



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ENFERMERÍA

TESIS DE GRADO PREVIO A LA OBTENCION DEL TITULO:

LICENCIADA DE ENFERMERÍA

TEMA:

**Cuidados de enfermería en pacientes con amenaza de parto
prematuro en el tercer trimestre del embarazo**

Segundo piso "Ginecología obstetricia "del

Hospital Abel Gilbert Pontón

Agosto - Octubre

2010 – 2011

AUTORIA:

Srta. Yorlendi Sotomayor

ASESORA:

Lic. Fanny Gaibor

GUAYAQUIL - JULIO - 2011

DEDICATORIA

Dedicó este producto de mis esfuerzos principalmente a Dios, quien me ha dado sabiduría, conocimiento y guiado mis pasos para culminar con éxito este trabajo.

A mis PADRES Lcdo. Milton Sotomayor y Lcda. Magaly Burgos, MI HERMANA Jemima Sotomayor, y demás FAMILIARES, quienes su abnegación, amor, paciencia y sacrificio, que me brindaron su apoyo económico y espiritual; incluyendo valores y ánimo cuando creí derrotarme y siempre han estado a mi lado, en todos los momentos de mi vida, brindándome su apoyo condicional.

En especial a ti que supiste darme apoyo y estar en los momentos difíciles en saber recompensar la ausencia de mis pilares, y recordarme día a día mi meta, gracias por estar a mi lado en este largo camino.

A muchas de las personas que me brindaron su apoyo desinteresado, que de una forma u otra su apoyo no fue en vano.

Yorlendi Sotomayor.

AGRADECIMIENTO

Agradezco principalmente a Dios por estar junto a mí en cada momento de mi vida y sobre todo por brindarme paciencia, confianza y fortaleza para culminar con éxito la meta q hace años atrás me propuse.

A mis docentes gracias por transmitir sus conocimientos y compartir momentos especiales conmigo desde que ingrese a la carrera de enfermería, a la Directora de la carrera Lcda. Nora Carrera Rojas que fue un gran apoyo en mi vida estudiantil y personal.

Al hospital "ABEL GILBERT PONTÓN", al personal de salud del segundo piso área GINECOLOGIA y a la jefa de enfermería.

Y de manera especial a mi directora de tesis la Lcda. Fanny Gaibor a quien debo su amable dedicatoria y sabiduría.

Yorlendi Sotomayor.

CONTENIDO

DEDICATORIA.....	I
AGRADECIMIENTO.....	II
TABLA DE CONTENIDO.....	III
ABREVIATURA.....	V
RESUMEN.....	1
ABSTRAT.....	2
INTRODUCCION.....	3
PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
OBJETIVO	
OBJETIVO GENERAL.....	8
OBJETIVO ESPECIFICO.....	8
MARCO TEORICO.....	9
CAPITULO I.....	11
ANATOMIA Y FISILOGIA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO	
ORGANOS GENITALES EXTERNOS.....	11
VULVA.....	12
PERINEO.....	12
ORGANOS GENITALES INTERNOS	
VAGINA.....	13
TROMPAS.....	16
UTERO.....	18
OVARIOS.....	19
PERIDOS FERTILES.....	20
CICLO MENSTRUAL.....	21
FECUNDACIÓN DEL FETO.....	21
PRIMERA DIVISION DE CELULAR.....	24
DESARROLLO DEL FETO.....	25
CAPITULO II.....	29

FISIOPATOLOGIA AMENAZA DE PARTO PREMATURO	
PARTO PREMATURO O PRETERMINO.....	30
IVU.....	30
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRABAS.....	33
HEMATURIA.....	36
PREECLAMPCIA.....	37
ECLAMPCIA.....	40
MALFORMACIONES UTERINA.....	41
UTERO HIPOPLASICO.....	44
FETO MACROSOMATICO.....	45
MALFORMACIONES CONGENITAS.....	46
EMBARAZOS MULTIPLES.....	46
CAPITULO III.....	48
CUIDADOS DE ENFERMERÍA.....	49
INDICACIONES MÉDICAS.....	49
PAE.....	50
DETERMINACIÓN DE METODOS DE INVESTIGACION	
METODO.....	51
TECNICAS DE RECOGIDA DE DATOS.....	51
ENTREVISTA A LAS PROFESIONALES Y AUXILIARES.....	51
OBSERVACIÓN.....	51
ANALISIS DE DATOS.....	51
PROCESAMIENTO DE DATOS.....	52
ANALISIS DE DATOS.....	53
CONCLUSION.....	63
VALORACION CRÍTICA DE LA INVESTIGACION.....	64
BIBLIOGRAFIAS.....	66
ANEXOS.....	69
CRONOGRAMA.....	70

ABREVIATURA

IVU.....	INFECCIONES VIAS URINARIAS
APP.....	AMENAZA DE PARTO PREMATURO
RPM.....	ROPTURA PREMATURAS DE
MEMBRANAS	
STV.....	SANGRADO TRANSVAGINAL
SV.....	SIGNOS VITALES
LCF.....	LATIDOS CARDIACOS FETALES

RESUMEN

El motivo de realizar este trabajo investigativo surge a partir de haber identificado los problemas ginecológicos más frecuentes que tiene las mujeres durante su último trimestre de embarazo que asiste a al área de Ginecología del Hospital Abel Gilbert Pontón en la ciudad de Guayaquil.

Enfermería deben estar en constantes preparación para poder identificar estos problemas, el más común es LA AMENAZA DE PARTO PREMATURO, por RUPTURAS PREMATURAS DE MEMBRANAS, INFECCION DE VIAS URINARIAS, y/o VAGINITIS que por lo general ocurre entre las 20 – 36 semanas, aumentando la morbilidad de los niños prematuros.

Uno de nuestros objetivos principales por no decir primordiales es mantener el producto hasta que llegue átermino en condiciones óptimas.

Durante mis prácticas en este Hospital específicamente en el área Gineco obstetricia pude observar un índice elevados en mujeres durante su tercer trimestre de embarazo con diagnóstico de amenaza de parto prematuro, que se presenta como una de las complicaciones más frecuentes producidas por:

INFECCIONES DE VIAS URINARIAS O RUPTURAS PREMATURAS DE MEMBRANAS

OBJETIVOS

GENERAL:

- Evaluar los cuidados de enfermería, en pacientes con amenaza de parto prematuros en el tercer trimestre de embarazo.

- **ESPECIFICO:**

- Evaluar los cuidados de enfermería que se brindan a las pacientes con amenaza de parto prematuro.

- Proponer los criterios técnicos que deben incluirse en un plan de cuidados de enfermería. Las causas maternas para que presente el diagnóstico de amenaza de parto prematuro son varias pero la más comunes es nuestro entorno son:

ABSTRACT

The reason for this work arises from research have identified the most common gynecological problems women have during their last trimester of pregnancy attending the area of the Hospital Abel Gilbert Ponton in the city of Guayaquil.

Nursing should be in constant preparation to identify these problems, the most common is the threat of premature delivery, due to premature rupture of membranes, Urinary tract infection, and / or vaginitis that usually occurs between 20 - 36 weeks, increasing morbidity in preterm infants.

One of our main goals is paramount if not keep the product until it arrives átermino in optimal conditions.

During my practice in this area specifically Hospital Obstetrics Gynecology I noticed a higher rate in women during their third trimester of pregnancy with a diagnosis of preterm labor, presented as one of the most frequent complications caused by:

URINARY TRACT INFECTIONS Or Premature Rupture of Membranes.

INTRODUCCION

El motivo de realizar este trabajo investigativo surge a partir de haber identificado los problemas ginecológicos más frecuentes que tiene las mujeres durante su último trimestre de embarazo que asiste a al área de Ginecología del Hospital Abel Gilbert Pontón en la ciudad de Guayaquil.

El haber realizado mis practicas pre profesionales en esta institución, específicamente en dicha aéreas me ayudo a poder reconocer que muchas pacientes corren el riesgo de sufrir de lesiones que muchas veces pueden ser irreversibles, razón por la cual las/los Licenciado en Enfermería deben estar en constantes preparación para poder identificar estos problemas, el más común es la amenaza de parto prematuro, por rupturas prematuras de membranas, infección de vías urinarias, y/o vaginitis que por lo general ocurre entre las 20 – 36 semanas, aumentando la morbilidad de los niños prematuros.

Uno de nuestros objetivos principales por no decir primordiales es mantener el producto hasta que llegue átermino en condiciones optimas, esto lo podemos lograr mediante la salud preventiva es decir educar a las pacientes en sus consultas prenatales, y más aun motivar al personal de Enfermería a informar a las gestantes sus posibles complicaciones y reconocerlas; utilizando un lenguaje acorde, recordemos que uno de los factores importante es el nivel cultural de las pacientes. Uno de los factores que influye mucho en no realizar dichas actividades es: el tiempo – pacientes, pues esta área cuenta con 8 cubículos, cada uno con 6 camas lo que nos indica que son 48 pacientes para dos Enfermeras profesionales que se deben dedicar no solo al área administrativa sino también a la atención integral de este números de pacientes en tan solo 6 horas y solo cuentan con la ayuda de tres auxiliares de enfermería lo que nos lleva a deducir que la atención no es de buena calidad, es por esto que mi objetivo general al realizar el trabajo de investigación, evaluar los cuidados de enfermería en pacientes con amenaza de parto prematuro en su tercer

trimestre de embarazo es la complicación que más predominan en la área de Ginecología siendo un 80% la cantidad de usuaria que presenta esta complicación

PLANTEAMIENTO Y DELIMITACION DEL TEMA

El Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón ubicado en la ciudad de Guayaquil, en las calles 29 y oriente pertenece al Ministerio de Salud Publica cuenta con los recursos humanos e implementos médicos que la medicina moderna puede poner a disposición para la atención de sus usuarios en las diferentes especialidades. Dispone de diferentes áreas como son: consulta externa, emergencia, hospitalización, en el área de pediatría, gineco obstetricia, medicina interna, cirugía, unidad de terapia intensiva, además de laboratorios e imagenología, cabe recalcar que la medicación y la atención es totalmente gratuita y tienen acceso a este beneficio usuarios de toda clase social sin discriminación alguna.

Uno de los problemas que más frecuente se observa es la gran cantidad de atención que se le brinda a los usuarios, pues el hospital no abátese para la gran demanda de atención que se presenta día a día y si a esto se le suma la falta de personal que genera en ciertas ocasiones un caos en las áreas mas afluentes del Hospital. En el área de emergencia específicamente en el consultorio de Gineco obstetricia la demanda es tan grande que no suele abastecer la atención de un médico residente, dos internos de medicina y una auxiliar de enfermería, quienes en ocasiones se han visto con tantas atenciones de emergencias que no han sido capaces de atender a todos por falta de espacios, utensilios y de personal de salud , teniendo que derivar a otras instituciones a dichas pacientes, pues en el área de hospitalización de Gineco obstetricia permanece llena siempre.

Durante mis practicas en este Hospital específicamente en el área Gineco obstetricia pude observar un índice elevados en mujeres durante su tercer trimestre de embarazo con diagnostico de amenaza de parto prematuro, que se presenta como una de las complicaciones más frecuentes producidas por: infecciones de vías urinarias o rupturas prematuras de membranas, por lo cual durante las conversaciones que tuve con las usuarias del área de hospitalización quien en su mayoría eran adolescentes,

me pude percatar que no habían recibido la información correcta de parte del personal de enfermería, las debidas atenciones que deben regirse en su etapa gestacional tanto en el cuidado personal e higiénico, nutrición adecuada, actividades a realizar para evitar futuras complicaciones, y lo más importante aun a reconocer los síntomas y signos de dichas complicaciones.

Con los antecedentes expuestos la pregunta que me planteo:

¿CUÁLES SON LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA QUE SE DAN A LAS MUJERES CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO CURSANDO SU TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO?

CONTEXTUALIZACIÓN

El Hospital Abel Gilbert Pontón, se crea por el ministerio de salud en junio 16 de 1967 con pleno derecho de atender el principio universal y sublime que se llama salud.

El Hospital Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil, región rural de especialidades dependiente del ministerio de salud pública y responsable de la prestación directa de servicios de atención medica integral, así como de labores de docencia y de investigación en el campo de salud. Mediante programas definidos, teniendo como sujeto de acción al individuo, la familia, la comunidad.

Los objetivos del hospital de la creación:

Mantener la salud de la comunidad suburbana, a través de la presentación de servicios con la finalidad de:

Prestar atención de salud en las fases de:

- Prevención o fomento
- Curación
- Rehabilitación

Objetivo actual:

Mejorar la atención y prevención de la salud, a través de normas y funciones que mantienen los diversos servicios y departamentos del Hospital Guayaquil.

Adelantos científicos y técnicos que demanda la medicina actual con el propósito de lograr un desarrollo armónico y funcional de la institución.

Mejorar la fuente de investigación de sus niveles académicos y científicos en todos sus aspectos.

Las funciones generales del hospital son:

- Diagnostico
- Tratamiento curativo y/o paliativo de la enfermedad
- Rehabilitación física, mental y social
- Asistencia de emergencia

El hospital Abel Gilbert Pontón consta:

- Emergencia
 - Medicina interna
 - Ginecología
 - Pediatría
 - Reanimación
 - Cirugía menor

2do. Piso – Gineco – obstetra

- Toco – quirúrgico
 - Pre parto
 - Parto
 - recuperación
- Alojamiento conjunto 1
 - Partos Fisiológico con 6 camas
- Alojamiento conjunto 2
 - Partos Fisiología con 3 camas
 - Quirúrgicas con 3 camas
- Cirugía (Puerperas)

- Quirúrgica con 6 camas
- Patología ginecológicas
 - Con 6 camas
- Patología primera mitad
 - Con 3 camas
 - 3 camas patología de embarazadas
- Patología 2 (Embarazadas)
 - Con 6 camas
- Séptico
 - Con 6 camas
- Departamento de enfermería

OBJETIVOS

GENERAL:

Evaluar los cuidados de enfermería, en pacientes con amenaza de parto prematuros en el tercer trimestre de embarazo.

ESPECIFICO:

Observar al personal profesional y auxiliar en enfermería el cumplimiento con los cuidados de enfermería adecuados.

Evaluar los cuidados de enfermería que se brindan a las pacientes con amenaza de parto prematuro.

Proponer los criterios técnicos que deben incluirse en un plan de cuidados de enfermería

MARCO TEORICO

**ANATOMIA Y FISILOGIA DEL APARATO
REPRODUCTOR FEMENINO**

CAPITULO 1

ÓRGANOS GENITALES EXTERNOS

Es la porción de aparato genital limitada por los surcos genitocrurales, el monte de Venus y el ano, y en profundidad se extiende hasta el diafragma pelviano accesorio.

Comprenden: el monte de Venus, la vulva y el perineo ginecológico.

Monte de Venus Zona situada por delante de la sínfisis pubiana cubierta por pelos, cuyos límites forman los de la región. Los límites de la región del monte de Venus son: hacia arriba, el surco suprapúbico; a los lados, los pliegues inguinales, y hacia abajo se prolonga hasta los labios mayores sin demarcación.

Vulva

Es una hendidura mediana cuando la mujer aproxima los muslos; está más o menos entreabierta cuando la mujer separa los muslos. Está formada por:

Labios mayores, Labios menores Clítoris, Vestíbulo y sus anexos Himen Vestíbulo y anexos:

Vestíbulo: zona navicular que se presenta al separar las ninfas (labios menores) y que tiene una cara posterior o profunda, 2 caras laterales y 2 comisuras.

En el vestíbulo desembocan:

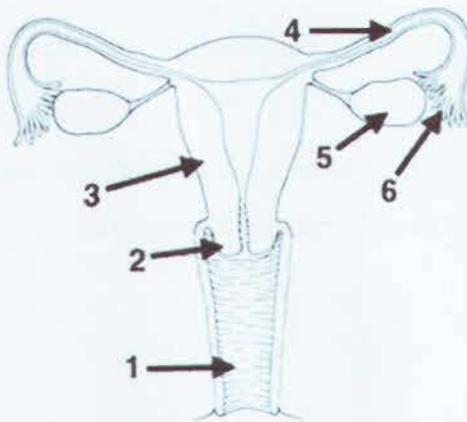
- a) la vagina
- b) la uretra y glándulas parauretrales de Skene
- c) glándulas de Huguier o pequeñas glándulas vestibularesd) glándulas de Bartholin o vestibulares mayores.

Perineo

El perineo ginecológico es la pequeña región de 3 o 4 cm comprendida entre la horquilla vulva y el ano. Constituye la base de la formación conjuntivomuscular cuneiforme (por eso se llama cuña perineal) situada entre la vagina y el recto. Compuesto por: los músculos esfínter estriado del ano, isquiocavernoso, bulbocavernoso, transverso superficial del perineo y la extremidad posterior de los manojos puborrectales del elevador del ano.

Órganos genitales internos

Comprende vagina, útero, trompas y ovarios.



Vagina

Órgano de la cúpula. Es un conducto virtual en condiciones normales que pone en comunicación el útero con la vulva. Por ella salen las secreciones normales y patológicas del útero y el feto y sus anexos durante el parto. Es un tubo aplastado en sentido anteroposterior, excepto en su porción superior que rodea al hocico de tenca. Esta orientada hacia arriba y hacia atrás; tiene 7 a 8 cm de longitud; la pared posterior es más larga que la anterior y su ancho es de 2,5 a 3 cm. La superficie interna es rugosa, por la presencia de pliegues longitudinales y transversales, formados por cúmulos de tejido elástico que permite al órgano su gran extensibilidad. Las saliencias longitudinales forman un espesamiento en la línea media de ambas caras, que se denominan columnas rugosas anterior y posterior; las transversales nacen de estos espesamientos principales y se pierden hacia los bordes. La columna rugosa anterior termina en su porción superior, bifurcándose y constituyendo 2 lados de un triángulo equilátero, cuya base forma un repliegue transversal de la mucosa, situado a casi 2,5-3 cm por debajo del orificio externo del cuello.

Este triángulo, denominado de Pawlick, tiene valor clínico y quirúrgico, porque es la proyección vaginal del trigono vesical de Lieteaud. La cara anterior de la vagina esta en relación, de abajo a arriba, con la uretra y la vejiga; la cara post. Con las zonas perineal, rectal y peritoneal. La extremidad superior de la vagina al insertarse en el tercio inferior del cuello uterino forma una bóveda o cúpula, en la que se distinguen 4 porciones llamadas fórnices o fondos de sacos vaginales: anterior, posterior y laterales. El fórnix posterior es el + profundo y corresponde al segmento medio de una delgada capa de tejido celular; la cara posterior, con el fondo de saco de Douglas y el recto. Por los bordes laterales está en relación con la arteria uterina y los plexos venosos que la acompañan, también con la parte terminal del uréter. Estos diferentes órganos transcurren juntos para dirigirse en busca del cuello uterino.

Al llegar a una distancia de 20-30mm de éste, se separan. Los plexos venosos se dirigen hacia adelante del cuello y hacia sus lados. La arteria uterina se remonta hacia arriba (describiendo el cayado de la uterina) y alcanza el borde cervical. El uréter se dirige hacia adentro, abajo y adelante, para ir a abrirse en el fondo de la vejiga. Durante su trayecto, cruza el borde lateral del cuello a la altura del orificio interno, luego se aplica sobre el fondo de saco anterolateral de la vagina, después abandona ésta a la altura del orificio cervical externo, deja el cuello atrás, gana el fondo de saco vaginal anterior y penetra en la pared vesical. La porción del cuello situada por debajo de la inserción vaginal y que es la que se ve cuando se coloca el espéculo, se denomina hocico de tenca o segmento intravaginal. El segmento intravaginal del cuello es de forma cónica, está dirigido hacia el fondo del saco vaginal posterior, y en su vértice presenta el orificio externo del cuello. La consistencia del hocico de tenca es elasticorresistente; su color es rosa pálido y luciente.

El orificio cervical externo es la desembocadura de un conducto que recorre el cuello en toda su extensión y que se denomina conducto cervical. Tiene casi 3 cm de largo y termina hacia arriba en el orificio interno. El orificio cervical interno es menester separar el anatómico del histológico (entre ambos existe una zona de 5 a 8 mm de alto que se denomina istmo uterino). El orificio interno anatómico (límite superior del istmo) tiene numerosos puntos de referencia: donde la cavidad del útero se hace canalicular; donde penetran en la musculatura las primeras ramas transversales de la arteria uterina y donde adhiere al útero el peritoneo que tapiza su cara anterior. El orificio interno histológico (límite inferior del istmo) está situado en el punto en el cual el epitelio endocervical sustituye al epitelio del istmo, de tipo endometrial. El conducto cervical, en sus caras anterior y posterior, una pequeña saliencia longitudinal, a la que convergen otros relieves oblicuos, que constituyen el denominado "árbol de la vida".

En el cuerpo del útero se consideran 3 capas, que de adentro hacia afuera son:

- A) la capa mucosa o endometrio
- B) la capa muscular o miometrio
- C) la capa peritoneal o perimetrio

Funciones de las 3 capas del útero

- a) En el período de actividad genital la mucosa está sometida a cambios cíclicos
- b) El miometrio, que constituye casi la totalidad de la pared uterina, está formada por una intrincada malla de fibras musculares lisas. Esta capa, da al útero su tonicidad normal; al contraerse tiende a evacuar la cavidad uterina, a la vez que hace hemostasia por compresión de los vasos que atraviesan la pared.
- c) El peritoneo, cuando ha tapizado la cara posterior de la vejiga, pasa a la cara anterior del útero a nivel del istmo, la cubre en su totalidad, alcanzando el fondo se refleja sobre la cara posterior, istmo, cuello y fondo de saco posterior de la vagina, pasando luego a la cara anterior del recto. Entre la vejiga y el útero se forma el fondo de saco vesicouterino, y entre el útero y el recto, el fondo de saco rectouterino o de Douglas. En tanto que la serosa peritoneal adhiere íntimamente a la capa muscular en casi toda la extensión del cuerpo, es fácilmente despegable en las vecindades del istmo. En los bordes, las hojuelas del peritoneo que cubren las caras anterior y posterior del útero se continúan hacia la pared pelviana y forman los ligamentos anchos.

El cuello uterino, en su porción intravaginal, está también formado por 3 capas: 1 ext. (exocervix), constituida por un epitelio pavimentoso pluriestratificado = al de la vagina, salvo que posee superficie lisa y escasas papilas, una media, de naturaleza conjuntivomuscular, que constituye casi todo el espesor del cuello, y una interna mucosa, formada por epitelio y glándulas mucíparas. Las arterias del útero provienen del arco que en los bordes laterales del órgano forma la anastomosis de la arteria uterina, rama de la hipogástrica, con la uteroovárica, rama de la aorta abdominal. El

cuello esta irrigado por las ramas cervicales de la uterina. Las venas son las uterinas, que siguen el mismo trayecto que la arteria y desembocan en la vena hipogástrica; la sangre venosa del fondo uterino desagua en las venas ováricas que terminan a la derecha en la V.C.I. (vena cava inferior) y a la izq. en la v. renal. La vena del ligamento redondo termina en la v. epigástrica. Los nervios del útero provienen del plexo de Frankesheuser, situado a ambos lados del cuello en el tejido pelvisubperitoneal, al que llegan fibras simpáticas y parasimpáticas y del nervio erector o pelviano, originado en el plexo sacro. Los nervios simpáticos transmiten estímulos de contracción y vasoconstricción; los parasimpáticos conducen estímulos inhibitorios de la motilidad y vasodilatación.

Trompas

Las trompas de Falopio u oviducto son 2 conductos que parten de ambos cuernos uterinos, siguen la aleta superior del ligamento ancho, se dirigen transversalmente a las paredes laterales de la pelvis y terminan en las proximidades del ovario. En la fecundación permiten la ascensión de los espermatozoides y conducen el óvulo o el huevo a la cavidad uterina. Su oclusión produce esterilidad. Tienen 10 a 12 cm de largo y los siguientes. Segmentos:

a) una porción incluida en la pared uterina (intraparietal o intersticial), que es la parte + estrecha del órgano.

b) el istmo de 3 o4 cm de largo.

c) la ampolla, que es la porción + amplia y larga (7-8 cm), que se abre en la cavidad abdominal por 1 orificio circundado por una corona de fimbrias (pabellón), la mayor parte de los cuales constituye la fimbria ovárica, que se fija al ligamento tubo ovárico y vincula la trompa con el ovario.

La trompa está tapizada por una mucosa rica en pliegues. Pone en comunicación una cavidad serosa con la mucosa y, por intermedio de ella, la cavidad serosa con el exterior.

histológicamente, la trompa está constituida por 3 capas:

1) La mucosa o endosálpinx, formada por el epitelio cilíndrico alto, uniestratificado. La mayoría de las células están dotadas de cilias que ondulan hacia la cavidad uterina; las restantes son aciliadas (secretorias o de transición).

Los pliegues están tapizados por el mismo epitelio y presentan el armazón conjuntivovascular. El endosálpinx participa en las modificaciones periódicas del ciclo sexual.

2) La muscular o miosálpinx, constituida por el plano externo de fibras musculares longitudinales, y otro interno + espeso, de circulares.

3) La serosa o perisálpinx, rodea al órgano, excepto en su borde inferior, donde las hojas peritoneales se adosan por constituir la aleta superior del ligamento ancho o mesosálpinx; por aquí entran y salen los vasos y nervios de la trompa.

El oviducto está irrigado por arterias del arco que forman al anastomosarse la tubárica interna (rama de la uterina) y la tubárica externa (rama de la ovárica).

El revestimiento peritoneal de la pared vaginal posterior está en íntima relación con el fondo de saco de Douglas. El fórnix anterior es - pronunciado y se relaciona con el fondo de la vejiga y la porción terminal de ambos uréteres. Los fórnices laterales están en relación con la parte + interna de los parametrios laterales, con el uréter y con la arteria uterina. La extremidad inferior de la vagina o introito termina en el vestíbulo y es la porción + estrecha del conducto.

Paredes vaginales: formadas por 3 capas: interna o mucosa, media o muscular, y la externa, formada por la fascia y el tejido celular perivaginal o paracolpio. La mucosa de color rosa pálido, es el epitelio plano pavimentoso pluriestratificado, cuyas células basales o matrices son cilíndricas, las medias cúbicas y las superficiales planas y se

desprenden continua/. Las células epiteliales contienen glucógeno, y pincelando la vagina c' solución yodoyodurada, se obtiene la coloración de caoba característica. Se trata de l mucosa desprovista de glándulas, de ahí que a la sustancia blanquecina y de reacción ácida depositada sobre sus paredes se la denomina contenido vaginal. La mucosa recibe del tejido conjuntivo subepitelial prolongaciones en forma de papilas. El tejido submucoso, de tejido conjuntivo fibrilar, contiene fibras elásticas y vasos. La capa muscular, mal delimitada con la submucosa, presenta 2 planos de fibras lisas: el interno de circulares y el externo de longitudinales. La fascia vaginal es el producto de la condensación del tejido celular pelvisubperitoneal y constituye l elemento importante de sostén de la vagina, la vejiga y el recto.

En la cara anterior, al fusionarse con la fascia vesical, forma el tabique vesicovaginal, y en la cara posterior, el tabique rectovaginal por coalescencia con la fascia rectal. El paracolpio se continúa sin demarcación con el tejido subperitoneal pelviano (parametrio) y esta separado del tejido celular de la fosa isquiorrectal por el músculo elevador del ano. La vagina esta irrigada principalmente por la arteria vaginal (rama de la hipogástrica); la bóveda recibe las ramas vaginales del cayado de la uterina y su porción inferior las ramas de la arteria vesical inferior, la hemorroidal media y la pudenda interna. Las venas forman el plexo vaginal en comunicación con los plexos vesicales, uterinos y rectales vecinos. Los nervios provienen del plexo hipogástrico y del pudendo interno, y antes de penetrar en la vagina forman el plexo perivaginal.

Útero

Situado en la excavación pelviana, el útero, víscera hueca, impar y mediana, es el órgano destinado a albergar y proteger al huevo y luego al feto. Tiene forma de pera achatada. Un estrechamiento circular, situado por debajo de la mitad del órgano, denominado istmo, divide al órgano en 2 porciones: el cuerpo y el cuello, que son fisiológica y patológicamente distintos. La unión de los ejes del cuerpo y cuello,

forma 1 ángulo abierto hacia adelante y abajo, de entre 70° y 110°. El cuerpo uterino, de forma triangular, tiene 2 caras y 3 bordes. La cara anteroinferior descansa sobre la cara posterior de la vejiga, con la que forma el fondo de saco vesicouterino, que es virtual cuando el útero mantiene su posición normal en anteversoflexión. La cara posterosuperior se relaciona con las asas del intestino delgado y soporta la presión intraabdominal.

El borde anterosuperior o fondo es convexo en los 2 sentidos y su reunión con los bordes laterales constituye los cuernos uterinos, en donde se implantan los ligamentos redondos, las trompas y los ligamentos útero ováricos. Los bordes laterales se relacionan con la porción ascendente de la arteria uterina y a su nivel las 2 hojas serosas que forman el ligamento ancho, se separan p' tapizar las caras uterinas anterior y posterior. La cavidad uterina es virtual, de forma triangular.

En cada uno de sus ángulos presenta un pequeño orificio que corresponde a la desembocadura de las trompas (orificios uterinos de las trompas); el orificio inferior se continúa con el conducto cervical.

El cuello uterino mide 3 cm en tanto que el cuerpo mide 4 cm. Se presenta como un cilindro dividido en dos porciones desiguales por la inserción de la vagina. La porción situada por encima de la vagina (supravaginal) tiene de 15 a 20 mm de longitud y se encuentra en el espacio pelviperitoneal. La cara anterior se relaciona con el bajo fondo vesical.

Ovarios

Son 2 órganos del tamaño y forma aproximado a una almendra. Situados en la aleta posterior del ligamento ancho, a los lados del útero. Su tamaño sufre modificaciones cíclicas, alcanzando. Durante la ovulación y cuando existe el cuerpo amarillo en la gestación. En el corte, se distinguen 2 porciones:

a) **CORTICAL:** es blanquecina, constituida por tejido conjuntivo denso, en el cual se alojan los folículos que encierran el plasma germinativo. Se halla revestida por el epitelio ovárico (una capa de células cilíndricas, prismáticas, que descansan sobre una lámina conjuntiva que es la albugínea). En el hilio, el epitelio ovárico se continúa sin transición con el endotelio peritoneal a nivel de la línea de Farre-Waldeyer, lo que hace que sea el único órgano intraperitoneal propiamente dicho.

b) **MEDULAR:** es rojiza y esta formada por tejido conjuntivomuscular, por ella discurren los vasos y nervios que han penetrado a través del hilio. En la región más interna de la cortical, se encuentran los folículos primordiales. Las gónadas están ricamente irrigadas y los vasos provienen de la arteria ovárica (rama de la aorta), que llega al órgano a través del ligamento infundibuloovárico o pelviano. Después de emitir la tubárica externa, alcanza al ovario y se anastomosa con la rama de la uterina en forma terminal, quedando constituido 1 arco de donde salen numerosas ramas que irrigan al ovario.

PERIODO FERTILES

Muchas mujeres aún sin haber intentado quedar embarazadas, tienen miedo de no poder tener un hijo, creándose un estado de ansiedad innecesario y que puede llegar a perturbarlas. Hay métodos sencillos que la ayudarán a saber cuáles son sus días fértiles, como el control de la temperatura basal, las características del moco cervical y la medición de la hormona luteinizante en orina (lo puede realizar la mujer en su casa). También hay métodos más complejos que los realiza exclusivamente el médico, como el control ecográfico de la ovulación y la biopsia de endometrio.

Ciclo menstrual

Si tomamos como ejemplo un ciclo ideal de 28 días, en el ovario se diferencian tres fases: folicular (predominan la secreción de estrógenos) y se extiende desde el primer día de menstruación (primer día del ciclo) hasta el día 10 del ciclo. Le sigue la fase ovulatoria del día 11 al 14 del ciclo (se produce el pico de secreción de la hormona luteinizante, previo a la ovulación). Una vez que la mujer ovula, se expulsa el óvulo hacia la Trompa de Falopio, donde puede ser fertilizado por el espermatozoide.

En el lugar del ovario por donde es expulsado el óvulo, se forma una zona llamada cuerpo amarillo, donde se producen grandes cantidades de progesterona, que preparará el endometrio (capa interna del útero) para que anide el embrión, en caso que se produzca el embarazo. A esta última etapa se la llama fase luteínica (predomina la secreción de progesterona), y dura entre 10 a 14 días.



Medición de la temperatura basal

El registro de la temperatura basal se utiliza para determinar cuando ocurre la ovulación. La curva térmica en los ciclos ovulatorios, comienza su ascenso alrededor del día de la ovulación (puede hacerlo el día anterior, el mismo día o al día siguiente). La temperatura debe superar en 0,5 C a la que se registró durante la primera fase del ciclo (fase estrogénica), y debe mantenerse elevada durante toda la segunda fase del ciclo (fase luteínica) hasta la próxima menstruación (la elevación de la temperatura basal se debe a la acción de la progesterona).

La temperatura se toma todos los días antes de levantarse (después de un período de descanso de 6 a 8 horas, y sin hacer ninguna actividad física previa) Se controla la temperatura rectal, aunque algunos autores aconsejan también la vía oral o vaginal. Se debe hacer el control durante tres meses para sacar el promedio de la fecha de ovulación. Lo aconsejable es anotar los valores de temperatura diariamente, en una hoja cuadriculada, y hacer un gráfico para facilitar la interpretación.

En caso de que la mujer quede embarazada, la temperatura permanece elevada por la progesterona que se segrega durante el embarazo.

Moco cervical

Las glándulas del cuello uterino segregan moco. Esta secreción es regulada por las hormonas ováricas. Los cambios que sufre el moco cervical por la acción hormonal permite establecer la presencia o ausencia de ovulación, porque la mujer se sentirá húmeda o seca en la región vulvar.

Los estrógenos estimulan la secreción de una gran cantidad de moco, acuoso, filante (filancia: el moco cervical puede formar hilos, se puede comprobar esta característica tomando el moco que la mujer encuentra en el orificio externo de la vagina y separarlo entre el dedo pulgar e índice. La longitud de la hebra se mide en centímetros). La progesterona disminuye la secreción del moco cervical, y al mismo tiempo se hace más viscoso y menos filante. La máxima secreción de moco cervical se produce en la época de ovulación y será una secreción transparente, acuosa, con una filancia entre 7 y 10 cm. En general las mujeres describen al moco preovulatorio como clara de huevo.

Para saber cuál es la época fértil (los días en que las mujeres tienen más posibilidades de quedar embarazada) la mujer deberá aprender a reconocer la sensación de humedad vulvar (lo puede hacer antes de orinar pasándose papel higiénico por la vulva), o bien observando el tipo de moco, tomándolo entre el pulgar

y el índice y ver si es claro acuoso y filante, características que coinciden con la ovulación.

Los días húmedos le indicarán la etapa fértil del ciclo, y por el contrario cuando la mujer se sienta seca, estará en los días en que no puede quedar embarazada.

La sensación de humedad es la base de uno de los Métodos Anticonceptivos naturales, que sirven para espaciar o evitar los embarazos.

Medición de la hormona luteinizante (LH)

La hormona luteinizante es producida en la glándula Hipófisis, y en el ciclo menstrual normal presenta variaciones en su concentración en sangre. Se elimina por orina, y por eso se puede medir con los llamados test caseros. La secreción comienza a subir desde los primeros días del ciclo en forma progresiva alcanzando su pico máximo entre los días 13 a 14 del ciclo, previo a la ovulación. Después de ésta disminuye. La mujer puede detectar esta hormona en su orina utilizando los test de ovulación que se venden en las farmacias. Deberá medirla durante 5 días y poder determinar cuándo se producirá la ovulación. Se aconseja tener relaciones sexuales en esos días, ya que el óvulo vive entre 24 a 48 hs.

FECUNDACIÓN DEL FETO

El ovulo se encontrara con el espermatozoide en la trompa de Falopio para ser fecundado, Durante los primeros días del ciclo, en el ovario se forma un pequeño quiste denominado folículo que contiene en su interior al ovocito, que es la célula femenina, recubierto de líquido.

En la mitad del ciclo el quiste se rompe lo que provoca la salida del líquido y del ovocito que es recogido por la trompa. La rotura del folículo se denomina ovulación. El ovocito tardara menos de 24 horas en llegar a la trompa donde al juntarse con el espermatozoide se producir la fecundación.

Para la célula masculina (los espermatozoides) el recorrido va a ser más largo. En total son 18 los centímetros que separan a la vagina de la trompa de Falopio, sólo los espermatozoides más capacitados serían capaces de acercarse al óvulo y, de entre ellos, el mejor dotado será el que lo fecunde, atravesando con su cabeza la pared de la célula femenina.

El espermatozoide elegido se desprende de su cola o flagelo e introduce su cabeza, con toda la carga genética en el óvulo. En ese mismo instante, en el que el espermatozoide penetra en el óvulo, se produce la fecundación. Esa nueva célula que se crea lleva en sí todos los caracteres del futuro ser, desde el color del pelo hasta la tendencia a padecer ciertas enfermedades

PRIMERA DIVISIÓN CELULAR

Doce horas después de producirse la fecundación tiene lugar la primera división celular. A partir de este momento, y cada 12 o 15 horas, el nuevo ser multiplica por dos el número de sus células. El huevo se va transformando y posteriormente, cuando al centenar de células se llamara blastocito, y este llegar a la cavidad uterina hacia el tercer día después de la fecundación.

Hacia el octavo día, el blastocito se implantara en el endometrio y desde ese instante, se prepara para vivir en el útero materno. Una vez implantado, el embrión provoca diversas reacciones químicas que tienen como función avisar al organismo de su presencia. No hay que olvidar que al fin y al cabo se trata de un elemento extraño, al menos al cincuenta por ciento de estos mensajes químicos provocan varios cambios en la madre. El primero será la interrupción del ciclo ovulatorio y, entre otros, el aumento del tamaño del pecho, se espesa la mucosidad del cuello y aumenta la cantidad de sangre que llega al útero.

El desarrollo del feto semana a semana

Semana 3 (desde la fecundación)

El embrión está formado por tres capas de células a partir de las cuales se van a originar los distintos tejidos y órganos. La más interna (endodermo) forma una especie de tubo que más tarde se desarrollará para convertirse en los pulmones, el hígado, la glándula tiroidea, el páncreas, el tracto urinario y la vejiga.

La capa media (mesodermo) se transformará en el esqueleto, los músculos (incluido el corazón), los testículos u ovarios, riñones, bazo, vasos sanguíneos, células de la sangre y la dermis, la capa más profunda de la piel. La capa exterior (ectodermo) dará origen a la piel, el sistema nervioso, las glándulas sudoríparas, los pechos, el cabello, las uñas, el esmalte de los dientes y el cristalino de los ojos.

Semana 4 (desde la fecundación)

Comienza a delimitarse el extremo superior del embrión. Ya tiene un corazón que late y el sistema de circulación sanguínea, las extremidades superiores comienzan a perfilarse y aparecen los esbozos de las inferiores. Se forma el cordón umbilical y su tamaño es de 4 mm.

Semana 5 (desde la fecundación)

En esta fase, el cerebro se desarrolla con gran rapidez con lo que el tamaño de la cabeza aumenta considerablemente. El embrión mide 11 mm.

Semana 6 (desde la fecundación)

Se forman los dientes, las cuatro cavidades cardíacas y se desarrolla el estómago, el intestino, el páncreas y el aparato urinario. Aparecen también los esbozos del conducto auditivo externo y pabellones auriculares. Mide ya de 20 a 22 mm.

Semana 7 (desde la fecundación)

Los elementos que van a conformar la cara aparecen cada vez más delimitados. Se individualizan los dedos de la mano y se inician los dedos de los pies. Mide 30 mm.

Semana 8 (desde la fecundación)

El embrión ya tiene párpados y se empiezan a formar las glándulas sexuales. Se constituyen los músculos, nervios y la médula Osea. Al final de esta semana se completa el desarrollo del embrión que a partir de ahora pasa a denominarse feto y tiene características humanas. Su tamaño es de 40 Mm. y pesa de 2 a 3 g. A partir de esta semana y hasta la 14, mediante la ecografía, se mide la distancia entre la cabeza y la nalga, con lo cual se puede precisar la edad gestacional con un error menor de una semana.

Semana 9 a 12 (desde la fecundación)

Su rostro se ha formado por completo, sus ojos permanecen cerrados y sus párpados todavía están desarrollándose. El esqueleto comienza a osificarse, el tronco se ha extendido y aparecen los primeros cartilagos y costillas. Ya tiene uñas. Sus órganos genitales externos están creciendo y al final de esta etapa ya se puede discernir su sexo. El corazón late a un ritmo de más de 140 latidos por minuto, y continúa desarrollándose el sistema circulatorio. El feto realiza movimientos bruscos como los de un pez, a pesar de ello la madre no lo nota por el pequeño tamaño del feto.

Semana 13 a 16 (desde la fecundación)

Por medio de la ecografía ya desde la semana 13 se le puede medir la cabeza, esta medición sirve para calcular el crecimiento del feto y la edad gestacional pero con menos precisión que cuando se hace con la distancia cabeza-nalga. El feto crece muy rápidamente, las piernas son más largas que los brazos, el esqueleto sigue completándose, empieza a desarrollarse tanto el sentido del tacto como el del gusto. Debido a la longitud de sus brazos las manos se pueden agarrar, aunque sus movimientos todavía no se controlen.

Semana 17 a 20 (desde la fecundación)

El feto ya ha desarrollado tanto los músculos como un sistema nervioso que le permite moverse. La multiplicación de las células nerviosas ha llegado a su fin. Como todavía es pequeño se desplaza de arriba abajo y puede estar en cualquier posición. La madre siente ya claramente los movimientos fetales. Con relación a su piel, las glándulas sebáceas producen una sustancia llamada vérmix caseoso, que le sirve de protección y su cuerpo aparece recubierto de un vello fino y suave llamado lanugo. A partir de esta semana su cerebro aumentará unos 90 gramos por mes.

Semana 21 a 25 (desde la fecundación)

Aunque su piel sigue arrugada, el feto presenta un notable aumento de peso y sus proporciones se van armonizando hasta llegar aproximadamente a las de un recién nacido. Se inicia la maduración de las células cerebrales que utilizará para el pensamiento consciente. Su cara se va afinando, se pueden diferenciar sus cejas y nariz, las orejas son más grandes y se destaca el cuello. Comienza a chuparse el pulgar. La diferenciación sexual es completa. En caso de nacer, las posibilidades de sobrevivir son escasas, pero cada vez hay más niños con esta edad que viven pero con muchas posibilidades de desarrollar secuelas graves.

Semana 26 a 29 (desde la fecundación)

Si el bebé naciera en este momento podría sobrevivir con cuidados especiales. Los ojos se abren y ya no está arrugado porque se forma una considerable capa de grasa por debajo de la piel. El cerebro sigue creciendo, células cerebrales y circuitos nerviosos muestran gran actividad, el feto es capaz de desarrollar movimientos de mayor complejidad. Sus párpados se han completado y ya puede abrir y cerrar los ojos. Cada vez tiene menos espacio para moverse y en algunas situaciones se puede agitar buscando una posición más cómoda. Mide unos 42 cm. Y pesa 1,5 kg.

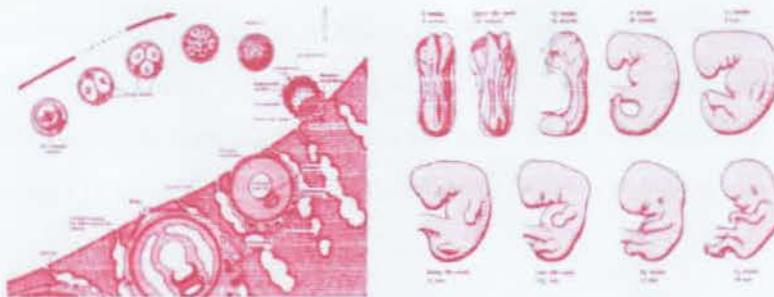
Semana 30 a 34 (desde la fecundación)

En esta etapa, las posibilidades de vida de los bebés prematuros son muy altas. A excepción de los pulmones, prácticamente todos sus órganos están maduros. Tiene reflejo pupilar ante la luz, puede dilatar y contraer el iris, su piel es rosa y suave. El cordón umbilical es grande y duro. Una sustancia gelatinosa rodea los vasos sanguíneos, lo que impide que se produzcan enredos y anudamientos en el cordón que podrían afectar la circulación fetal. El bebé traga mucho líquido amniótico y puede orinar hasta medio litro al día. Muchos bebés ya van colocando la cabeza abajo y las nalgas arriba. Mide ya unos 47 cm. y pesa 2,5 kg. También inspira líquido, lo que le ayuda a desarrollar sus pulmones. Cuando no hay líquido para inspirar, el feto no puede desarrollar sus pulmones.

Semana 35 - A término.

El bebé ya está colocado en la posición adecuada para el parto. Ahora se dedica a ganar peso y a crecer. Apenas puede moverse ya. En cuanto al aspecto de su piel, la capa del vérmix se ha desprendido parcialmente y la que le quede le ayudará a pasar por el conducto materno, el lanugo va desapareciendo. Su cráneo no se ha osificado del todo y presenta fontanelas y suturas, que son unos espacios membranosos entre los huesos que terminarán por cerrarse meses después del nacimiento.

Su propio sistema inmunológico todavía no está completo por ello recibe anticuerpos de la madre a través de la placenta, que lo protegen de los gérmenes contra los que la madre tenga defensas como, varicela, gripe, rubéola etc. Después de nacer, seguirá recibiendo esta defensa a través de la leche materna.



AMENAZA DE PARTO PREMATURO
FISIOPATOLOGIA

CAPITULO 2

PARTO PREMATURO O PRETERMINO

Es el nacimiento de un bebé de las 37 semanas de embarazo y ocurre en 5- 10% de los embarazos. El término amenaza de parto prematuro implica el inicio de un trabajo de parto (dolores de parto) antes de la semana 37 ya sea que lleve o no a un parto prematuro. Si este ocurre antes de la semana 20 estamos en presencia de ABORTO O AMENAZA DE ABORTO: esta situación es muy diferente al parto.

Las causas maternas para que presente el diagnostico de amenaza de parto prematuro son varias pero la más comunes es nuestro entorno son:

INFECCIONES.

INFECCIONES VIAS URINARIAS

Las infecciones urinarias son más frecuentes en las mujeres que en los hombres, y esta tendencia se acentúa durante el embarazo por el aumento de las hormonas o el peso que ejerce el útero sobre la vejiga.

Para controlar la aparición de estas infecciones se hacen análisis de orina en todas las revisiones ginecológicas, ya que este tipo de enfermedad puede ocasionar partos prematuros

TIPO DE INFECCIONES URINARIAS

La infección del tracto urinario es una infección causada por bacterias que se presenta en la vejiga, los riñones y en la uretra. Las más frecuentes son:

1.-Bacteriuria Asintomática

Se trata de unas bacterias que se presentan en la orina pero que no tienen síntomas, por lo que se descubren y diagnostican con las pruebas pertinentes, ya que la mujer no es consciente de la infección. Esta bacteriuria asintomática no tratada desarrolla cistitis sintomática en el 30% de los casos, que puede desarrollar pielonefritis en el 50%. Esta infección puede dar lugar a un retardo del crecimiento intrauterino y recién nacidos con bajo peso al nacer, anemia, eclampsia e infección del líquido amniótico.

2- Cistitis

Es una infección de la vejiga que hace que se vaya constantemente al baño y que al hacerlo produzca escozor, dolor leve e incluso escalofríos. También es posible que aparezca algo de sangre, aunque no es frecuente.

3- Infección de riñón

Es la más peligrosa de las infecciones urinarias. Se conoce con el nombre de Pielonefritis y hace que la gestante se sienta verdaderamente enferma. Además de esas incómodas visitas al baño y el escozor que produce orinar en el caso de la cistitis, la infección del riñón se presenta con escalofríos, fiebre, dolor en la parte inferior de la espalda, vómitos, etc.

¿POR QUÉ LAS MUJERES TIENEN MÁS INFECCIONES URINARIAS?

Las infecciones urinarias, en general, son más frecuentes en las mujeres que en los hombres. Hasta un 20 % de las mujeres ha presentado alguna vez una infección urinaria a lo largo de su vida. Además, las infecciones urinarias femeninas suelen ser recidivantes (se repiten). Esta tendencia tiene varias explicaciones:

La uretra femenina es mucho más corta que la del varón.

Está próxima a la vagina, que puede estar colonizada por varios gérmenes

Está próxima al ano, con su contenido séptico.

Se incrementa la susceptibilidad en determinadas condiciones como la diabetes, prolapsos (salida de algún órgano como la vejiga hacia el exterior del cuerpo), embarazos, cicatrices de partos, incontinencia urinaria, etc.

CAUSAS DE LAS INFECCIONES DURANTE EL EMBARAZO

Entre el 2 y el 4 por ciento de las embarazadas desarrollarán una infección urinaria. Los médicos suponen que la causa de esto se encuentra en los cambios hormonales y de la posición anatómica del tracto urinario durante el embarazo, que facilitan que las bacterias viajen a través de los uréteres hacia los riñones. Por esta razón se recomienda hacer análisis periódicos de orina durante el embarazo.

Los riñones aumentan de tamaño por el aumento del flujo sanguíneo que deben filtrar y por lo tanto aumenta la longitud renal.

La vejiga es desplazada de su sitio habitual por el crecimiento del feto. El aumento de la hormona progesterona produce relajación de la musculatura de la vejiga y de los uréteres, lo que lentifica el flujo de la orina. El útero comprime los uréteres, especialmente el del lado derecho, acumulándose en los uréteres hasta 200 ml de orina. Este estancamiento urinario favorece la aparición de las bacterias.

- El pH de la orina cambia y se hace más alcalino.

SÍNTOMAS DE UNA INFECCIÓN URINARIA

- No todas las embarazadas tienen síntomas, pero la mayoría tiene algunos de estos:
- Dolor o sensación de ardor al orinar
- Necesidad de orinar frecuentemente
- Después de orinar, se continúa con el deseo de orinar un poco más
- Sangre o moco en la orina

- Dolor o contracciones en la parte baja del vientre
- Dolor durante el acto sexual
- Escalofríos, fiebre, sudoración profusa, incontinencia
- Cambio en la cantidad de orina, ya sea a más o a menos
- La orina tiene un aspecto turbio, huele mal o el olor es muy concentrado
- Dolor, sensación de presión o sensibilidad extrema en la zona de la vejiga
- Cuando la bacteria se disemina a los riñones, se puede tener dolor en la parte baja de la espalda, escalofríos, fiebre, náusea y vómito

TRATAMIENTO CONTRA LAS INFECCIONES

El tratamiento normal en la mayoría de los casos consiste en la administración de antibióticos para evitar que la infección se vuelva más peligrosa, ya que durante el embarazo el riesgo de que la infección se transforme en pielonefritis aumenta del 1,4% hasta el 28%. Además de la importancia intrínseca que tiene una infección urinaria, en la embarazada aumenta la frecuencia de anemia, eclampsia, partos prematuros, infección amniótica y recién nacidos de bajo peso. La infección de vías urinarias causada por estreptococos Beta hemolítico es causa de ruptura de membranas y parto prematuro.

RUPTURAS PREMATURAS DE MEMBRANAS

La **ruptura prematura de membranas** (RPM) es un trastorno que se produce en el embarazo cuando el saco amniótico se rompe más de una hora antes del inicio del trabajo de parto.^[1] Una RPM se prolonga cuando se produce más de 18 horas antes del trabajo de parto.^[2] La ruptura de membranas es prematura cuando se produce antes del primer período del parto o período de dilatación. La ruptura prematura de membranas suele ser causada por una infección bacteriana, por el tabaquismo o por

un defecto en la estructura del saco amniótico, el útero o cérvix y también por las relaciones sexuales y la presencia de dispositivos Intrauterinos (DIU). En algunos casos, la ruptura se puede curar espontáneamente, pero en la mayoría de los casos de RPM, el trabajo de parto comienza en las primeras 48 horas. Cuando esto ocurre, es necesario que la madre reciba tratamiento para evitar una posible infección en el recién nacido.

ETIOLOGÍA

Se ha observado que la zona donde se produce la rotura de las membranas ovulares es pobre en colágeno III, está edematizada con depósito de material fibrinoide, un adelgazamiento en la capa trofoblástica y decidua. Bajo esas circunstancias de estimulación inmune, resulta que la elastasa de los granulocitos es específica para digerir ese tipo de colágeno, un cuadro característico en la corioamnitis. Adicionalmente, las células deciduales, especialmente si hay bacterias, sintetizan prostaglandinas E2 y F2-alfa, que estimulan las contracciones uterinas, por lo que una combinación de corioamnitis e infección bacteriana son factores altamente predisponentes a una RPM.

DIAGNOSTICO

La evaluación inicial de la rotura prematura de membranas en un feto pretérmino debe incluir un examen con espéculo estéril para documentar hallazgos sospechosos de la patología. También es frecuente que se envíen cultivos cervicales, incluyendo *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*, así como cultivos anovaginales para *Streptococcus agalactiae*. Con la ecografía se documenta la edad gestacional, peso fetal, presentación fetal y se establece el índice de líquido amniótico. También se puede realizar la determinación del pH vaginal con papel de tornasol o Nitracina, el que cambia de color ante la presencia de líquido amniótico. En estas pacientes se evita el tacto digital, pero la inspección visual del cuello uterino puede estimar con precisión la dilatación del mismo. otras pruebas de diagnostico son la prueba de

Neuhaus y la de evaporización ante la sospecha de RPM. Se ha demostrado que el tacto manual y digital del cuello uterino con en pacientes con RPM reduce el período de latencia y aumenta el riesgo de infecciones, sin aportar información de verdadera utilidad clínica.

TRATAMIENTO

Un estudio ha determinado que cuando se registra una alta concentración de lactato en la filtración del líquido amniótico resulta ser un fuerte indicador de que una mujer que con una RPM también comenzará su trabajo de parto dentro de las próximas 48 horas.^[7] Esta asociación puede llevar a pruebas cuantitativas de ácido láctico que podría ayudar al médico a tomar la decisión de mantener o no en el hospital a una mujer que refiere una RPM.

En caso de que se presente una corioamnionitis en el momento de la RPM, se indica terapia con antibióticos para evitar la sepsis neonatal, y se indica el parto. Si no se ha instalado una corioamnionitis, la pronta terapia con antibióticos puede retrasar el parto, lo que le da al feto tiempo crucial para terminar de madurar.^[8]

Si después de la evaluación inicial de la madre y el feto, se determina que ambos se encuentran clínicamente estables, se suele preferir una conducta expectante ante una RPM pretérmino—especialmente entre las 28 y 34 semanas—pues se ha demostrado que mejora los resultados fetales.^[9] El principal riesgo materno con el manejo expectante de una RPM pretérmino es la infección, que incluye corioamnionitis (13-60% de los casos), endometritis (2-13% de los casos), sepsis (<1%), y la muerte materna (1-2 casos por cada 1000).^[6] Las complicaciones relacionadas con la placenta incluyen placenta previa (4-12% de los casos) y placenta retenida o hemorragias postparto que requieren curetaje uterino (12% de los casos).^[6]

COMPLICACIONES

Una de las complicaciones más frecuentes de parto prematuro es el parto pretérmino. El período de latencia, que es el tiempo de ruptura de membranas hasta el parto, por lo general es inversamente proporcional a la edad gestacional en que se produce la RPM. Por ejemplo, un extenso estudio en pacientes con embarazos a término reveló que el 95 por ciento de las pacientes dieron a luz dentro de aproximadamente un día del RPM, mientras que un análisis que incluía la evaluación de pacientes con embarazos pretérminos entre 16 y 26 semanas de gestación determinó que el 57 por ciento de los pacientes dió a luz al cabo de una semana promedio, y 22 por ciento tenían un periodo de latencia de cuatro semanas.^[10] Cuando la RPM ocurre demasiado pronto, los recién nacidos que sobreviven pueden desarrollar secuelas como malpresentation, la compresión del cordón, oligohidramnios, enterocolitis necrotizante, deterioro neurológico, hemorragia intraventricular, y síndrome de dificultad respiratoria.

HEMATURIA

La presencia de sangre en la orina o hematuria es la aparición de color rojo por la presencia hematíes (glóbulos rojos) en la orina. La presencia de sangre en la orina puede estar causada es ocasionada por problemas en el riñón o por enfermedades de las vías urinarias (uréteres, vejiga urinaria, uretra). A veces la causa es por contaminación de otras vías como puede ser el sangrado menstrual en las mujeres o por problemas de próstata en el hombre. En los niños puede aparecer la sangre por problemas generales como una alteración de la coagulación, hemofilia, trombopenias o malformaciones de la vía urinaria. En estos casos se debe de realizar un amplio estudio de las posibles causas.

Una de la causas más frecuentes de la presencia de sangre en la orina es la infección urinaria o cistitis, que en las mujeres es muy frecuente sobre todo en el embarazo. En estos casos la presencia de sangre en la orina se acompaña de dolor y

quemazón o escozor al orinar, además de la sensación de tener ganas de orinar constantemente.

CAUSAS DE LA HEMATURIA

La hematuria tiene muchas causas, y no todas ellas importantes. Sin embargo, requiere consulta médica dado que la causa pudiera ser una infección, un tumor, una enfermedad renal u otro problema médico serio. Si la sangre precede al flujo de orina y es de color rojo brillante, probablemente viene de la uretra. La sangre que parece estar bien mezclada con la orina, sugiere que el origen es la vejiga o los riñones.

TRATAMIENTO Y DIAGNÓSTICO

Lo primero que se debe hacer es aumentar la ingesta de líquidos de todo tipo agua, leche zumos etc.

Descartar por sí mismo si hay una causa doméstica, alimentos, medicamentos o dulces como causa inocente.

Si no hay una causa concreta se debe acudir al médico para realizar un estudio diagnóstico y adecuar el tratamiento a las causas.

PREECLAMPCIA

La preeclampsia, también llamada toxemia, es un problema que les ocurre a las mujeres durante el embarazo. Puede ocurrir durante la segunda 1/2 del embarazo. Su doctor le enseñará a reconocer los siguientes síntomas de la preeclampsia: presión arterial alta, hinchazón que no se va, y grandes cantidades de proteínas en su orina (encontradas durante las pruebas de orina).

Síntomas del pre eclampsia

Si usted tiene cualquiera de estos síntomas, llame a su médico de inmediato:

- Dolor de cabeza severo
- Mareos
- Timbre o zumbido en los oídos
- Somnolencia
- Visión doble
- Ceguera de golpe
- Vomitando sangre
- Hinchazón excesiva de los pies y las manos
- Pequeñas cantidades de orina o nada de orina
- Sangre en su orina
- Latidos del corazón rápidos
- Náusea excesiva
- Vómitos excesivos
- Fiebre
- Visión borrosa
- Dolor en el abdomen

Riesgo de contraer la pre eclampsia

La preeclampsia es más común en el primer embarazo de una mujer y en las mujeres con hermanas o madres que han tenido preeclampsia. El riesgo de sufrir preeclampsia es más alto si la madre está cargando a 2 o más bebés, si la madre es adolescente y si tiene más de 40 años. Otras mujeres en riesgo son las que ya tienen la presión alta o sufren alguna enfermedad de los riñones antes de que ellas salgan embarazadas. La causa de la preeclampsia no se conoce.

Si tengo presión alta quiere decir que tengo pre eclampsia?

No necesariamente. Si su doctor se da cuenta que su presión se encuentra alta, él o ella la observará cuidadosamente, buscando ciertos cambios que pueden indicar la presencia de la pre eclampsia. Además de la presión alta, la pre eclampsia tiene otros 2 problemas relacionados, la hinchazón excesiva y un alto contenido de proteína en la orina. Muchas mujeres con presión alta durante el embarazo no tienen proteína en la orina o hinchazón excesiva, y por eso no tienen pre eclampsia.

Cuál es el peligro del bebé si tengo pre eclampsia?

La pre eclampsia puede prevenir que la placenta (que le provee aire y comida al bebé) reciba suficiente sangre. Si la placenta no recibe suficiente sangre, su bebé recibirá menos aire y comida. Esto puede causar un bajo peso al nacer y otros problemas para el bebé.

La mayoría de mujeres con pre eclampsia siguen dando a luz a bebés saludables. Unos cuantos casos desarrollan una condición llamada eclampsia (convulsiones causadas por toxemia), que es una condición muy seria para la madre y el bebé y puede causar problemas. Afortunadamente, la pre eclampsia se detecta temprano en las mujeres que reciben cuidados prenatales regulares, y la mayoría de problemas pueden ser prevenidos.

¿Cuál es el tratamiento para la pre eclampsia?

Si usted tiene pre eclampsia, dar a luz al bebé es la mejor manera de protegerla y proteger a su bebé. Esto no siempre es posible, porque el bebé puede ser demasiado pequeño para poder vivir fuera del vientre de la madre. Si el parto no es posible debido a que es el embarazo es muy temprano, se pueden tomar pasos para controlar la pre eclampsia hasta que el bebé esté listo para salir al mundo. Estos pasos incluyen bajar la presión arterial, con descanso en cama o medicamentos, y mantener a usted y a su bebé muy bien observados. En algunos casos, será necesaria la hospitalización.

Una manera de controlar la presión alta cuando uno no está embarazado es cortar la cantidad de sal en su comida. Esta no es una buena idea si tiene presión alta durante el embarazo. Su cuerpo necesita la sal para mantener el fluido de los líquidos en su cuerpo, así que es necesario que coma una cantidad de sal normal. Su doctor le indicará cuanta sal debe comer cada día y cuánta agua necesita beber al día.

ECLAMPCIA

La eclampsia es la hipertensión durante el embarazo y se caracteriza por presentar convulsiones y estados de coma. Que son los síntomas que la diferencian de la pre eclampsia. Se presenta durante el último trimestre del embarazo y es frecuente que se presente durante el parto o durante las primeras 24 hrs del mismo.

La eclampsia no controlada es una causa importante de muerte materna. Y solo el 5% de los casos de pre eclampsia evolucionan a eclampsia.

SINTOMAS DE LA ECLAMPCIA

Los síntomas de la eclampsia son los mismos que los de la pre eclampsia grave, pero además incluye convulsiones tónico-clónicas generalizadas, coma seguido de

amnesia y confusión, proteinuria de 3^a +, hipertensión notable antes de una convulsión e hipotensión después de la misma y oliguria o anuria.

TRATAMIENTO

La única curación es interrumpir la gestación en un momento tan favorable como sea posible para la supervivencia fetal, considerando el estado médico de la madre. Ya que ninguna de las recomendaciones para reducir la frecuencia o gravedad del proceso han sido de valor cuando se estudia objetivamente.

Cuidados de urgencia: Cuando se han presentado las convulsiones hay que poner de lado a la paciente para evitar la broncoaspiración y el síndrome de caval, se aspiran líquidos de la boca y traquea, se administra oxígeno y se aplica sulfato de magnesio 4mg IV en 20 ml de solución al 20% durante cuatro minutos. Posteriormente se administra cada cuatro horas 5 gr de sulfato de magnesio en 10 ml de solución al 50% alternando los glúteos, en tanto haya sacudida rotuliana, respiraciones a ritmo regular (no < menos de 16 por minuto) y la diuresis haya sido cuando menos de 100ml en las cuatro horas anteriores. Hay que controlar la presión arterial y vigilar el corazón fetal constantemente. Para el control de la TA se recomienda la hidralacina IV cada 20 minutos en incremento de 5 a 10 mg siempre que la presión diastólica sea mayor a 110mm de Hg.

Deberán de evitarse los diuréticos, pero en caso de edema pulmonar se puede utilizar furosemide.

Cuidados generales: mantener a la paciente en una habitación oscura, tranquila, con reposo absoluto en cama y acostada de lado.

La mortalidad materna en la eclampsia es de 10 a 15 %. La mayoría de las pacientes mejoran notablemente en las 24 a 48 Hrs con el tratamiento adecuado, pero suele ser necesario interrumpir el embarazo tempranamente.

MALFORMACIONES UTERINAS

Una malformación uterina es el resultado de un desarrollo anormal de los conductos mullerianos durante la embriogénesis. Los síntomas van desde una amenorrea, infertilidad, pérdida recurrente de embarazos y dolor hasta un funcionamiento normal dependiendo de la naturaleza del defecto

PREVALENCIA

La prevalencia de malformaciones uterinas se estima está alrededor del 6.7% en la población general, aumenta un poco (7.3%) en la población infértil y aumenta significativamente en la población de mujeres con un historial de abortos espontáneos recurrentes (16%)¹

TIPOS

La clasificación de la Asociación Americana de Fertilidad (ahora Asociación Americana de Medicina Reproductiva) distingue los siguientes tipos:

- Clase I: Agenesia mulleriana (ausencia de útero).
 - El útero no está presente, vagina rudimentaria o ausente. Esta condición también es llamada síndrome Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser. La paciente con síndrome MRKH tendrá amenorrea primaria.
- Clase II: Útero unicornio (útero de un solo lado).
 - Solo se forman uno de los lados de los conductos Mullerianos. El útero tiene una forma típica de “pene” en las imágenes del sistema.
- Clase III: Útero didelfo (doble útero).
 - Ambos conductos Mullerianos se desarrollan pero no se llegan a fusionar, por ende la paciente tiene un “doble útero”. En esta

condición pueden darse un doble cérvix, una partición vaginal o embarazos espontáneos en ambos úteros. Ver Nacimiento de Trillizos de Útero Didelfo para el caso de una mujer que tuvo trillizos, unos gemelos en un útero y una niña en el otro.

- Clase IV: Útero Bicornio (útero con dos cuernos).
 - Solo la parte superior del sistema Mulleriano no se fusiona dando como resultado que la parte caudal del útero sea normal. La parte craneal del útero está bifurcada provocando así que el útero tenga “forma de corazón”.

- Clase V: Útero Particionado (Septum uterino o partición).
 - Los dos conductos Mullerianos están fusionados pero la separación entre ellos todavía está presente, separando el sistema en dos partes. Con un septum completo la vagina, el cérvix y el útero se pueden separar. Usualmente el septum afecta solo la parte craneal del útero. Un septum uterino es la malformación uterina más común y la causa de muchos abortos espontáneos. Es diagnosticado por técnicas de imágenes médicas como ultrasonidos o resonancias magnéticas (MRI por sus siglas en inglés). La resonancia magnética (MRI) es considerada la mejor herramienta de diagnóstico debido a sus capacidades de multiplanos así como también su habilidad de evaluar el contorno uterino, zona nodal, y otras anatomías pélvicas. Un histerosalpingograma no es considerado de utilidad debido a su inhabilidad para evaluar el contorno exterior del útero y distinguir entre un bicornio y un útero particionado.

Un septum uterino puede ser corregido con una histeroscopia.

- Clase VI: Útero dietilstilbestrol (DES).

- o La cavidad uterina tiene "forma de T" como resultado de la exposición fetal al dietilstilbestrol.

Una variación adicional es el útero útero arcuato donde hay un hoyuelo cóncavo en el fondo uterino dentro de la cavidad.

Un útero rudimentario son los restos uterinos no conectados con el cérvix y la vagina y pueden ser encontrados al otro lado de un útero unicornio.

Pacientes con anormalidades uterinas pueden tener anormalidades renales asociadas incluyendo agénesis unilateral renal.¹²

UTERO HIPOPLASICO

El síndrome de Rokitansky es la anomalía más grave del tracto reproductivo femenino. Consiste en la ausencia congénita de vagina y útero ausente o rudimentario, como consecuencia de la falla en el desarrollo del esbozo mülleriano de la vagina y el útero. Su incidencia en neonatos del sexo femenino es de aproximadamente 1/5.000. Es la segunda causa de amenorrea primaria, después de la disgenesia gonadal. Su diagnóstico al nacimiento es excepcional. Durante la niñez puede sospecharse ante la presencia de algunas de las malformaciones renales o esqueléticas asociadas frecuentemente al síndrome. Lo habitual es que el diagnóstico se haga en la adolescencia, por falta de menarca o amenorrea primaria; y lo deseable, es llevarlo a cabo lo más tempranamente posible para dar a la paciente y sus padres suficiente tiempo para adaptarse a la información y planear con el equipo médico la mejor estrategia para el tratamiento.

Se distinguen dos formas clínicas del síndrome: 1) forma típica o Tipo A, caracterizada por ausencia de vagina, útero representado por remanentes uterinos simétricos, trompas y ovarios normales y 2) forma atípica o Tipo B, en la que los esbozos uterinos son asimétricos o están ausentes, existe hipoplasia o aplasia de una o ambas trompas y frecuente asociación con anomalías renales y esqueléticas.

El objetivo de este trabajo es describir las características clínicas, hormonales y genotípicas de un grupo de adolescentes con síndrome de Rokitansky, como así también su tratamiento y evolución.

FETO MACROSOMATICO

El feto macrosómico es aquel cuyo peso es generalmente superior a 4000 gramos, sobrepasando el percentil 90 para la edad gestacional calculada según la fecha de la última menstruación o según ecografías proyectadas del primer trimestre. Habitualmente el crecimiento fetal está predeterminado genéticamente, no obstante existen factores durante la gestación que lo pueden favorecer o bien inhibir.

La madre sufre una serie de modificaciones metabólicas y vasculares en su adaptación al embarazo, existiendo una serie de sustancias como las diferentes hormonas que ejercen un efecto diabetógeno. Este efecto se contrarresta con un aumento de la secreción de insulina en el páncreas materno. En algunas madres, la función pancreática es insuficiente y no pueden inhibir este problema.

El feto al crecer necesita más aporte de glucosa, movilizándose una mayor cantidad de insulina, lo que se ve incrementado aún más en los hijos de madres diabéticas. Así el feto trata de contrarrestar la hiperglucemia materna.

Uno de los principales factores de crecimiento fetal es la insulina y otros análogos a la insulina.

El 10% de la población general tiene niños cuyos pesos se ubican por encima del percentil 90.

Se define al Feto grande para la edad gestacional cuando su peso está por encima del percentil 90, siendo un Feto Macrosómico cuando el peso supera los 4000 gramos.

Los factores de riesgo de los fetos macrosómicos son: obesidad materna, diabetes, historia previa de fetos macrosómicos, gestación prolongada, excesiva ganancia de peso durante el embarazo, multiparidad y edad materna avanzada.

Este incremento del crecimiento fetal intraútero presenta un impacto diferente en hijos de madres diabéticas con respecto a la población general.

MALFORMACION CONGENITA

Malformaciones congénitas en el embarazo

Una de las preocupaciones más comunes de los padres ante la llegada de un bebé es que nazca sano.

Las malformaciones congénitas se producen cuando algún agente o sustancia modifica la estructura de un órgano o parte del cuerpo del feto en el embarazo.

El bebé puede nacer con alguna enfermedad grave como la espina bífida, que es la falta de cierre de algún lugar de la columna vertebral que hace que la médula espinal quede sin protección.

En el 50% de los casos se desconocen las causas que producen los defectos congénitos.

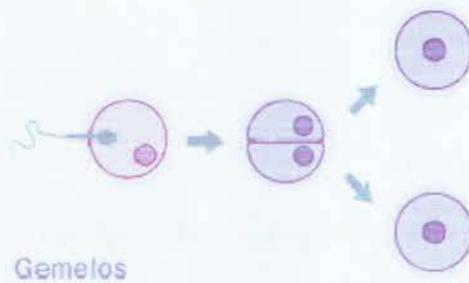
Esto significa que no podemos evitar todas las malformaciones, aunque se sabe que ciertos agentes pueden afectar al desarrollo del embrión y producir malformaciones.

Si adoptamos una serie de precauciones durante el embarazo podemos reducir las probabilidades de que el bebé nazca con algún defecto grave.

EMBARAZO MULTIPLE

El embarazo múltiple es la presencia de más de un bebé en el vientre materno; lo coloco dentro de las complicaciones del embarazo porque aunque ocurre de manera natural no constituye una situación "normal" para el ser humano: el vientre y el

organismo materno están pobremente preparados para dar el cobijo necesario a dos o más fetos simultáneamente y esto lo demuestra el aumento de las complicaciones que se presentan con este tipo de embarazos. De hecho, se puede considerar al embarazo múltiple como una “pequeña falla” de los finos controles reproductivos en el ser humano.

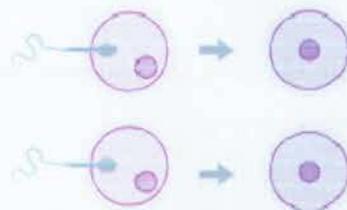


Gemelos

La formación de la placenta en los monocigóticos dependerá del momento en que ocurre la división después de la fertilización.

MELLIZOS MULTICIGOMATICO

El otro mecanismo da como resultado los llamados comúnmente “mellizos”, que tienen el parecido habitual entre dos hermanos, y pueden ser de distinto sexo. Son dos óvulos que son fecundados por dos espermatozoides, resultando dos embarazos simultáneos, pero con su propia placenta, lo que disminuye alguno de los riesgos del embarazo múltiple. Son los más frecuentes (70%).



Mellizos

GERENCIA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

PARA PACIENTES CON AMENAZA DE

CAPITULO: 3

Los cuidados de Enfermería con diagnostico: AMENAZA DE PARTO PREMATURO.

Los cuidados que brindaremos a las pacientes con el diagnostico ya mencionado, se le brindará después de trabajar en conjunto con los médicos tratantes e intercambiado opiniones profesionales y aplicaremos nuestro PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA basándose a las indicaciones que nos dieron los médicos especialista.

INDICACIONES MÉDICAS:

- 1.- MANTENER EN ABSOLUTO REPOSO
- 2.- REALIZAR EXAMENES DE SANGRE
- 3.- MANTENER EN OBSERVACION A LA PACIENTE
- 4.- MANTENER CON VIA PERIFERICA
- 5.- TRATAMIENTO

LACTATO DE RINGER 1000CC + 2 g DE VITAMINA C

IV 30gtts"

NIFEDIPINA 10mg c/8h VO

AMPICILIANA 1g c/12h IV

- 6.- EVITAR SANGRADO TRANSVAGINA

PAE

DIAGNOSTICO

Pacientes con amenaza de parto prematuro r/c

RPM

IVU

HEMATURIA

PRE ECLAMPCIA

ECLAMPCIA

EMB. MULTIPLE

OBJETIVO

Mantener el producto hasta que llegue átermino en condiciones óptimas.

INTERVENCIONES

- 1.- Mantener una vía permeable
- 2.- Mantener en absoluto reposo
- 3.- Verificar si la paciente presenta o no STV
- 4.- Tratar de controlar su ansiedad
- 5.- Valorar SV: Latidos fetales
- 6.- Administrar antibiótico para disminuir la infección
AMPICILINA 1g C/12h IV
- 7.- Administrar nifedipina 10mgc/8 h VO
- 8.- En caso de presentar STV, controlar el sangrado
- 9.- Observar la cantidad, color, olor, y aspesto del sangrado
- 10.- Administrar anticoagulante DISINONE c/12 h

5.- DETERMINACION DE METODOS DE INVESTIGACION

5.1.-TECNICAS DE RECOGIDA DE DATOS

- Observacional
- Entrevista a Profesionales y auxiliares

5.2.-UNIVERSO

- Pacientes con diagnósticos de AMENAZADA DE PARTO PREMATURO. En segundo piso en el área Ginecología del Hospital Abel Gilbert Pontón Agosto – Octubre del 2010

5.3.-MUESTRA

48 pacientes hospitalizadas en el segundo piso del área ginecología obstétricas del Hospital Abel Gilbert Pontón.

6.-JUSTIFICACIÓN DE METODOS

Se realizara un formulario para entrevistas a las profesionales en este caso a las licenciadas de Enfermería Y auxiliares de enfermería que elaboran en el segundo piso del área gineco – obstetra del hospital ABEL GILBET POTÓN.

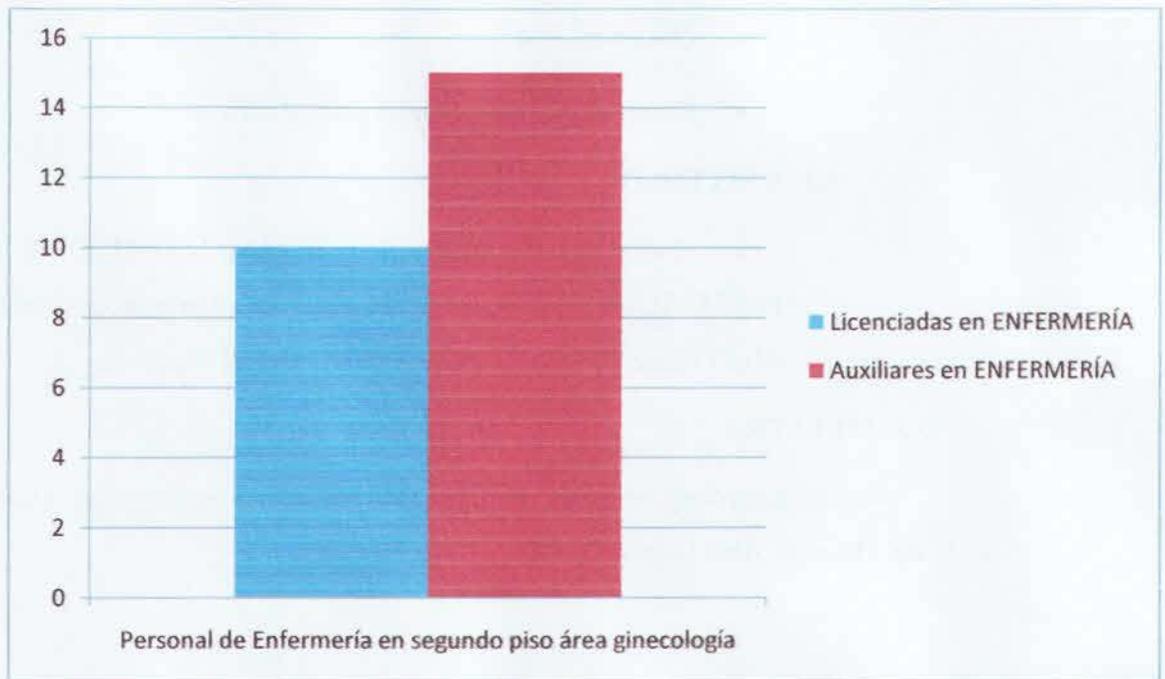
6.1.- ANALISIS DE DATOS

Para realizar el análisis de los datos de los formularios realizados que se les harán a las profesionales y no profesionales una vez terminada las entrevista se procederá a la tabulación en programa de EXCEL.

Resultados que se presentaran por gráficos y barreras

PREG: 1

Personal de Enfermería en segundo piso área ginecología



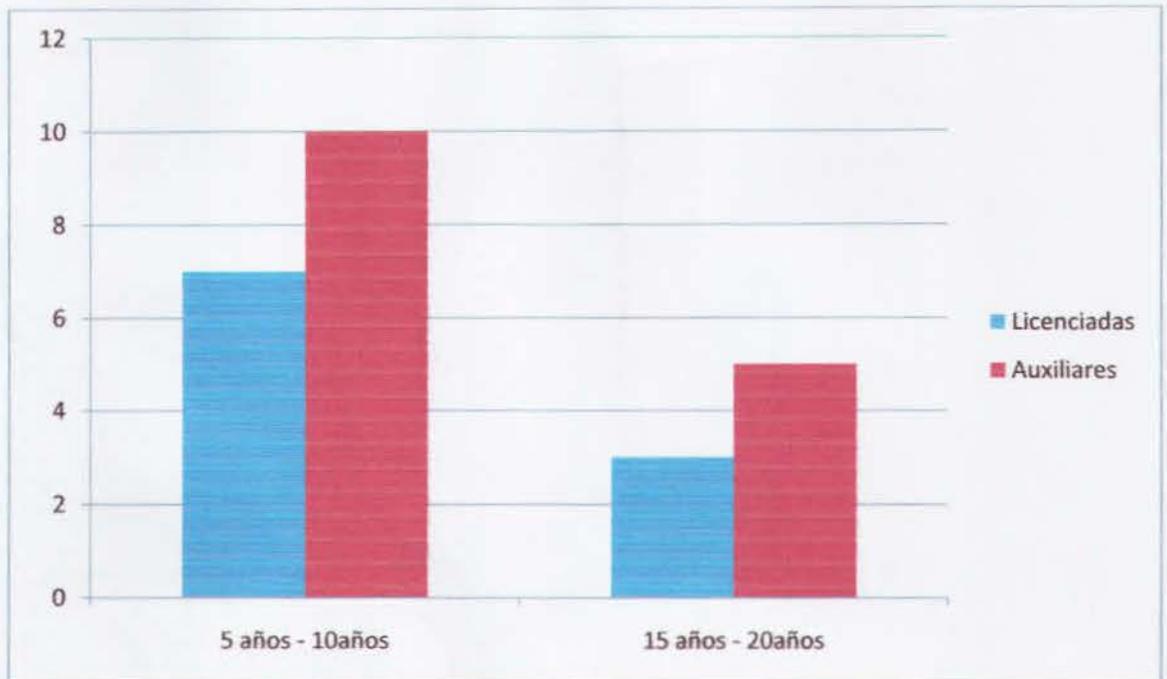
Análisis e interpretación del grafico:

Fuente: Yorlendi Sotomayor

Al observar en el grafico según la encuesta que realice, el área de ginecología encontramos más auxiliares que Licenciadas.

PREG: 2

Años laborando en la institución



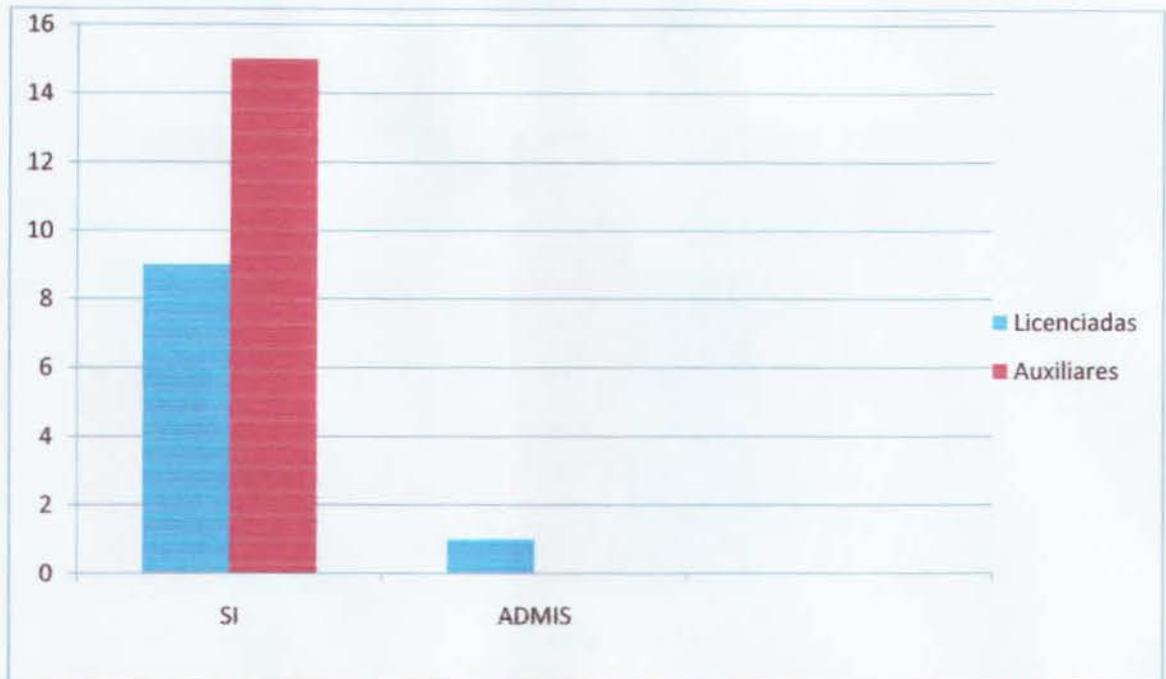
Análisis e interpretación del grafico.

Fuente: Yorlendi Sotomayor

Al analizar el grafico podemos decir que en el área de Ginecología en segundo piso del Hospital Guayaquil, las auxiliares en enfermería son la que permanece más tiempo de trabajo que las licenciadas en enfermería.

PREG: 3

Brinda cuidado directo a las pacientes o es Enfermera Administrativa



Análisis e interpretación del grafico.

Fuente: Yorlendi Sotomayor

Quando interpretamos al grafico podemos observar que el personal de enfermería el 99 % brindan cuidado directo a las pacientes, mientras que un 1% se dedica al trabajo administrativo.

PREG: 4

Turno que labora en el área de Ginecología



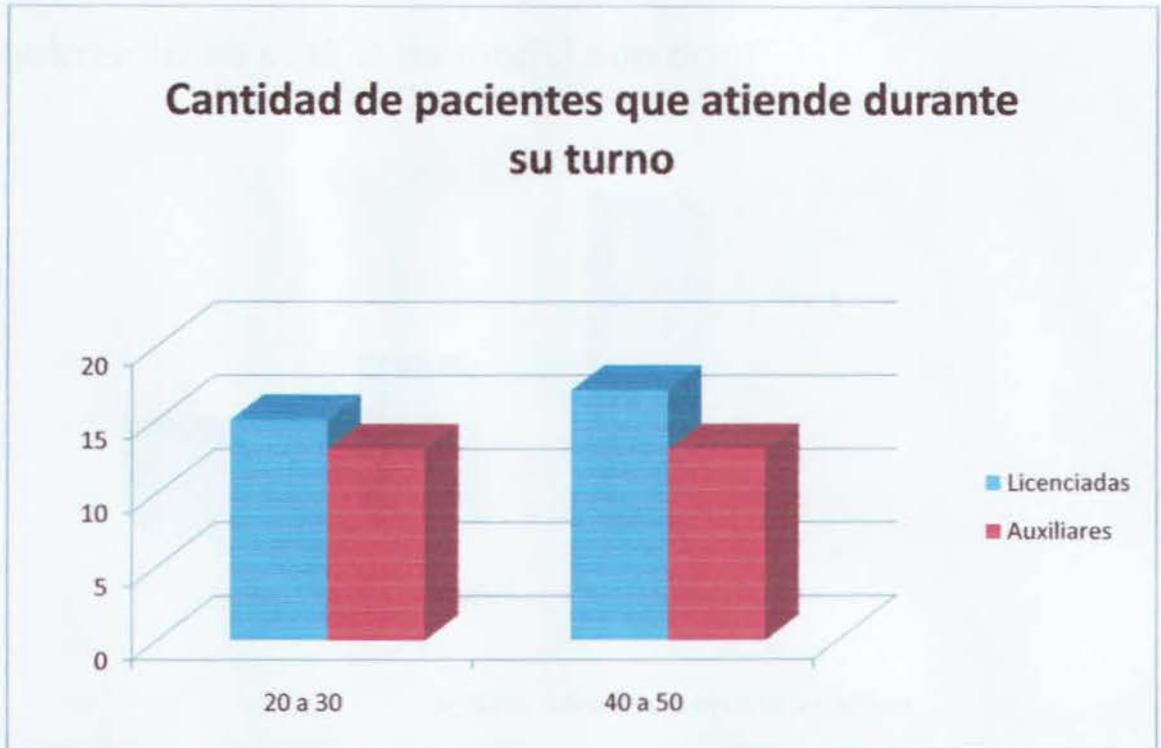
Análisis e interpretación del grafico.

Fuente: Yorlendi Sotomayor

Al analizar este grafico observar es que en el turno de la mañana hay más personal laborando. En el turno de la tarde y la noche no consta con personal suficiente.

PREG: 5

Cantidad de pacientes que atiende durante su turno



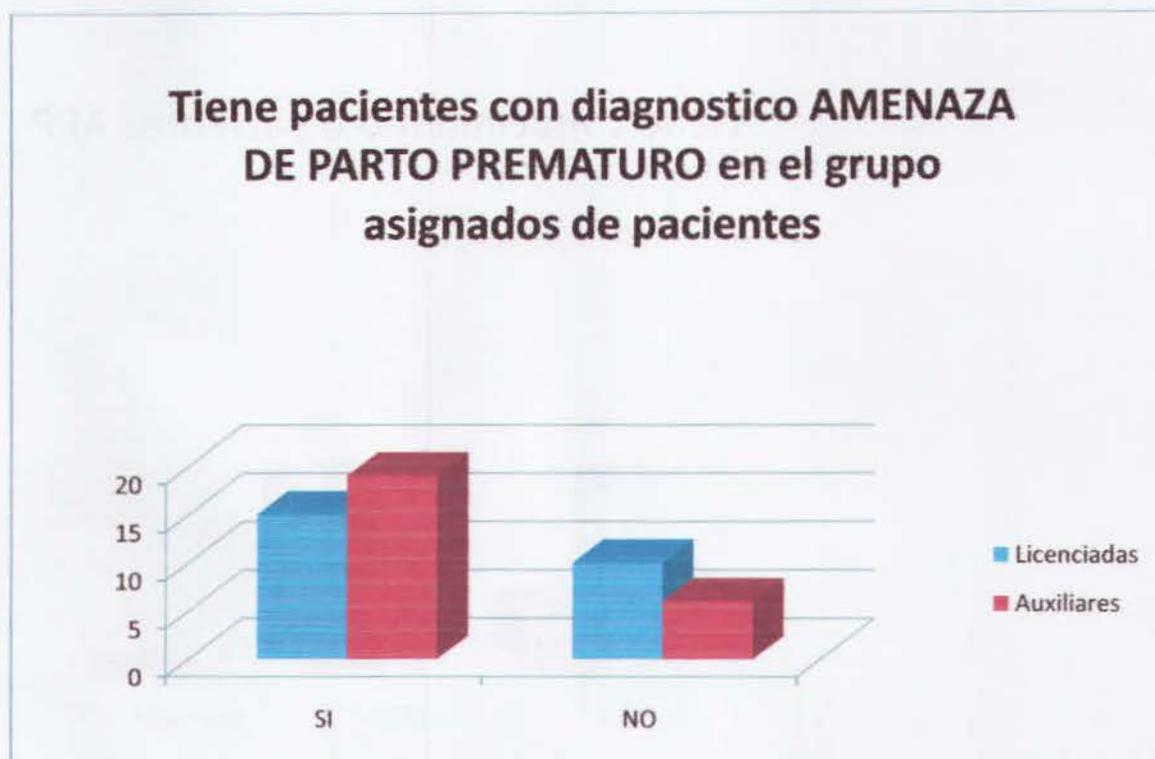
Análisis e interpretación del gráfico.

Fuente: Yorlendi Sotomayor

Según la encuesta q realice las licenciada tienen la mayor parte de las pacientes para el cuidado directo.

PREG: 6

Tiene pacientes con diagnostico AMENAZA DE PARTO PREMATURO en el grupo asignados de pacientes



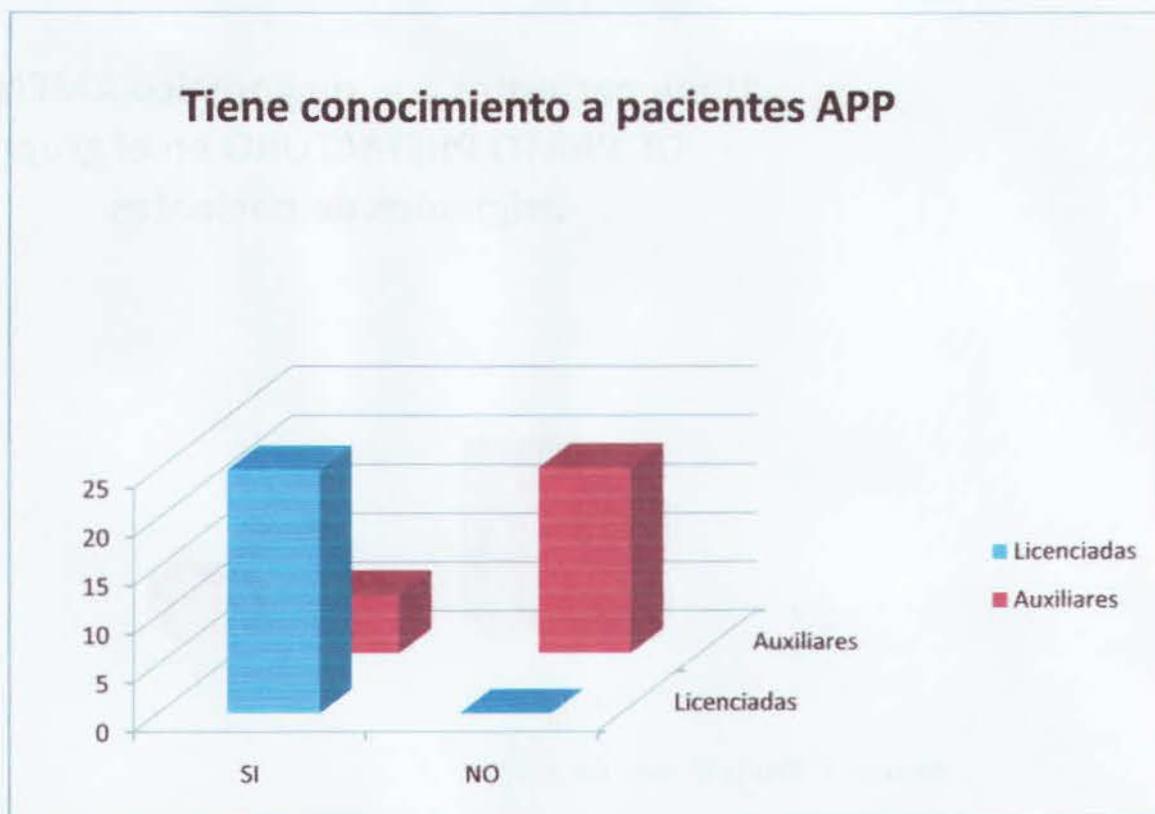
Análisis e interpretación del grafico.

Fuente: Yorlendi Sotomayor

Los resultados que obtuvimos en la encuesta que el 80% del personal tienen que realizar los cuidados directos a pacientes con AMENAZA DE PARTO PREMATURO, mientras que el 20% realiza cuidados a pacientes con otro diagnostico.

PREG: 7

Tiene conocimiento a pacientes APP



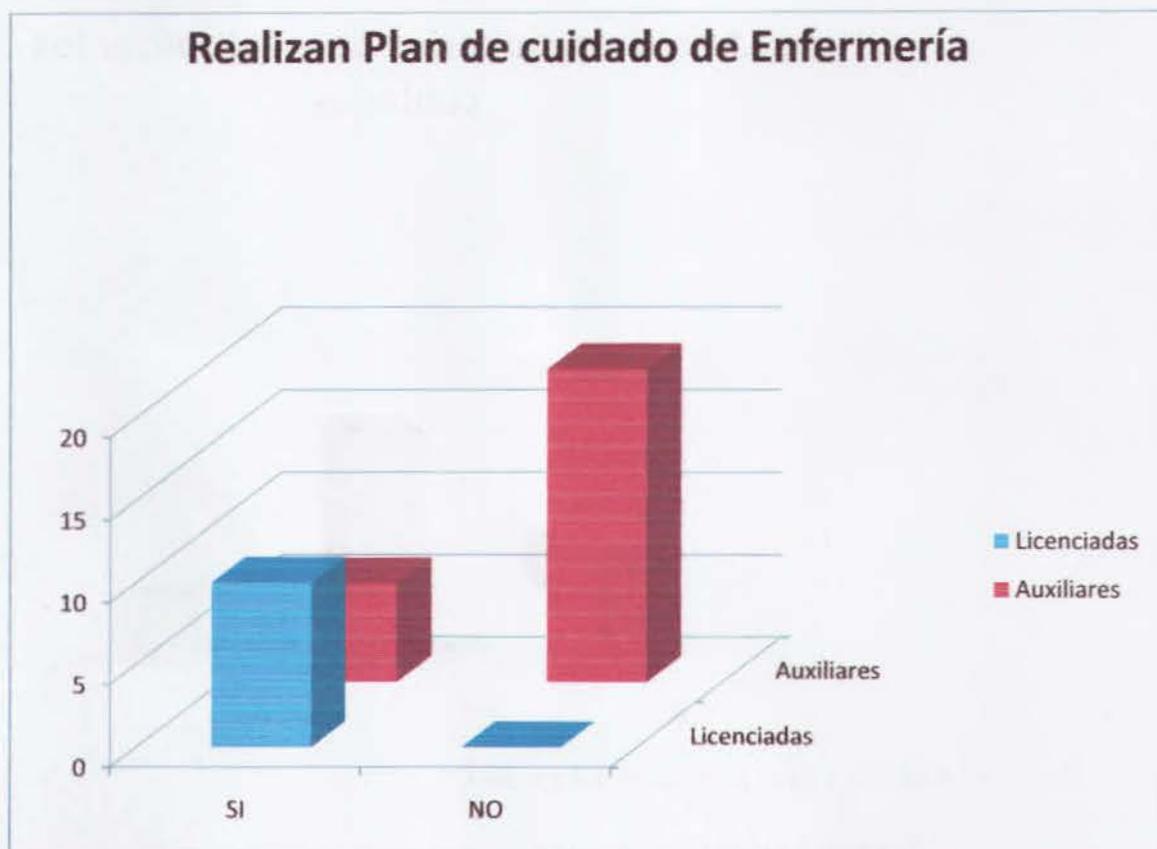
Análisis e interpretación del grafico.

Fuente: Yorlendi Sotomayor

Observemos que la licenciadas tienen un 100% de conocimiento del cuidado que necesita las pacientes con diagnóstico AMENAZA DE PARTO PREMATURO, y mientras las auxiliares un 20% tienen el conocimiento de los cuidados y un 80% que desconoce de los cuidados científicos.

PREG: 8

Realizan Plan de cuidado de Enfermería



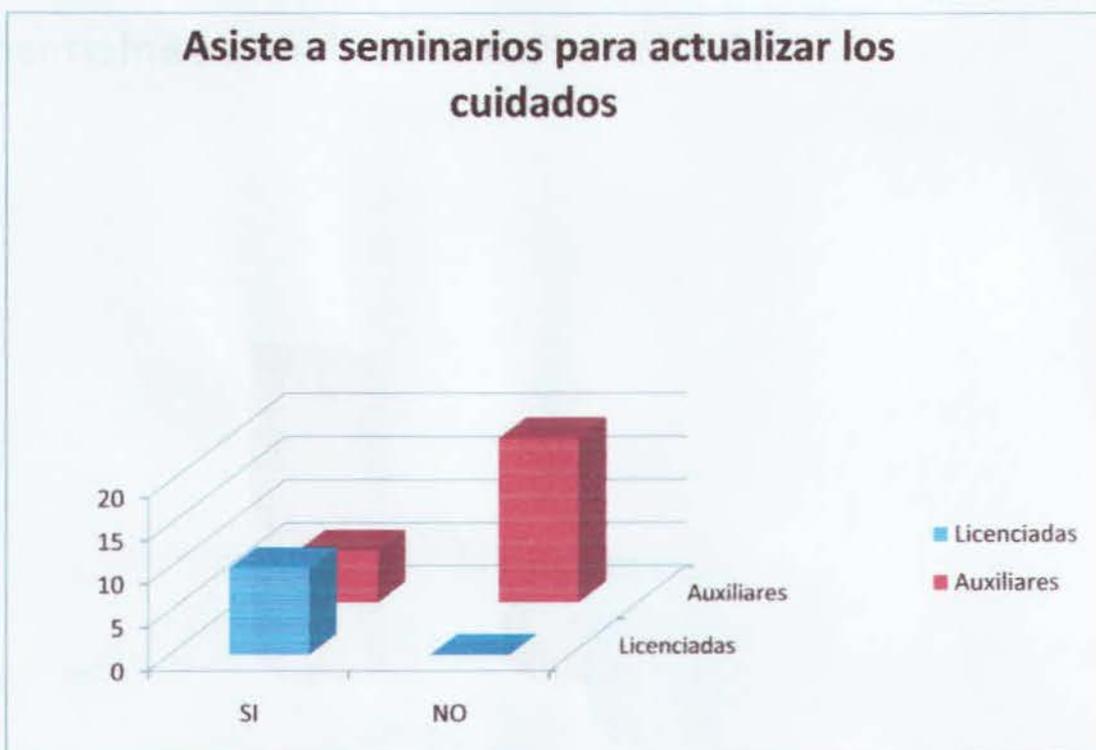
Análisis e interpretación del gráfico.

Fuente: Yorlendi Sotomayor

Al analizar el gráfico se puede deducir que las licenciaditas realizan su plan de cuidado para un cuidado, mientras que las auxiliares no lo hacen.

PREG: 9

Asiste a seminarios para actualizar los cuidados



Análisis e interpretación del grafico.

Fuente: Yorlendi Sotomayor

Según el análisis del grafico nos indica que las licenciadas asisten a seminarios con un 80% para actualizar sus conocimientos, y que las auxiliares no asisten a seminarios.

PREG: 10

Cuenta con material suficiente en su área de trabajo



Análisis e interpretación del gráfico.

Fuente: Yorlendi Sotomayor

Al parecer el área de ginecología no consta con suficiente material de trabajo.

8.- CONCLUSIÓN

En el transcurso de mi internado e investigación del tema de Tesis, pude observar, y analizar la carencia del personal de Enfermería profesionales que existe en el segundo piso el área Gineco Obstetra, la cual implica que la mayoría del cuidado que se aplica a las pacientes del área las brinda las auxiliares de Enfermería, personal que tienen años sirviendo a la institución.

La organización, y distribución de sus labores se dividen en Enfermeras de cuidado directo y Enfermera administrativa dicha función la desempeña una profesional. Los horarios de atención consta de tres turnos, turno de la mañana, tarde y noche.

Elabore y propuse la aplicación de planes de planes de cuidados para que el personal de Enfermería se guie y puedan brindar los cuidados a las pacientes con amenaza de parto prematuro, en el cual tendremos como evaluaciones con resultados favorables para las pacientes que presentan este diagnóstico.

En conclusión vamos a tener como evidencia que la atención que brindan las Enfermeras a las pacientes del segundo piso del Hospital Abel Gilbert Pontón en el área de Gineco Obstetra se la calificara de una buena calidad, teniendo como factores positivo el interés e iniciativa del personal de enfermería para sus actualizaciones de conocimientos del tema y haciendo un hincapié a la institución que tome medidas respectivas en los utensilios de las aéreas porque es notable que los recursos son deficientes que tiene, en general es necesario que tanto el personal de salud y la Institución deben trabajar para el beneficio de los usuarios.

9.- VALORACION CRÍTICA DE LA INVESTIGACION

- Disponer de un equipo de salud con interés para garantizar la calidad de cuidados a las pacientes tanto en la atención como en todo el tratamiento.
- Proporcionar los recursos necesarios para un manejo adecuado del área Gineco Obstetra, tanto del personal, como de insumo.
- Capacitar continuamente al personal que labora en el área Gineco Obstetra, para que permanezca siempre actualizados en cuanto al manejo de las pacientes de esta área.
- Aplicar mi propuesta para los cuidados a las pacientes, y lograr tener buenos resultados de enfermería.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO

ELABORADA: Srta. Yorlendi Sotomayor

DIAGNOSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES
AMENAZA DE PARTO PREMATURO R/C INFECCION VÍAS URINARIAS	Lograr disminuir la infección de vías urinarias y que el feto cumpla el desarrollo	1.- Mantener a la paciente en absoluto reposo 2.-Verificar que la paciente cumpla con las indicaciones medicas 3.-Administrar las medicaciones indicadas por medico tratante 4.- Informar a la paciente y familiares la actividades que puede y que puede realizar



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO

ELABORADA: Srta. Yorlendi Sotomayor

DIAGNOSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES
AMENAZA DE PARTO PREMATURO R/C RUPTURAS PREMATURAS DE MEMBRANAS	Mantener en transcurso el desarrollo del producto hasta llegar a un embarazo átermino.	1.- Mantener a la paciente en absoluto reposo 2.-Valorar la cantidad, aspecto y olor del líquido amniótico. 3.-Administrar las medicaciones indicadas por medico tratante 4.- Informar a la paciente y familiares la actividades que puede y que puede realizar

BIBLIOGRAFIA

ANTEQUERA – JURADO R & BLANCO PA Preparación de control, Autoconcepto y bienestar en mujeres gestantes. Paidós, 1998.

BARRIO TRUCHADO E. Uso del tiempo social con pacientes embarazadas Madrid MSERSO, 27

BEAVER M. La práctica clínica del trabajo social con pacientes gestante en su tercer trimestre de embarazo. Barcelona 1999

BUIZA BUENO C. Evaluación o tratamiento en pacientes con embarazo de alto riesgo.

BECERRA PINO M. Riesgos en el embarazo en el tercer trimestre. McGraw-hill Interamericano 2000

BERMEJO, F. Tratamiento para mujeres con embarazo de alto riesgo. Fundación caja Madrid. 2001

BUENDÍA J&RIQUELME A. Experiencia depresiva en paciente de embarazo de alto riesgo. Paidós 1998

CABALLERO BC. Intervenciones de Enfermería a pacientes embarazadas. 1998

GARCÍA FERNANDEZ JL. Características de Enfermería en gestante, Paidós 2000.

GUILLEN LLERA R. una respuesta estructurada a los problemas de salud en mujeres gestantes de alto riesgo. Edición Médica 1998.

www.elbebe.com/.../amenaza-de-parto-pretermino

www.fm.unt.edu.ar/ds/.../Guias-AmenazaPartoPrematuro

-www.maternofetal.net/4prematuro.html

-www.residentesaps.org.ar

-www.aborto.org.com

www.amenazadeparto.prematura.com

www.maternoinfantil.org.com

www.maternity.nursing.com

www.professornursing.com

www.enfermeriamaterno-infantil.sdu.com

ANEXOS



Objetivo general:

Evaluar los cuidados de enfermería, en pacientes con amenaza de parto prematuros en el tercer trimestre de embarazo

ENCUESTA

1.- ¿Qué rol desempeña en su área de trabajo?

Licenciada de enfermería

Auxiliar de enfermería

2.- ¿Qué tiempo tiene trabajando?

5 años

8 años

10 años

15 años

Más de 20

3.- ¿Brinda cuidado directo integro a las pacientes o enfermera administrativa?

SI

NO

Admr.

4.- ¿Qué turno trabaja?

Mañana

Tarde

Noche

5.- ¿Cuántos pacientes atiende en su turno?

20

25

30

35

40

6.- ¿En el grupo que brinda cuidados tiene pacientes con diagnóstico de AMENAZA DE PARTO?

SI

NO

7.- ¿Sabe los cuidados que necesita estas pacientes con diagnóstico AMENAZA DE PARTO?

SI

NO

8.- ¿Realiza Plan de Cuidado de Enfermería?

SI

NO

9.- ¿Asiste a Seminarios o Congresos para actualizar sus cuidados de Enfermería?

SI

NO

10.- ¿Cuenta con materiales suficiente en su área de trabajar?

SI

NO

A VECE

11.- ¿Cuántas pacientes con diagnostico de AMENAZA DE PARTO tiene en su área?

12.- ¿Tiene conocimiento sobre este tipo de diagnostico?

SI

NO

13.- ¿La mayoría de estas pacientes son adolescentes?

SI

NO

14.- ¿Ha habido reincidencia de ingresos con estas pacientes?

SI

NO

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Fechas	Presentación
Febrero	Del 21 al 26 presentación del plan proyecto. Del 28 al 3 de marzo reunión del comité.
Marzo	9 designaciones del director o asesor de tesis. 16 primera reunión con asesor de tesis y observación del trabajo de grado. 28 segunda reunión con asesor y primera entrega de la corrección después que sus observaciones del trabajo de grado.
Mayo	7 tercera reunión con asesor y la segunda corrección después de las correspondientes observaciones. 14 verificar la finalización del trabajo de grado. 16 presentaciones del trabajo de grado final.
Junio	Exposición del trabajo de grado.



UNIVERSIDAD CATOLICA
SANTIAGO DE GUAYAQUIL

Guayaquil, 30 de Junio del 2011

Licenciada
NORA CARRERA ROJAS
Directora
CARRERA DE ENFERMERIA "SAN VICENTE DE PAUL"
En su despacho.-

De mis consideraciones:

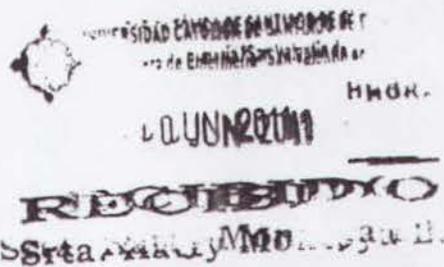
Por medio de la presente comunica a usted, como Lectora del trabajo de tesis de la Srta. SOTOMAYOR BURGOS YORLENDI, con el tema "CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO EN EL TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO", se encuentra listo para ser entregado a secretaria y pueda seguir el proceso de acuerdo a las normas de la Universidad.

Agradeciendo a la presente, aprovecho la oportunidad para reiterarle mi consideración y estima.

Atentamente.

Lcda. Gladys Jarrín Córdova
Docente
Carrera de Enfermería

Guayaquil, 10 de Junio del 2011



Sra. Mgs.

Nora Carrera Rojas,

Directora de la Carrera de Enfermería.

Cuidad.-

De mis consideraciones:

Como Directora designada del Trabajo de Graduación de la Srta. Yorlendi Ivonne Sotomayor Burgos, debo informar que la Srta. Sotomayor a cumplido con el tiempo de entrega de su proyecto asistiendo regularmente a toda las asesorías planificadas quedando su trabajo concluido para ser enviado a su respectivo lector /ra.

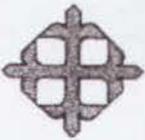
ATENTAMENTE,

Lcda. Fanny Gaibor

Directora de Trabajo de Graduación

c.c. Archivo Personal.

Dupisa



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
De Santiago de Guayaquil

CARRERA DE
ENFERMERÍA

CE-2011

Guayaquil, junio 16 del 2011

Lcda.
Gladys Jarrin Córdova
DOCENTE
CARRERA DE ENFERMERIA
En su despacho.-

De mis consideraciones:

La Directora de la Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul", comunica a usted, que ha sido designada **Lectora** del Trabajo De Titulación de las siguientes estudiantes:

ESTUDIANTES	TEMAS
MOROCHO VALAREZO ELIZABETH	PARTICIPACION DE LA FAMILIA DURANTE LOS CUIDADOS BRINDADOS A PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL AREA DE QUEMADOS DEL HOSPITAL RIBERTO GILBERT ELIZALDE DURANTE LOS MESES DE ABRIL Y MAYO DEL 2011
SOTOMAYOR YORLENDI	CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO EN EL TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO
MENDEZ VIZUETE NARCISA	ESTRATEGIAS DE ENFERMERIA EN LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS/AS DE 1-4 EN EL CENTRO DE SALUD N° 12 DEL M.S.P

Agradeciendo por la atención, me suscribo a usted.

Atentamente,

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul"

[Signature]
Lcda. Nora Carrera Rojas
Directora

[Signature]

Telefonos
2200906 2200286
Ext. 1816 - 1818

Guayaquil-Ecuador

Lvg/NCR



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
De Santiago de Guayaquil

CARRERA DE
ENFERMERÍA

Copia

CE-111-2011

Guayaquil, marzo 10 del 2011

Lcda.
Fanny Gaibor
DOCENTE
CARRERA DE ENFERMERIA
En su despacho.-

De mis consideraciones:

La Directora de la Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul", comunica a usted, que ha sido designada **Directora** del Trabajo De Titulación de los siguientes estudiantes:

ESTUDIANTE	TEMAS
YORLENDI SOTOMAYOR	CUIDADOS EN PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO EN EL TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO

Agradeciendo por la atención, me suscribo a usted.

Atentamente,

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
CARRERA DE ENFERMERÍA

Fanny Gaibor
21/3/11

Teléfonos.
2200906 2200286
Ext. 1816 - 1818
Guayaquil-Ecuador

Lvg/NCR