

Proceso de Enfermería en gestante con amenaza de parto prematuro

Nursing process in pregnant women with threat of premature birth

Processo de enfermagem em gestantes com ameaça de parto prematuro

Gloria Ángeles-Ávila¹
<https://orcid.org/0000-0002-0023-5809>

Gabriela Vázquez-Alvarado²
<https://orcid.org/0009-0008-9369-1555>

María de los Ángeles Monroy-Martínez¹
<https://orcid.org/0000-0001-6003-8287>

¹ Universidad Autónoma del Estado de México; Facultad de Enfermería y Obstetricia, Estado de México; México.

² Centro Médico ISSEMyM Toluca "Lic. Arturo Montiel Rojas". Estado de México; México

Autor de Correspondencia:

Gloria Ángeles-Ávila

Correo electrónico:
gangelesa@uaemex.mx

Recibido: 15 febrero 2023

Aceptado: 20 febrero 2023

Publicado: 28 febrero 2023

ISSN: 2954-4459

Resumen

Introducción: La amenaza de parto pretérmino (APP) se define como la presencia de contracciones con un ritmo de 4 cada 20 minutos o de 8 en 60 minutos que aparecen entre las 22 y 37 semana de gestación. El parto pretérmino es uno de los mayores problemas en obstetricia, pues presenta una incidencia de 10-11%.

Objetivo: La causa de APP es desconocida, sin embargo, se han identificado múltiples factores que pueden desencadenar esta condición, entre los cuales se pueden mencionar: *Factores maternos* relacionados con la edad de la madre, estrés, abuso de sustancias tóxicas, bajo peso de la madre y poca ganancia de peso durante el embarazo, violencia de género; *Factores obstétricos* relacionados con antecedentes de parto pretérmino, antecedentes de fetos muertos, antecedentes de aborto tardío, desprendimiento de placenta, embarazo múltiple, técnicas de reproducción asistida, rotura prematura de membranas y crecimiento intrauterino retardado;

Factores uterinos relacionados a la malformación uterina e incompetencia cervical; *Factores infecciosos* como corioamnionitis, vaginosis infecciosa, infecciones urinarias y enfermedades de transmisión sexual; y/o Preeclampsia³.

Metodología: Se aplicó el *proceso de enfermería* como herramienta teórico - metodológica para el cuidado, siendo un *estudio* de caso, el *universo* fue una paciente del Servicio de Urgencias obstétricas. La *técnica* para recolección de datos del proceso atención de enfermería fue la encuesta y la observación, el *instrumento* empleado se basó en el Referente teórico de Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordón.

Se inició con el consentimiento informado firmado por la paciente. Se realizó valoración con los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, Se utilizaron las taxonomías NANDA, NOC y NIC, para elaborar el plan de cuidados, identificando los resultados esperados e intervenciones de enfermería. Finalmente se realizó la evaluación del paciente. Respecto al ASPECTO ÉTICO, se lleva a cabo para resguardar la identidad de los participantes, como lo marca el reglamento de la “Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud.

Discusión y Resultados: Los resultados obtenidos con la aplicación del Proceso de Enfermería en la paciente con amenaza de parto prematuro mostró beneficios; reforzó los conocimientos adquiridos previamente acerca del diagnóstico y motivo de su hospitalización actual, se logró identificar cómo llevar de manera adecuada su régimen terapéutico al verbalizar los cuidados prioritarios, valores de sus constantes vitales y signos y síntomas de alarma. Favoreció a la disminución de las náuseas; disminuyó la sensación de malestar debido a las náuseas matutinas y vómito ocasional, la paciente logra identificar qué alimentos son los que promueven y o incrementan el malestar, se le recomienda disminuir su consumo.

Palabras clave: Enfermería, gestante, prematuro, Amenaza de Aborto, Atención de Enfermería.

Abstract

Introduction: The threat of preterm labor (APP) is defined as the presence of contractions with a rhythm of 4 every 20 minutes or 8 in 60 minutes that appear between 22 and 37 weeks of gestation.

Preterm delivery is one of the biggest problems in obstetrics, since it presents an incidence of 10-11%.

Objective: The cause of APP is unknown, however, multiple factors have been identified that can trigger this condition, among which we can mention: Maternal factors related to the mother's age, stress, abuse of toxic substances, low weight of the mother and low weight gain during pregnancy, gender violence; Obstetric factors related to a history of preterm delivery, a history of stillbirths, a history of late abortion, placental abruption, multiple pregnancy, assisted reproductive techniques, premature rupture of membranes, and intrauterine growth retardation; Uterine factors related to uterine malformation and cervical incompetence; Infectious factors such as chorioamnionitis, infectious vaginosis, urinary tract infections, and sexually transmitted diseases; and/or Preeclampsia.

Methodology: The nursing process was applied as a theoretical - methodological tool for care, being a case study, the universe was a patient from the Obstetric Emergency Service. The technique for data collection of the nursing care process was the survey and observation, the instrument used was based on the Theoretical Reference of Functional Health Patterns by Marjory Gordon. It began with the informed consent signed by the patient. An assessment was made with the 11 functional patterns of Marjory Gordon. The NANDA, NOC and NIC taxonomies were used to prepare the care plan, identifying the expected results and nursing interventions. Finally, the evaluation of the patient was carried out. Regarding the ETHICAL ASPECT, it is carried out to protect the identity of the participants, as established by the regulations of the "General Health Law on Research for Health.

Discussion and Results: The results obtained with the application of the Nursing Process in the patient with threat of premature labor showed benefits; reinforced the previously acquired knowledge about the diagnosis and reason for his current hospitalization, it was possible to identify how to adequately carry out his therapeutic regimen by verbalizing priority care, values of his vital signs and alarm signs and symptoms. It favored the decrease in nausea; the feeling of discomfort due to morning nausea and occasional vomiting decreased, the patient was able to identify which foods are the ones that promote and or increase discomfort, it is recommended to reduce their consumption.

Keywords: Nursing, pregnant, premature, Threatened Abortion, Nursing Care.

Resumo

Introdução: A ameaça de trabalho de parto prematuro (PPA) é definida como a presença de contrações com ritmo de 4 a cada 20 minutos ou 8 em 60 minutos que surgem entre 22 e 37 semanas de gestação. O parto prematuro é um dos maiores problemas em obstetrícia, pois apresenta uma incidência de 10-11%.

Objetivo: A causa da APP é desconhecida, no entanto, foram identificados múltiplos fatores que podem desencadear esta condição, entre os quais podemos citar: Fatores maternos relacionados à idade da mãe, estresse, abuso de substâncias tóxicas, baixo peso da mãe e baixo ganho de peso na gravidez, violência de gênero; Fatores obstétricos relacionados a história de parto prematuro, história de natimortos, história de aborto tardio, descolamento prematuro da placenta, gravidez múltipla, técnicas de reprodução assistida, ruptura prematura de membranas e retardo do crescimento intrauterino; Fatores uterinos relacionados à malformação uterina e incompetência cervical; Fatores infecciosos como corioamnionite, vaginose infecciosa, infecções do trato urinário e doenças sexualmente transmissíveis; e/ou pré-eclâmpsia.

Metodologia: O processo de enfermagem foi aplicado como ferramenta teórico-metodológica para o cuidado, sendo um estudo de caso, o universo foi uma paciente do Serviço de Emergência Obstétrica. A técnica de coleta de dados do processo assistencial de enfermagem foi o levantamento e observação, o instrumento utilizado foi baseado no Referencial Teórico dos Padrões Funcionais de Saúde de Marjory Gordon. Começou com o consentimento informado assinado pelo paciente. Foi realizada avaliação com os 11 padrões funcionais de Marjory Gordon e utilizadas as taxonomias NANDA, NOC e NIC para elaboração do plano de cuidados, identificando os resultados esperados e as intervenções de enfermagem. Por fim, foi realizada a avaliação do paciente. Quanto ao ASPECTO ÉTICO, é realizado para resguardar a identidade dos participantes, conforme estabelece o normativo da “Lei Geral de Saúde de Pesquisa em Saúde.

Discussão e Resultados: Os resultados obtidos com a aplicação do Processo de Enfermagem na paciente com ameaça de parto prematuro mostraram benefícios; reforçou o conhecimento previamente adquirido sobre o diagnóstico e motivo da sua internação atual, foi possível identificar como realizar adequadamente o seu regime terapêutico verbalizando os cuidados prioritários, valores dos seus sinais vitais e sinais e sintomas de alarme. Favoreceu a diminuição das náuseas; a sensação de desconforto devido às náuseas matinais e vômitos ocasionais diminuiu, o paciente conseguiu identificar quais são os alimentos que promovem e ou aumentam o desconforto, recomenda-se reduzir seu consumo.

Palavras-chave: Enfermagem, gestante, prematuro, Ameaça de Aborto, Cuidados de Enfermagem.

Introducción

Aplicar la herramienta teórica metodológica de Enfermería significa el empleo del fundamento clave de intervención que tiene un orden específico y permite, tras el análisis de la situación, estado de salud de un paciente, familia o comunidad crear condiciones adecuadas y eficientes, además de los cuidados e intervenciones, con la finalidad de obtener el estado deseado.

El presente proceso de enfermería se elaboró a partir del caso clínico de la paciente femenina de 29 años, con un embarazo de 29 semanas y 3 días, estado civil casada, quien profesa la religión católica, escolaridad de preparatoria y se dedica al hogar. El diagnóstico médico es embarazo de 29 semanas de gestación y riesgo de aborto que ingresa por dolor y sangrado transvaginal acude al Servicio de Urgencias obstétricas refiriendo dolor en la región hipogástrica y un ligero sangrado vaginal sin la expulsión de algún otro líquido, presentando las últimas 3 horas un cuadro de dolor intermitente en la región hipogástrica, que fue en aumento de intensidad y frecuencia. Se dirige al servicio de ginecología donde se encuentra en vigilancia estrecha y se realiza seguimiento médico.

Durante la exploración obstétrica se observa el abdomen con muestra evidente de contracción aproximadamente cada 3 o 4 minutos. El cuello uterino presenta posición centrada, de consistencia blanda, con una permeabilidad de 1 cm y 2.5 cm de longitud aproximadamente.

Se confirma mediante una ecografía vaginal, en la que se observa una longitud cervical de 17mm. El registro cardiotocográfico muestra la existencia regular de 3 contracciones cada 10 minutos. Los medicamentos que están siendo administrados son: ketorolaco 60 mg IV cada 8 horas. Solución Hartmann 1000 cc. para 24 horas para tener vena permeable.

** Antecedentes personales patológicos*

- ✓ Tuvo una cesárea, padeció enfermedades propias de la niñez, con cartilla de vacunación completa, sin alergias.
- ✓ Infecciones vaginales recurrentes.

** Ficha de identificación*

- ✓ Grupo sanguíneo: RH O positivo
- ✓ Antecedentes familiares: madre hipertensa y padre con Diabetes Mellitus tipo II

** Exámenes y pruebas diagnósticas*

- ✓ Serológicas: VIH (no reactivo) VHB (no reactivo).
- ✓ Controles analíticos, tensionales y ecográficos.
- ✓ Biometrías fetales

** Exploración física*

- ✓ Talla: 158 cm.
- ✓ Spo2: 94%
- ✓ Glucemia capilar: 92 mg/dL
- ✓ Llenado capilar: 2 segundos
- ✓ Palidez tegumentaria, mucosas orales hidratadas

Metodología

Se realizó la valoración bajo el Referente teórico de los 11 Patrones funcionales de salud de Marjory Gordon, para proseguir al análisis de la información obtenida a través del razonamiento diagnóstico, identificando las necesidades de la paciente, destacando los problemas interdependientes y diagnósticos de enfermería con la metodología de NANDA por dominios y clases, después de la determinación de diagnósticos, se procedió a realizar el plan de cuidado con los resultados deseados; el cual se considera una metodología útil para la profesión de enfermería, convirtiéndose en una herramienta para la comunicación con los pacientes y entre los propios profesionales de enfermería, ya que al unir criterios y terminologías comunes, se favorece la continuidad de los cuidados, se fomenta la formación para el desarrollo profesional y se facilita el proceso de enfermería para su aplicación y registro.

Es un **tipo estudio** descriptivo. El **universo** fue una paciente del Servicio de Urgencias obstétricas, la **muestra** fue no probabilística. La **técnica** para recolección de datos del proceso atención de enfermería fue la encuesta y la observación, el **instrumento** empleado se basó en el Referente teórico de Patrones Funcionales de Salud propuesto por Marjory Gordón. Para el análisis de la información obtenida en la valoración se recurre a la aplicación del pensamiento crítico y reflexivo en la construcción del razonamiento diagnóstico, antecedente fundamental para el plan de cuidados.

Se inició con el consentimiento informado firmado por el paciente. Primero se realizó la valoración utilizando los once patrones funcionales de Marjory Gordon, bajo el formato que se utiliza en la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la UAEMéx. Durante el turno matutino, junio de 2022. Se utilizaron las taxonomías NANDA, NOC y NIC, de esta manera se elaboró el plan de cuidados con base a la valoración determinada y de acuerdo con la patología, además de identificar los resultados esperados e intervenciones de enfermería, a fin de proteger su salud, evitar complicaciones del tratamiento y llegar a la interrupción del embarazo, otorgando cuidados específicos de enfermería. Finalmente se realizó la evaluación de la paciente.

Respecto al aspecto ético, se fundamenta para resguardar la identidad de los participantes, como lo marca el reglamento de la “Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud.

Resultados

Por medio de la observación, entrevista y exploración física a continuación se presentan la descripción de los once Patrones de Marjory Gordon:

I. Patrón percepción mantenimiento de la salud

Cuenta con todos los servicios intradomiciliarios, vivienda construida de tabique, techo de loza y pisos de loseta, son seis cuartos con once ventanas, aseo diario de la vivienda (tiene quien le ayude), baño diario con cambio de ropa, aseo dental tres veces al día, cambio de ropa de cama cada tercer día, sin contacto con enfermos infectocontagiosos, tiene dos perros en jardín y un gato. Duermen dos personas en una recámara y su hijo tiene su habitación. La percepción que tiene de su salud es regular ya que tuvo amenaza de aborto desde la semana trece por lo cual es cuidadosa con sus actividades de la vida diaria, se interesa por su cuidado, asiste de forma puntual a sus citas prenatales y lleva el cuidado prenatal en tiempo y forma, asiste a capacitaciones de lactancia materna.

II. Patrón Nutricional metabólico

Ha subido 8 kg. en los últimos meses debido a su embarazo, pesa 63.200 kg; palidez tegumentaria, piel íntegra, cabello normal, uñas normales, mucosas orales hidratadas, encías blanquecinas, labios íntegros, sin presencia de caries con dentadura completa, presenta náuseas matutinas ocasionales al igual que vómito, realiza entre tres comidas en su estancia en el hospital esta con dieta normal e ingesta de líquidos adecuada, intolerante a la lactosa y alergia a la tuna, independiente para alimentarse y abundante agua al día en poca cantidad, refiere consumo de café. Se le instaló venoclisis en miembro torácico izquierdo para vena permeable con solución Hartmann de 1000 mililitros para 24 horas.

III. Patrón Eliminación

Para la eliminación intestinal no tiene un horario fijo, pero evacua una vez al día y micciona entre cuatro y seis veces al día, micción aprox. de 1300 ml al día, con características de color claro y sin olor fétido.

IV. Patrón Actividad ejercicio

Se encuentra en reposo absoluto, frecuencia cardiaca normal, llenado capilar distal de 2 seg., pulso rítmico, sin auxiliares para la deambulaci3n, sin trastornos de la marcha, solicita ayuda para cualquier cosa que requiera ser levantada del suelo debido a su estado avanzado en el embarazo.

V. Patr3n Sueño descanso

Desde que ingres3 al hospital y por sus preocupaciones tiene sueño diurno por lo que refiere estar cansada, as3 mismo se observan ojeras.

VI. Patr3n Cognitivo perceptual

Se encuentra consciente, con un Glasgow de 15 puntos, sin manifestaci3n de alguna alteraci3n neurol3gica. Con dolor en la regi3n hipog3strica.

VII. Patr3n Autoimagen autoconcepto

Se siente bien con ella misma le gusta estar embarazada, se siente preocupada por la amenaza de aborto, el embarazo fue planeado.

VIII. Patr3n Rol relaciones

No presenta dificultad para comunicarse, ni para concentrarse, la cuida su esposo y su mam3. Convive con su pareja, hijo y poca familia, desde que se enter3 de su embarazo trato de omitir contacto presencial con personas y amistades y conocidos por la pandemia de Covid-19 para evitar contagiarse refiere sentirse sola y triste. Se siente sola, por estar internada y solo ver a su familiar en el pase de visita.

IX. Patr3n Sexualidad reproducci3n

Antecedentes obst3trico-ginecol3gicos: menarquia a los 13 ańos, 3ltima citolog3a hace 2 ańos, ten3a 24 ańos en el primer embarazo, inicia su vida sexual activa a los 17 ańos. Parejas sexuales, tres. Un aborto espont3neo a los 24 ańos, una ces3rea a los 26 ańos, se coloc3 un DIU de cobre al t3rmino de la ces3rea, pero se lo retiro hace un ańo para embarazarse, inici3 con el consumo de 3cido f3lico para prevenir defectos de tubo neural.

En el embarazo actual estuvo ingresada en la semana trece porque sufri3 una amenaza de aborto por sangrado vaginal, motivo por el cual se le indico reposo absoluto una semana y relativo otra semana.

Se encuentra con los controles serológicos y tensionales dentro de la normalidad, durante las ecografías previas se observa que las biometrías fetales corresponden de acuerdo con la edad gestacional.

X. Patrón Afrontamiento al estrés

Presenta inquietud y preocupación por la amenaza de aborto, su reacción ante el estrés es llorar, se logra relajar con actividades como ver telenovelas, series y escuchar música. Convive únicamente con su esposo, hijo, madre y dos de sus hermanos, cuñadas y sobrinos ocasionalmente, pero con medidas de prevención ante el Covid-19.

XI. Patrón Valores y Creencias

Sin datos relevantes

Con los datos observados a continuación se presenta el razonamiento diagnóstico (Tabla No.1) donde se advierte el juicio clínico que se realiza para obtener las determinaciones que deben ser priorizadas y atendidas para brindar un cuidado holístico.

Tabla No.1.

Razonamiento Diagnóstico

Listado de Datos Significativos	Análisis y agrupación de datos con sus respectivas deducciones	Identificación de Diagnóstico de Enfermería (Dx. de Enf.) y /o Problema Interdependiente (PI)	Asignación del nombre correspondiente de Dx. Enf. o (P.I)
Acude a sus citas prenatales de control y participa en su capacitación sobre lactancia materna y expone sus dudas, participación e interés en su cuidado	Disposición para mejorar los conocimientos sobre los cuidados	Dx de Enf. Real	Disposición para mejorar la autogestión de la salud participación e interés en su cuidado.
Náuseas matutinas y vómito ocasional matutino, permeable.	Vena Presencia de embarazo 29 SDG	Dx de Enf. Riesgo	Riesgo de desequilibrio electrolítico R/C náuseas matutinas y vómito, vena permeable. Riesgo de déficit de volumen de líquidos R/C vena permeable
Sueño diurno, expresa cansancio y ojeras	Patrón del sueño se alteró	Dx de Enf. Real	Patrón del sueño alterado R/C Perturbaciones ambientales M/P Sueño diurno, expresa cansancio y ojeras.
Dolor en la región hipogástrica	Dolor agudo	Problema Interdependiente Real	Dolor agudo S/A presencia de vómito (embarazo de 29 SDG) M/P Dolor hipogástrico.
Sangrado vaginal ligero	sangrado vaginal	Problema Interdependiente Real	Sangrado transvaginal S/A amenaza de parto prematuro M/P sangrado vaginal
Refiere sentirse triste, bajos niveles de actividades sociales.	Riesgo de depresión	Dx de Enf. Real	Baja autoestima situacional R/C sentimiento de tristeza, bajos niveles de actividades sociales

Fuente: Instrumento de valoración por Patrones Funcionales de Marjory Gordon, 2022

Plan de Cuidado

Una vez realizado el razonamiento diagnóstico se procedió a la planeación de cuidados con el establecimiento de resultados y sus respectivas intervenciones con acciones específicas susceptibles de medición para establecer la evaluación de la puesta en marcha de todo el plan de cuidados, decidiendo la continuidad o cambio de este, de acuerdo a la respuesta de la paciente.

Tabla No.2.

Diagnóstico de enfermería: Dominio 1. Clase 2. 00293

Disposición para mejorar la autogestión de la salud participación e interés en su cuidado

PLANEACIÓN		EJECUCIÓN		EVALUACIÓN
Resultado NOC, p.175 / Indicadores	Escala de Medicación/ Puntuación Diana inicial	Intervenciones NIC, p.199/ Acciones	Fundamentación Científica	Puntuación Diana final/ Replanteamiento del plan
1601 CONDUCTA DE CUMPLIMIENTO Acepta el diagnóstico. Realiza el régimen terapéutico según lo prescrito	Nunca demostrado 1 Raramente demostrado 2 A veces demostrado 3 *Frecuentemente demostrado 4 Siempre demostrado 5 La paciente acepta su diagnóstico, manifiesta interés por mejorar su estado de salud, así mismo expresa deseos de llevar un régimen terapéutico adecuado	4410 Establecimiento de objetivos comunes - Fomentar la identificación de valores vitales específicos. - Animar al paciente a identificar sus propios puntos fuertes y habilidades. - Identificar con el paciente los objetivos de los cuidados. - Establecer los objetivos en términos positivos. - Ayudar al paciente a priorizar (sopesar) los objetivos identificados. - Aclarar, junto con la paciente, los papeles del cuidador y del paciente, respectivamente. - Explorar con el paciente los métodos de medir el progreso hacia los objetivos.	Con base en Potter et al. (12) Las enfermeras deben asegurar que las intervenciones educativas y las instrucciones se corresponden con las capacidades de alfabetización en salud de los pacientes. Los pacientes que reciben educación del paciente dirigido por la enfermera mejoran su habilidad de manejar su salud y experimentan mejores resultados, tanto física como emocionalmente (12).	Nunca demostrado 1 Raramente demostrado 2 A veces demostrado 3 Frecuentemente demostrado 4 *Siempre demostrado 5 Se logró elevar la evaluación debido a que la paciente acepta su diagnóstico, se capacito sobre los objetivos de sus cuidados, la priorización de los mismos, lactancia materna, mediante la continua capacitación y asesoramiento por parte del personal de enfermería

Tabla No.2. (Continuación)

Diagnóstico de enfermería: Dominio 1. Clase 2. 00293

Disposición para mejorar la autogestión de la salud participación e interés en su cuidado

PLANEACIÓN		EJECUCIÓN		EVALUACIÓN
Resultado NOC, p.175 / Indicadores	Escala de Medicación/ Puntuación Diana inicial	Intervenciones NIC, p.199/ Acciones	Fundamentación Científica	Puntuación Diana final/ Replanteamiento del plan
		5244 asesoramiento en la lactancia • Informar sobre los beneficios psicológicos y fisiológicos de la lactancia materna • Instruir sobre las distintas posiciones para la lactancia (p. ej., posición de cuna cruzada, cogido como un balón de fútbol y decúbito lateral). • Comentar las necesidades de la idoneidad del reposo, hidratación y dieta equilibrada. • Corregir conceptos equivocados, mala información e imprecisiones acerca de la lactancia materna • Fomentar la asistencia a clase y grupos de apoyo de lactancia materna • Proporcionar los materiales para documentar a la madre	Las enfermeras están en una posición única para ayudar a los padres a seleccionar y proporcionar una dieta nutricionalmente adecuada para su hijo. Se recomienda la lactancia materna para la nutrición de los lactantes porque la leche materna contiene los nutrientes esenciales de proteínas, grasas, carbohidratos e inmunoglobulina que refuerzan la capacidad de resistir la infección (12). La American Dietetic Association recomienda con autoridad la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, tiene muchos beneficios tanto para el lactante como para la madre, incluyendo menos alergias e intolerancias alimentarias, menos infecciones en la infancia, una digestión mejor, la comodidad para la madre, más disponibilidad y frescura, la temperatura siempre es correcta, el coste es menor que la fórmula y hay más tiempo para la interacción madre- lactante (12) Toda familia con niños necesita educación sobre el embarazo, el parto, el alumbramiento, la lactancia materna y la integración del recién nacido en la estructura familiar (12). El proceso de lactancia ofrece muchas ventajas, tanto para la madre como para el niño. Para la madre la lactancia puede ser una fuente de ansiedad y frustración, por lo que hay que estar alerta de que la madre necesita información y apoyo (12).	

Tabla No.3.

Diagnóstico de enfermería: Dominio 2. Clase 5. 00195

Riesgo de desequilibrio electrolítico r/c Náuseas matutinas y vómito, vena permeable.

PLANEACIÓN		EJECUCIÓN		EVALUACIÓN
Resultado NOC, p 352 / Indicadores	Escala de Medicación/ Puntuación Diana inicial	Intervenciones NIC, pp296, 323 / Acciones	Fundamentación Científica	Puntuación Diana final/ Replanteamiento del plan
1908 Detección del riesgo Reconoce los signos y síntomas que indican riesgos. Controla los cambios en el estado general de salud. Utiliza los servicios sanitarios de acuerdo con sus necesidades.	Nunca demostrado 1 Raramente demostrado 2 A veces demostrado 3 *Frecuentemente demostrado 4 Siempre demostrado 5 La paciente reconoce los signos y síntomas mediante las náuseas matutinas, sin embargo, falta intervenciones sobre el manejo de las náuseas, etc.	1450 Manejo de las náuseas • Animar al paciente a controlar su propia experiencia con las náuseas. • Animar al paciente a aprender estrategias para controlar las náuseas. • Evaluar experiencias pasadas con las náuseas (p. ej., embarazo y marearse en el coche). Identificar los factores (p. ej., medicación y procedimientos) que pueden causar o contribuir a las náuseas • Reducir o eliminar los factores personales que desencadenan o aumentan las náuseas (ansiedad, miedo, fatiga y desconocimiento). • Reducir el miedo de la paciente, así como evitar el consumo de alimentos grasos que desencadenan el aumento de náuseas. • Identificar estrategias que hayan tenido éxito en el alivio de las náuseas. • Demostrar la aceptación de las náuseas y colaborar con el paciente a la hora de elegir la estrategia para controlarlas. • Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (p. ej., biorretroalimentación, hipnosis, relajación, imaginación simple dirigida, musicoterapia, distracción, acupresión) para controlarlas náuseas. • Se enseñó técnicas de respiración y relajación para controlar la náuseas • Fomentar el descanso y el sueño adecuados para facilitar el alivio de las náuseas. Administrar una dieta con alimentos líquidos fríos, sin olor y sin color, según sea conveniente.	Las náuseas y vómitos de la gestación (NVG) son una situación fisiológica frecuente en la embarazada. Suelen ser esporádicos, preferentemente matutinos, con capacidad de alterar la calidad de vida de la gestante, pero sin repercusión en su estado metabólico (6). Cuando el cuadro se agrava presentando vómitos continuos e intensos que imposibilitan la correcta alimentación de la gestante nos encontramos ante una hiperémesis gravídica (HG), que puede llevar a un cuadro de deshidratación, deficiencias nutricionales y alteración metabólica, requiriendo en muchas ocasiones tratamiento hospitalario para corregir las alteraciones hidroelectrolíticas presentes y múltiples complicaciones tanto digestivas como neurológicas (6). Entre los simples vómitos gestacionales y la HG existe una multitud de cuadros con grados de intensidad intermedios, sin que se observen claras diferencias etiopatogénicas (6).	Nunca demostrado 1 Raramente demostrado 2 A veces demostrado 3 Frecuentemente demostrado 4 *Siempre demostrado 5 Se logró elevar la puntuación diana debido a que la paciente reconoce signos y síntomas, controla los cambios en el estado general de salud referente a sus náuseas matutinas con las intervenciones por parte del personal de enfermería sobre el manejo de náuseas adecuado

Tabla No.3. (Continuación)

Diagnóstico de enfermería: Dominio 2. Clase 5. 00195

Riesgo de desequilibrio electrolítico r/c Náuseas matutinas y vómito, vena permeable.

PLANEACIÓN		EJECUCIÓN		EVALUACIÓN
Resultado NOC, p.175 / Indicadores	Escala de Medicación/ Puntuación Diana inicial	Intervenciones NIC, p.199/ Acciones	Fundamentación Científica	Puntuación Diana final/ Replanteamiento del plan
		1570 Manejo del vómito - Controlar los factores ambientales que pueden evocar el vómito (malos olores, ruido y estimulación visual desagradable). - Reducir o eliminar los factores personales que desencadenen o aumenten el vómito (ansiedad, miedo y ausencia de conocimiento). - Se reduce el miedo del paciente informado sobre su estado de salud, se complementa con técnicas de relajación - Proporcionar apoyo físico durante el vómito (como ayudar a la persona a inclinarse o sujetarle la cabeza). - Proporcionar alivio (p. ej., poner toallas frías en la frente, lavar la cara o proporcionar ropa limpia y seca) durante el episodio del vómito. - Demostrar aceptación del vómito y colaborar con la persona al elegir una estrategia de control del vómito. - Utilizar higiene oral para limpiar boca y nariz. - Limpiar después del episodio del vómito poniendo especial atención en eliminar el olor. - Esperar como mínimo 30 minutos después del episodio del vómito antes de dar líquidos al paciente (dando por sentado un tracto gastrointestinal y un peristaltismo normales).		

Tabla No.4.

Diagnóstico de enfermería: Dominio 2. Clase 5. 00028

Riesgo de déficit de volumen de líquidos r/c vena permeable.

PLANEACIÓN		EJECUCIÓN		EVALUACIÓN
Resultado NOC, p. 568 / Indicadores	Escala de Medicación/ Puntuación Diana inicial	Intervenciones NIC, pp. 298-299 / Acciones	Fundamentación Científica	Puntuación Diana final/ Replanteamiento del plan
2107 Severidad de las náuseas y los vómitos Intensidad de las náuseas. Intensidad de los vómitos. Desequilibrio de los líquidos.	Grave 1 Sustancial 2 *Moderado 3 Leve 4 Ninguno 5 La paciente refiere vómito ocasional matutino, con intensidad moderada.	2080 Manejo de líquidos/electrolitos - Monitorizar los cambios del estado respiratorio o cardíaco que indiquen una sobrecarga de líquidos o deshidratación. - Monitorizar la presencia de signos y síntomas de empeoramiento de la hiperhidratación o de la deshidratación (p. ej., crepitantes en la auscultación pulmonar, poliuria/oliguria, cambios conductuales, crisis comiciales, saliva espumosa o espesa, ojos edematosos/hundidos, respiración rápida y superficial). - Administrar líquidos, si está indicado. - Favorecer la ingesta oral (proporcionar líquidos orales según preferencias del paciente, colocarlos a su alcance, proporcionar una pajita para beber y agua fresca), si resulta oportuno.	Conforme a lo identificado en González et. al. (6) En diversas situaciones clínicas se producen defectos y excesos de agua y sodio combinados; en la práctica, rara vez se encuentran estos trastornos de forma aislada. Las deficiencias de sodio y agua son más frecuentes que los déficits de cada uno de ellos por separado, por lo que suele presentarse deshidratación (6). La ingesta adecuada de agua durante el periodo gestacional, así como una correcta hidratación de la madre, permiten mantener un volumen normal y estable del líquido amniótico. También permiten reducir los síntomas relacionados con el estado gestacional, como son la náusea, el vómito, la constipación, la predisposición a las infecciones urinarias y las alteraciones en el volumen del líquido amniótico (6).	Grave 1 Sustancial 2 Moderado 3 Leve 4 *Ninguno 5 Las intervenciones por parte del personal de enfermería fueron efectivas con un manejo de líquidos adecuado por lo cual, la paciente deja de vomitar ocasionalmente a no vomitar.

Tabla No.4. (Continuación)

Diagnóstico de enfermería: Dominio 2. Clase 5. 00028

Riesgo de déficit de volumen de líquidos r/c vena permeable.

PLANEACIÓN		EJECUCIÓN		EVALUACIÓN
Resultado NOC, p.175 / Indicadores	Escala de Medicación/ Puntuación Diana inicial	Intervenciones NIC, p.199/ Acciones	Fundamentación Científica	Puntuación Diana final/ Replanteamiento del plan
		2080 Manejo de líquidos/electrólitos - Mantener un ritmo adecuado de infusión i.v., transfusión de sangre o enteral, sobre todo si no está regulada por una bomba. - Observar si hay signos y síntomas de retención de líquidos. - Vigilar los signos vitales, según corresponda - Observar si hay manifestaciones de desequilibrio electrolítico. - Explorar las mucosas bucales, la esclera y la piel del paciente por si hubiera indicios de alteración del equilibrio hidroelectrolítico (sequedad, cianosis e ictericia). - Instaurar medidas de descanso intestinal (restringir ingesta de alimentos o líquidos y disminuir la ingesta de productos lácteos), si corresponde.	Evaluar los signos y síntomas como grupo para interpretarlos con precisión. La perfusión de líquido I.V que contiene NA+ expande el volumen de líquido extracelular (VLE) (vascular e intersticial). Una disminución de PA o hipotensión ortostática puede indicar déficit de VLE causado por una disminución del volumen sistólico. El aumento de la PA puede indicar exceso de VLE (12). Los signos y síntomas físicos indican alteración del funcionamiento cardiaco (12) Los estados que ponen al paciente en riesgo de alteraciones de la ventilación y respiración son detectados por los cambios en la frecuencia respiratoria, profundidad y ritmo (12).	

Tabla No.5.

Diagnóstico de enfermería: Dominio 4. Clase 1. 00198

Patrón del sueño alterado R/C Perturbaciones ambientales**M/P Sueño diurno, expresa cansancio y ojeras.**

PLANEACIÓN			EJECUCIÓN		EVALUACIÓN	
Resultado NOC, p. 580 / Indicadores	Escala de Medicación/ Puntuación Diana inicial		Intervenciones NIC, p. 250 / Acciones	Fundamentación Científica	Puntuación Diana final/ Replanteamiento del plan	
004 Sueño						
Dificultad para conciliar el sueño	Grave	1	6482 Manejo ambiental: confort • Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo. • Crear un ambiente tranquilo y de apoyo. • Proporcionar un ambiente limpio y seguro • Determinar las fuentes de incomodidad, como, ropa de cama arrugada y factores ambientales irritantes. • Proporcionar o retirar las mantas para fomentar comodidad en cuanto a la temperatura, si es el caso. • Evitar exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción o frío. • Ajustar la iluminación de forma que se adapte a las actividades de la persona, evitando la luz directa en los ojos. • Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad. • Permitir la entrada de luz solar que tiene influencia sobre el mantenimiento de los ritmos circadianos para equilibrar los periodos necesarios para que la paciente pudiera entrar en ciclos de sueño REM	Agrupar las actividades de enfermería para proporcionar periodos de sueño ininterrumpidos (12) Ofrecer programas para el personal de enfermería sobre los efectos del ruido y estrategias para reducirlo (12). Utilizar medidas de higiene del sueño con los pacientes como la higiene personal, ajustar la temperatura ambiente y las técnicas de relajación (12). Según Álvarez et. Al (1) Entre un 66 y un 94% de las gestantes reconocen sufrir algún problema relacionado con el sueño. Estas modificaciones en el sueño de la embarazada, que afectan tanto a su duración como a su calidad, se producen como consecuencia de los cambios físicos, hormonales y fisiológicos que acontecen durante la gestación (1). Los trastornos del sueño, si bien pueden comenzar en el primer trimestre, adquieren una mayor prevalencia durante el tercero. Estos problemas varían desde el insomnio, la excesiva somnolencia diurna (ESD) o el síndrome de piernas inquietas (SPI) hasta los trastornos relacionados con problemas respiratorios (ronquido y apnea del sueño) (1).	Grave	1
Sueño interrumpido	Sustancial	2			Sustancial	2
Siesta inapropiada	*Moderado	3			Moderado	3
Dolor	Leve	4			Leve	4
	Ninguno	5			*Ninguno	5
La paciente manifiesta sueño diurno, debido a la dificultad para conciliar el sueño, un sueño interrumpido nocturno, siestas inapropiada y dolor.					Mediante las intervenciones por parte del personal de enfermería se logra que la paciente pueda conciliar el sueño nocturno sin presencia del sueño diurno.	

Tabla No.6.

Diagnóstico de enfermería: Dominio 6. Clase 2. 00120
Baja autoestima situacional R/C sentimiento de tristeza,
bajos niveles de actividades sociales.

PLANEACIÓN		EJECUCIÓN		EVALUACIÓN
Resultado NOC, p. 456 / Indicadores	Escala de Medicación/ Puntuación Diana inicial	Intervenciones NIC, p. 359 / Acciones	Fundamentación Científica	Puntuación Diana final/ Replanteamiento del plan
1208 Nivel de Depresión		5100 Potenciación de la socialización	Valorar los potenciales elementos estresantes posparto como el cansancio, o el sentimiento de aislamiento social (12).	
	Grave 1	• Fomentar una mayor implicación en las relaciones ya establecidas.	Crear estrategias de prevención primaria culturalmente apropiadas para los factores estresantes que, la madre pueda encontrar (12)	Grave 1
Tristeza	Sustancial 2	• Fomentar mayor nivel de actividad en las relaciones establecidas	Educación a las nuevas madres y sus familias sobre los riesgos, las señales y los síntomas de estrés y de depresión posparto (12).	Sustancial 2
Baja Autoestima	*Moderado 3	• Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes		Moderado 3
Expresión de sentimientos de indiferencia	Leve 4	• Fomentar relaciones con mujeres gestantes y lactantes mediante grupos de lactancia dentro del hospital para potencializar su actividad social		Leve 4
	Ninguno 5	• Ayudar al paciente a que aumente la consciencia de sus puntos fuertes y sus limitaciones en la comunicación con los demás.		*Ninguno 5
	La paciente refiere tristeza, baja autoestima y sentimientos de indiferencia moderadamente	• Animar a la paciente a cambiar de ambiente, como salir a caminar o al cine.		La paciente mejoro sustancialmente, debido a su integración con grupos de lactancia dentro del hospital, en los cuales estableció relaciones con madres gestantes y lactantes, mejorando significativamente su estado de ánimo.
		• Animar a la paciente a convivir con grupos de lactancia dentro del hospital		
		• Facilitar el entusiasmo y la planificación de actividades futuras por parte del paciente.		

Tabla No.6. (Continuación)

Diagnóstico de enfermería: Dominio 6. Clase 2. 00120
**Baja autoestima situacional R/C sentimiento de tristeza,
 bajos niveles de actividades sociales.**

PLANEACIÓN		EJECUCIÓN		EVALUACIÓN
Resultado NOC, p.175 / Indicadores	Escala de Medicación/ Puntuación Diana inicial	Intervenciones NIC, p.199/ Acciones	Fundamentación Científica	Puntuación Diana final/ Replanteamiento del plan
		5100 Potenciación de la socialización - Fomentar la planificación de actividades especiales por parte de grupos pequeños. - Fomentar actividades con grupos de lactancia e ir a las capacitaciones presenciales por parte de la clínica de lactancia para que se generen relaciones personales, con mujeres gestantes y lactantes. - Disminuir la verbalización de sentimientos de tristeza, la paciente logra identificar que el tener un mejor control emocional favorece su salud gestacional.	Los rasgos emocionales positivos son componentes que favorecen la salud gestacional, disminuyendo la aparición de complicaciones obstétricas y la posibilidad de presentar riesgo obstétrico. El embarazo es una etapa vital que exige una alta demanda adaptativa en componentes comportamentales, cognitivos y afectivos para las madres, motivo que genera la aparición de estrés gestacional y emociones negativas durante este periodo. La planeación del embarazo no es un factor que modifique la manifestación emocional negativa durante este periodo, ya que incluso aparece en personas que deliberadamente deciden afrontar esta etapa vital y sus exigencias adaptativas. La disfunción familiar percibida se relaciona con los rasgos emocionales negativos y parece ser un componente importante en la construcción de esta interpretación social, lo cual repercute en la vivencia emocional del embarazo y en la precepción de apoyo familiar. (8)	

Plan de alta de enfermería

Higiene corporal: Ducha diaria secando muy bien las axilas, ingles, genitales, pliegues, espacio entre los dedos y usar jabones sin perfume y con un ph ácido para proteger la flora de la piel. Hidratar la piel con cremas emolientes.

Higiene bucal: Lavar los dientes con un cepillo de cerdas muy suaves después de cada comida y visitas con el odontólogo.

Alimentación: Evitar alimentos condimentados, crudos y sin cocinar, leche no pasteurizada, quesos frescos, yogur, agua no embotellada, frutas y verduras sin lavar. Evitar los olores muy fuertes. Tomar los antieméticos a la hora pautada. Beber un mínimo de 2 litros de agua al día. La persona que prepare la comida debe extremar las medidas de limpieza.

Ejercicio físico: Comenzar caminando 10 minutos diarios e ir aumentando a razón de cinco minutos al día.

Contacto con personas: Limitar las visitas, evitar el contacto con personas enfermas y las aglomeraciones (metro, autobús, salas de espera)

Sexualidad: Para reanudar la vida afectiva es importante tener en cuenta los siguientes factores: la contracepción, la posibilidad de contraer infecciones (uso preservativo) y el recuento de plaquetas por el posible sangrado.

Mascotas: Evitar la compañía de animales y si hay presencia de ellos no deben hacerse responsables de sus cuidados y deben tener todas las vacunas.

Identificar signos de alarma: Es importante que la paciente tenga claro los signos de alarma por los que tendrá que acudir inmediatamente al hematólogo como la fiebre.

Consideraciones finales

El Proceso Atención de Enfermería aplicado a la paciente con amenaza de parto prematuro, mostró beneficios; refuerza los conocimientos adquiridos previamente acerca del diagnóstico y motivo de su hospitalización actual, logra identificar como llevar de manera adecuada su régimen terapéutico al verbalizar los cuidados prioritarios, valores de sus constantes vitales, signos y síntomas de alarma. En segundo lugar, favoreció a la disminución de las náuseas, disminuyó la sensación de malestar debido a las náuseas matutinas y vómito ocasional, la paciente logra identificar que alimentos son los que promueven y o incrementan el malestar, se le recomienda disminuir su consumo.

Durante la estancia hospitalaria se logró mantener un control de la ingesta de alimentos que son consumidos en un lapso continuo y acorde a sus requerimientos nutricionales por lo cual disminuye la secreción de jugo gástrico mismo que pudiera incrementar la presencia de estos síntomas. Aunado al apoyo del tratamiento farmacológico se fomenta la práctica de la respiración diafragmática la cual demuestra tener una influencia favorable de disminuir las náuseas al incrementar la oxigenación, ya se mencionó que conlleva el uso de esta medida terapéutica, la cual también tuvo influencia sobre los lapsos de disforia emocional debido a la baja autoestima situacional de la paciente.

En cuanto al patrón de sueño alterado se pudo observar mejoría de manera notable, el personal de enfermería tiene una injerencia importante en el manejo ambiental de su unidad la cuál promovió un mejor descanso, determinando fuentes de comodidad como lo son el mantenimiento de la ropa de cama sin arrugas, brindar seguridad y acompañamiento, permitir la entrada de luz solar que tiene influencia sobre el mantenimiento de los ritmos circadianos para equilibrar los periodos necesarios para que la paciente pudiera entrar en ciclos de sueño REM. Como ya se había mencionado, conforme va avanzando el embarazo, los cambios físicos y hormonales comienzan a dificultar la duración y calidad del sueño por lo cual se le enseña a la paciente a tomar descansos y siestas durante el día.

A propósito de la situación emocional de la paciente se identifica la mejoría al disminuir la verbalización de sentimientos de tristeza, la paciente logra identificar que el tener un mejor control emocional favorece su salud gestacional.

Logra identificar que es un periodo por el cual está atravesando y no será algo que perdurará siempre, así mismo entiende la importancia de la adaptación a la socialización limitada debido a la contingencia y como el crear lazos más fuertes con su red de apoyo más cercana es un objetivo por priorizar.

Plan de cuidados problemas interdependientes

Problema Interdependiente	Objetivos	Actividades interdependientes	Fundamentación Científica
Dolor agudo S/A presencia de vómito (embarazo de 29 SDG) M/P Dolor hipogástrico.	Que la paciente no presente datos de dolor	-Evaluar el dolor -Ministrar el analgésico(ketorolaco) - Posición decúbito, decúbito lateral izquierdo. -Solución Hartman 1000 ml para 24 horas -Control estricto de líquidos -Evaluar el vómito en caso de presentarlo	Las mujeres en etapa gestacional que presentan dolor severo y solicitan tratamiento farmacológico analgésico (autoadministrado o por prescripción) representan un desafío para la atención médica, ya que la mayoría de los medicamentos cruzan la barrera placentaria. Existen momentos de particular preocupación para la administración de medicamentos durante la gestación: el período de la organogénesis (semana gestacional 4-10) y el período previo al nacimiento. ⁸
Sangrado transvaginal S/A amenaza de parto prematuro M/P sangrado vaginal	Evitar que la paciente presente parto prematuro	-Observar y registrar evolución del sangrado transvaginal - Interconsulta con materno-fetal -Estudios de laboratorio (QS, BH) -Monitorización fetal -Realizar ultrasonido -Reposo relativo -Vigilar actividad uterina	Cuanto menor es la edad gestacional al nacer, mayor es el riesgo de morbilidad perinatal y de morbilidad materna (aumento del número de cesáreas, metritis postparto). Es importante diagnosticar a tiempo una amenaza de parto prematuro (APP) para comenzar con el tratamiento tocolítico y conseguir una maduración pulmonar fetal eficaz. También es necesario distinguir lo que es una verdadera de una falsa APP. La rotura prematura de membranas y la corioamnionitis conllevan riesgo de parto pretérmino si se producen en edades gestacionales tempranas. ⁹

Referencias

1. Álvarez D, Valero J, Pérez Elena, Sánchez G. Trastornos del sueño durante el embarazo, Matronas profesión. 2010 Vol. 11 No. 1: 11-17.
2. Butcher KH, Bulechek MG, Dochterman MJ, Wagner, MC. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7° edición Barcelona; Elsevier. 2019. Pp. 199-359.
3. Castro L. Analgesia en la paciente obstétrica. Revista Mexicana de Anestesiología. Julio-Septiembre 2019 Vol. 42 No. 3: 194-197.
4. Escobar B, Gordillo LD, Martínez H. Factores de riesgo asociados a parto prematuro en un hospital de segundo nivel. Rev Med Inst Mex Seg Soc. Julio-Agosto 2017 Vol. 55 No. 4:424-428.
5. Figueroa R, Beltrán J, Espino S, Reyes E, Segura E. Consumo de agua en el embarazo y lactancia. Revista de perinatología y reproducción humana. 2012 Vol. 27 Supl. 1: S24-S30.
6. González A, Álvarez E, Veiga A, Gómez M. Síntomas y signos digestivos durante la gestación: náuseas y vómitos/hipermesis gravídica. Rev Medicina de Familia SEMERGEN. Diciembre 2011 Vol. 37 No. 10: 559-554.
7. Herdman TH, Kamitsuru S, Lopes. C.NANDA International, Inc. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2021-2023. 12° edición. Barcelona; Elsevier. 2021. pp 221-373.
8. Lotero HD, Villa IC, Torres LE. Afectividad y apoyo social percibido en mujeres gestantes: un análisis comparativo. Revista Colombiana de Psicología. Julio-Diciembre 2018 Vol. 27 No. 2:85-101.
9. Lugones M. La importancia de la atención prenatal en la prevención y promoción de la salud. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2018 Vol. 44 No. 1.
10. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, L Maas, M Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) Medición de Resultados en Salud. 6° edición. Barcelona; Elsevier. 2019. Pp. 175-580.
11. Ochoa A, Pérez Dettoma J. Amenaza de parto prematuro: Rotura prematura de membranas. Corioamnionitis. Anales Sis San Navarra. 2009; Vol. 32 Supl 1: 105-119.
12. Potter P, Perry A, Stockert P, Hell A. Fundamentos de enfermería 8va edición: España Elsevier 2013