2006)

http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_histor_enfermer1.htm

http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/ex_historia_enfermer2.htm

<http://www.iladiba.com/revista/1997/11/cr5.asp>

<http://docencia.med.uchile.cl/pos/obstetricia/Textos/015.htm>

<http://www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/a052.htm>

<http://escuela.med.puc.cl/Departamentos/Obstetricia/AltoRiesgo/cardiopatia.html>

(14 Mayo 06)

<http://www.uv.es/jvtorres/apuntesprograma/temas%20en%20castellano/OBSTETRICIA%20TEMA%202-2005.doc>

Http://72.14.253.104/search?q=cache:AvgwiDXV420J:escuela.med.puc.cl/Departamentos/Obstetricia/AltoRiesgo/control_prenatal.html+movimientos+fetales+y+frecuencia+cardiaca+fetal+en+ruptura+prematura+de+membranas&hl=es&gl=mx&ct=clnk&cd=4