

# UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

## ESCUELA DE POSGRADO

### Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



*Una Institución Adventista*

Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con amenaza de parto prematuro e infección urinaria en el Servicio de Gineco Obstetricia de una clínica de Lima, 2018

**Por:**

Magaly Margot Cáceres Limaco

**Asesor:**

Dra. Danitza Raquel Casildo Bedón.

Lima, junio de 2019

DECLARACIÓN JURADA  
DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, DANITZA RAQUEL CASILDO BEDÓN, adscrita a la Facultad de Ciencias de la Salud, y docente en la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo de investigación titulado: *“Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con amenaza de parto prematuro e infección urinaria en el Servicio de Gineco Obstetricia de una clínica de Lima, 2018”* constituye la memoria que presenta la licenciada CACERES LIMACO MAGALY MARGOT, para aspirar al título de segunda especialidad profesional de enfermería en Gineco Obstetricia ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones de este trabajo académico son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los doce días del mes de junio de 2019.



---

Dra. Danitza Raquel Casildo Bedón

Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con amenaza de parto prematuro e  
infección urinaria en el Servicio de Gineco Obstetricia de una clínica de Lima, 2018

# TRABAJO ACADÉMICO

Presentado para optar el título de segunda especialidad profesional de enfermería en Gineco  
Obstetricia

## JURADO CALIFICADOR



Mg. Nira Herminia Cutipa Gonzales

Presidente



Dra. Luz Victoria Castillo Zamora

Secretario



Dra. Danitza Raquel Casildo Bedón

Asesor

Lima, 12 de junio de 2019

## Índice

Índice de tablas .....	vi
Índice de anexos.....	vii
Símbolos usados.....	viii
Resumen.....	ix
Capítulo I .....	10
Valoración.....	10
Datos generales .....	10
Valoración según patrones funcionales:.....	10
Datos de valoración complementarios: .....	13
Exámenes auxiliares. ....	13
Tratamiento médico.....	14
Capítulo II .....	16
Diagnóstico, planificación y ejecución .....	16
Diagnóstico enfermero .....	16
Primer diagnóstico.....	16
Segundo diagnóstico. ....	16
Tercer diagnóstico. ....	16
Cuarto diagnóstico.....	17
Quinto diagnóstico. ....	17
Sexto diagnóstico. ....	17
Séptimo diagnóstico. ....	18
Octavo diagnóstico.....	18
Noveno diagnóstico.....	18

Decimo diagnóstico.....	19
Onceavo diagnóstico: .....	19
Planificación.....	19
Priorización. ....	19
Plan de cuidados.....	21
Capítulo III.....	27
Marco teórico .....	27
Riesgo de la alteración diada materno/fetal. ....	27
Dolor. ....	31
Déficit de volumen de líquidos. ....	33
Ansiedad.....	39
Capítulo IV.....	43
Evaluación y conclusiones .....	43
Evaluación por días de atención:.....	43
Conclusiones .....	44
Bibliografía .....	45
Apéndices.....	49
.....	53

## Índice de tablas

Tabla 1 .....	13
Grupo sanguíneo .....	13
Tabla 1 .....	13
Examen completo de orina.....	13
Tabla 2 .....	14
Hemograma completo .....	14
Tabla 3 .....	21
Diagnóstico de enfermería: Riesgo de la alteración de la diada materno/fetal relacionado con complicaciones del embarazo, contracciones uterinas y sangrado vaginal .....	21
Tabla 4 .....	23
Diagnóstico de enfermería: Dolor agudo relacionado contracciones uterinas evidenciadas por expresión facial de dolor, quejido, EVA 08/10.....	23
Tabla 5 .....	24
Diagnóstico de enfermería: Déficit de volumen de líquidos relacionado sangrado vaginal por complicación del embarazo evidenciado por piel seca, disminución de la diuresis y aumento de la frecuencia cardiaca.....	24
Tabla 7 .....	25
Diagnóstico de enfermería: CP Infección .....	25
Tabla 8 .....	26
Diagnóstico de enfermería: Ansiedad relacionada con miedo a perdida de los bebés y estancia hospitalaria larga evidenciado por nerviosismo y preocupación .....	26

## Índice de anexos

Apéndice A: Guía de valoración.....	49
Apéndice B: Consentimiento informado .....	52
Apéndice C: Escalas de evaluación .....	53

## **Símbolos usados**

LOTEP: Lucido, orientado en tiempo espacio y persona.

EVA: Escala analógica visual.

CP: Diagnostico medico

ITU: Infección del tracto urinario



## Resumen

La aplicación del presente proceso de atención de enfermería corresponde a la paciente I.N.O.F., aplicado durante 3 días desde el primer día de su ingreso al servicio de Gineco Obstetricia de una clínica privada. El diagnóstico médico de esta paciente, al ingreso, fue de amenaza de parto prematuro e infección urinaria. Se valoró a la paciente a través de la Guía de Valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon, se identificaron los problemas y las necesidades durante la valoración. En los 3 días que se brindó los cuidados de enfermería se identificaron 11 diagnósticos, de los cuales se priorizaron 5 diagnósticos de enfermería que fueron: riesgo de la alteración de la diada materno/ fetal; dolor agudo; déficit de volumen de líquidos; CP: infección (urinaria) y ansiedad. Los objetivos generales fueron: La paciente disminuirá el riesgo de la alteración de la diada materno fetal durante el turno, presentará disminución del dolor después de aplicar medidas terapéuticas, presentará volumen adecuado de líquidos durante el turno, revertirá la infección y disminuirá la ansiedad durante la estancia hospitalaria. Se concluye que, de los cinco objetivos propuestos en el presente trabajo, los cinco fueron alcanzados en su totalidad mediante las intervenciones de enfermería propuestas

**Palabras clave:** Proceso de atención de enfermería, amenaza de parto prematuro, dolor agudo

## Capítulo I

### Valoración

#### Datos generales

Nombre: I.N.O.F.

Edad: 38 años.

Motivo de ingreso y diagnóstico médico: sangrado vaginal - Amenaza de parto prematuro.

#### Resumen de Motivo de Ingreso

Paciente femenina de 38 años con iniciales I.N.O.F, gestante gemelar de 31 semanas ingresa al servicio de emergencia de una clínica privada en silla de ruedas, consciente, LOTEPE, acompañada de esposo y familiares refiriendo: “dolor intenso en zona lumbar, micción espontánea dolorosa, pérdida de sangrado vaginal desde hace 1 día.”. Presenta antecedentes: hipotiroidismo, cesárea (2003).

Es evaluada por especialista ginecólogo de guardia quien indica hospitalización. Luego es trasladada al servicio de gineco – obstetricia en camilla con diagnóstico médico: Amenaza de parto prematuro e infección urinaria para observación y monitoreo de paciente. Presenta dolor a causa de contracciones uterinas, sangrado vaginal rojo activo (+) y molestias en las micciones.

Días de hospitalización: 15 días.

Días de atención de enfermería: 3 días.

#### Valoración según patrones funcionales:

Patrón I: Percepción – control de la salud.

Paciente con antecedentes de enfermedad Hipotiroidismo y anemia. Recibe medicación habitual de: Levotiroxina 75 mcg c/24 hrs, Maltofer bebible 5 ml/ c/24 hrs. Presenta antecedentes ginecoobstetricos: gestante gemelar de 31 semanas, gestante añosa de 38 tercigesta, aborto 01 (2015) y cesárea (2003). Otros antecedentes: aumento de mamas (2007) y liposucción (2008), Niega todo tipo de alergias, con serológicas VIH: negativo.

La paciente conoce de su problema actual ya que refiere: “Tengo un embarazo de alto riesgo por mi edad y por tener dos bebés pero siempre voy a mis controles”. Examen de Papanicolaou: Negativo (Mayo 2017).

#### **Patrón II: Nutricional metabólico.**

Paciente adulta gestante gemelar con dentadura completa y apetito disminuido, tolerando bien los alimentos, pero en poca cantidad, presenta malos hábitos alimenticios: No ingiere mucha agua, no come a sus horas, su ingesta de nutrientes como proteínas y hierro es bajo, Se encuentra con piel pálida, hidratación seca, útero grávido. Pesa 87 kg. Talla: 1.65 cm. Estado nutricional: Anemia con hemoglobina de 8,9 g/dl.

#### **Patrón III: Eliminación.**

La paciente realiza micción espontanea en pocas cantidades con molestias al orinar y realiza deposiciones dejando 1 o 2 días.

#### **Patrón IV: Actividad – ejercicio.**

Paciente adulta gestante gemelar, ventilando espontáneamente, SatO2 que oscila entre 96% y 97%, a la auscultación de campos pulmonares se escuchan ruidos roncus más pronunciados durante la espiración a causa de un proceso de gripe, con frecuencia cardiaca de 103 x', frecuencia respiratoria de 20 x'. Presenta equimosis en miembros superiores por uso de

catéter periférico y edema de miembros inferiores marcado (+++), fuerza muscular disminuida. Se encuentra en reposo absoluto es dependiente y presenta riesgo de caídas alto.

**Patrón V: Descanso – sueño.**

La paciente adulta gestante gemelar presenta problemas para conciliar el sueño y descansa de manera habitual solo 8 horas.

**Patrón VI: Perceptivo - cognitivo.**

Paciente adulta gestante gemelar, despierta, Glasgow 15, orientado en tiempo, espacio y persona (Lotep). Habla idioma castellano. Refiere tener dolor bajo vientre y contracciones con EVA 08/10.

**Patrón VII: Autopercepción – Autoconcepto**

Paciente adulta gestante gemelar, consciente en todo momento. Se observa que está en regular estado de higiene. Presenta una autoestima alta, ya que es una persona realizada en lo profesional, se quiere, acepta y valora así misma; con un hogar sólido y cuenta con el apoyo de toda su familia para su pronta recuperación.

**Patrón VIII: Relaciones – rol.**

La paciente adulta gestante gemelar vive con su familia del cual recibe apoyo en todo momento, labora como docente.

**Patrón IX: Sexualidad/reproducción.**

Paciente adulta gestante gemelar, con mamas grandes, blandas, sensibles con pezones formados. Con fórmula obstétrica: G3 P1-11 su fecha de última regla: 20/08/2017. Presenta pérdidas vaginales: sangrado vaginal rojo activo y fluido vaginal amarillento con mal olor.

**Patrón X: Adaptación – tolerancia a la situación y al estrés.**

Paciente adulta gestante gemelar, intranquila durante estancia por dos motivos específicos: Por el temor de pérdida de los bebés ya que está con toda la ilusión de ser nuevamente madre y por dejar sola a su hija mayor en su casa durante el tiempo de la hospitalaria; refiere que nada es igual como estar en casa, se siente el hospital un lugar frío, y que le genera ansiedad e ideas de irse.

### **Patrón X: Valores y creencias.**

La paciente adulta gestante gemelar solicita visita de capellán.

### **Datos de valoración complementarios:**

#### **Exámenes auxiliares.**

Tabla 1  
*Grupo sanguíneo*

Compuesto	Valor encontrado
Grupo sanguíneo	O
Factor RH	Positivo

*Fuente: Resultados de laboratorio.*

Interpretación: el resultado del grupo y factor muestra que la paciente es de tipo de sangre O positivo.

Tabla 1  
*Examen completo de orina*

Compuesto	Valor encontrado	Valores normales
Color	Amarillo	Amarillo
Aspecto	Colúrico	Transparente
Reacción(ph)	8.9	4.5 – 8.0
Leucocitos	100 x campo	5 x campo
Densidad	1.030	1003-1040
Proteínas	Negativo	Negativo
Glucosa	Negativo	Negativo
Bilirrubina	Negativo	Negativo
Hemoglobina	Negativo	Negativo
Nitrito	Negativo	Negativo

Ácido ascórbico	Negativo	Negativo
Hematíes	4-6	-
Bacterias	En proceso.	-
Creatinina	0.56	0.50 – 0.90

*Fuente: Resultados de laboratorio.*

Interpretación: El examen de orina se encuentra alterado, leucocitos elevados, pasa a urocultivo.

Tabla 2  
*Hemograma completo*

Compuesto	Valor encontrado	Valor mínimo	Valor máximo
Hemoglobina	8.9	12 gr/dl	16 gr/dl
Hematocrito	27%	37 gr/dl	48 gr/dl
Glóbulos rojos	4	4 mm	4.5 mm
Glóbulos blanco	6	5 mm	10 mm
Neutrófilos segmentados	70.3	55 %	65 %
Eosinófilos	1.3	0.5 %	4 %
Basófilos	0.3	0 %	2 %
Monocitos	8.7	4 %	8 %
Linfocitos	19.4	23 %	35 %
Recuento plaquetas	19500 mm	150 mm	400 mil

*Fuente: Resultados de laboratorio.*

Interpretación: Examen alterado, hemoglobina por debajo de lo normal, presenta anemia moderada.

### **Tratamiento médico.**

#### **Primer día 21/01/2018.**

Cloruro de sodio 0.9% 1000 ml + 8 amp dilator Ev a 30 gts x min

Ceftriaxona 1gr Ev C/12 Hrs

Ketoprofeno 100mg Ev C/8hrs

Ranitidina 50mg Ev C/24hrs

Nifedipino 10 mg VO C/12hrs.

Geslutin 250 mg VO C/12hrs.

Clindamicina + clotrimazol ovulo 1 VV C/24hrs.

Maltofer 1 amp. 5 ml VO C/24hrs.

Reposo absoluto

**Segundo día 25/01/2018.**

Cloruro de sodio 0.9% 1000 ml + 8 amp dilator Ev a 30 gts x min

Ceftriaxona 1gr Ev C/12 Hrs

Ketoprofeno 100mg Ev C/8hrs

Ranitidina 50mg Ev C/24hrs

Nifedipino 10 mg VO C/12hrs.

Geslutin 250 mg VO C/12hrs.

Clindamicina + clotrimazol ovulo 1 VV C/24hrs.

Maltofer 1 amp. 5 ml VO C/24hrs.

Reposo absoluto

**Tercer día 29/01/2018.**

Cloruro de sodio 0.9% 1000 ml + 8 amp dilator Ev a 20 gts x min

Ketoprofeno 100mg Ev C/8hrs

Ranitidina 50mg Ev C/24hrs

Nifedipino 10 mg VO C/12hrs.

Geslutin 250 mg VO C/12hrs.

Maltofer 1 amp. 5 ml VO C/24hrs.

## Capítulo II

### Diagnóstico, planificación y ejecución

#### Diagnóstico enfermero

##### Primer diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: riesgo de la alteración de la diada materna fetal.

Características definitorias: no existe.

Factor relacionado: gestación múltiple, parto prematuro, complicaciones de embarazo (contracciones uterinas, sangrado vaginal).

Enunciado diagnóstico:

Riesgo de la alteración de la diada materno/ fetal relacionado con complicaciones del embarazo, contracciones uterinas y sangrado vaginal.

##### Segundo diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: deterioro del patrón sueño.

Características definitorias: cansancio, molestias, irritabilidad.

Factor relacionado: interrupciones por ingreso a habitación.

Enunciado diagnóstico:

Deterioro del patrón sueño relacionado con interrupciones por ingreso a habitaciones. (Administración de tratamiento, pruebas, monitoreo de funciones, etc.) evidenciado por cansancio, molestias e irritabilidad.

##### Tercer diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: riesgo de caídas.



Características definitorias: debilidad en piernas, molestias en zona plantar de miembros inferiores.

Factor relacionado: fuerza muscular disminuida, deterioro de la movilidad

Enunciado diagnóstico:

Riesgo de caídas relacionado con deterioro de la movilidad y fuerza muscular disminuida evidenciado por debilidad en piernas y molestias en zona plantar de miembros inferiores.

#### **Cuarto diagnóstico.**

Etiqueta diagnóstica: ansiedad.

Características definitorias: nerviosismo, preocupación.

Factor relacionado: estancia hospitalaria prolongada.

Enunciado diagnóstico: ansiedad relacionada con miedo a pérdida de los bebés y estancia hospitalaria larga evidenciado por nerviosismo y preocupación.

#### **Quinto diagnóstico.**

Etiqueta diagnóstica: gestión ineficaz de la salud.

Características definitorias: falta de conocimiento, bajo apetito, desinterés por la alimentación.

Factor relacionado: malos hábitos alimenticios.

Enunciado diagnóstico:

Gestión ineficaz de la salud relacionada con malos hábitos alimenticios evidenciado por falta de conocimiento, bajo apetito y desinterés por la alimentación.

#### **Sexto diagnóstico.**

Etiqueta diagnóstica: riesgo de infección.

Características definitorias: no existe.

Factor relacionado: procedimientos invasivos.

Enunciado diagnóstico:

Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos.

**Séptimo diagnóstico.**

Etiqueta diagnóstica: dolor agudo.

Características definitorias: expresión facial de dolor, quejido EVA 08/10

Factor relacionado: contracciones uterinas.

Enunciado diagnóstico:

Dolor agudo relacionado con contracciones uterinas evidenciadas por expresión facial de dolor, quejido EVA 08/10.

**Octavo diagnóstico.**

Etiqueta diagnóstica: déficit de volumen de líquidos.

Características definitorias: piel seca, disminución de la diuresis, aumento de la frecuencia cardiaca.

Factor relacionado: pérdida de sangrado vaginal por complicación del embarazo

Enunciado diagnóstico:

Déficit de volumen de líquidos relacionado con sangrado vaginal por complicación del embarazo evidenciado por piel seca, disminución de la diuresis y aumento de la frecuencia cardiaca.

**Noveno diagnóstico.**

Etiqueta diagnóstica: estreñimiento.

Características definitorias: pujos al defecar, heces compactas, expresión facial malestar.

Factor relacionado: actividad física insuficiente.

Enunciado diagnóstico:

Estreñimiento relacionado con actividad física insuficiente (reposo absoluto) evidenciado por pujos al defecar, heces compactas y expresión facial de malestar.

**Decimo diagnóstico.**

Etiqueta diagnóstica: disconfort.

Características definitorias: dolor abdominal, ardor al miccionar.

Factor relacionado: molestias urinarias.

Enunciado diagnóstico:

Disconfort relacionado con molestias urinarias evidenciado con, dolor abdominal, incontinencia urinaria y ardor al miccionar.

**Onceavo diagnóstico:**

Diagnóstico: CP infección.

Definición: La infección del tracto urinario (ITU) se define como la presencia y multiplicación de microorganismos en la vía urinaria con invasión de los tejidos y, generalmente, cursa con la presencia de un gran número de bacterias en orina (De Cueto, 2013).

Signos y síntomas: micción en pocas cantidades, molestias al orinar (ardor y dolor)

Factor relacionado: examen de orina alterado.

**Planificación**

**Priorización.**

1. Riesgo de la alteración de la diada materno/ fetal relacionado con complicaciones del embarazo, contracciones uterinas y sangrado vaginal.
2. Dolor agudo relacionado con contracciones uterinas evidenciadas por expresión facial de dolor, quejido EVA 08/10.

3. Déficit de volumen de líquidos relacionado con sangrado vaginal por complicación del embarazo evidenciado por piel seca, disminución de la diuresis y aumento de la frecuencia cardíaca.
4. CP: infección
5. Ansiedad relacionada con miedo a pérdida de los bebés y estancia hospitalaria larga evidenciado por nerviosismo y preocupación.
6. Riesgo de caídas relacionado con deterioro de la movilidad y fuerza muscular disminuida evidenciado por debilidad en piernas y molestias en zona plantar de miembros inferiores.
7. Discomfort relacionado con molestias urinarias evidenciado con, dolor abdominal, incontinencia urinaria y ardor al miccionar.
8. Riesgo de infección relacionado con procedimiento invasivo.
9. Estreñimiento relacionado con actividad física insuficiente (reposo absoluto) evidenciado por pujos al defecar, heces compactas y expresión facial de malestar.
10. Deterioro del patrón sueño relacionado con interrupciones por ingreso a habitaciones. (Administración de tratamiento, pruebas, monitoreo de funciones, etc.) evidenciado por cansancio, molestias e irritabilidad.
11. Gestión ineficaz de la salud relacionada con malos hábitos alimenticios evidenciado por falta de conocimiento, bajo apetito y desinterés por la alimentación.

**Plan de cuidados.**

Tabla 3

*Diagnóstico de enfermería: Riesgo de la alteración de la diada materno/fetal relacionado con complicaciones del embarazo, contracciones uterinas y sangrado vaginal*

Objetivo/ Resultados	Planificación			Ejecución						
	Intervenciones	21/01/2018			25/01/018			29/01/2018		
		M	T	N	M	T	N	M	T	N
Objetivo general: La paciente disminuirá riesgo de la alteración de la diada materna fetal durante el turno.	1. Realizar cuidados del embarazo de alto riesgo.	→	→		→		→		→	
	2. Controlar signos vitales de paciente.	→	→		→		→		→	
	3. Identificar los factores de riesgo y complicaciones del embarazo.	→	→		→		→		→	
	4. Educar: proceso de enfermedad; medicamentos prescritos; procedimiento/ tratamiento.	→	→		→		→		→	
	5. Educar a paciente sobre signos de alarma durante gestación.	→	→		→		→		→	
	6. Facilitar el aprendizaje. Modificación de la conducta. Reestructuración cognitiva. Acuerdo con el paciente.	→	→		→		→		→	
	7. Realizar monitoreo electrónico constante para verificar bienestar fetal c/6 horas.	10 a.m.	16 p.m.		10 a.m.	16 p.m.		4 a.m.	22 p.m.	
	8. Hidratar a la paciente: Iniciar terapia endovenosa.	10 a.m.	16 p.m.		10 a.m.	16 p.m.		4 a.m.	22 p.m.	
	9. Administrar medicación nifedipino 10 mg/6 horas vía oral.	8 a.m.			8 a.m.					

---

10. Administrar medicación							
progesterona 200 mg/24 horas vía	10 a.m.	16 p.m.	10 a.m.	16 p.m.	4 a.m.	22 p.m.	
oral.							00 p.m.

---

Tabla 4

*Diagnóstico de enfermería: Dolor agudo relacionado contracciones uterinas evidenciadas por expresión facial de dolor, quejido,*

*EVA 08/10*

Objetivo/ Resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución								
		21/01/2018			25/01/018			29/01/2018		
		M	T	N	M	T	N	M	T	N
Objetivo general: La paciente presentará disminución del dolor después de aplicar medidas terapéuticas.	1. Evaluar intensidad del dolor en la EVA.	→	→		→	→				→
	2. Administrar tocolítico para detener contracciones. ( Cloruro 0.9% 1000 ml + 8 amp dilator)	8 a.m.	20 p.m.		8 a.m.	20 p.m.				22 p.m.
Resultados esperados:										
1. La paciente mostrará expresión de alivio.	3. Enseñar técnicas de respiración.	→	→		→					
2. La paciente presentará ausencia de quejido de dolor.	4. Administrar ketoprofeno 100 vía endovenosa c/8 hrs. Para el dolor.	8 a.m.	14 p.m.		8 a.m.					→
	5. Mejorar postura durante estancia.	→			→	14 p.m.				22 p.m.
3. La paciente expresará dolor en intervalo de 2 a 4 en la EVA.	6. Evitar el ruido del entorno.	→	→		→					→
			→							→

Tabla 5

*Diagnóstico de enfermería: Déficit de volumen de líquidos relacionado sangrado vaginal por complicación del embarazo evidenciado por piel seca, disminución de la diuresis y aumento de la frecuencia cardiaca*

Objetivo/ Resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución								
		21/01/2018			25/01/018			29/01/2018		
		M	T	N	M	T	N	M	T	N
Objetivo general: La paciente presentará volumen adecuado de líquidos durante el turno.  Resultados esperados: 1. La paciente presentará mucosas orales hidratadas. 2. La paciente presentará volumen de orina 40 ml/hr. 3. La paciente presentará frecuencia cardiaca dentro de los parámetros normales.	1. Controlar funciones vitales a horario.	→	→		→	→		→		→
	2. Mantener vía endovenosa permeable.	→			→					→
	3. Vigilar estado de hidratación.	→	→		→	→		→		→
	4. Realizar control de peso diario.	→			→					→
	5. Realizar balance hídrico estricto.	→	→		→	→		→		→
	6. Controlar diuresis horaria.	→			→					→
	7. Iniciar tolerancia oral: ingesta de líquidos.	→			→			→		→
	8. Valorar las características de sangrado durante el turno. (color y cantidad).	→	→		→	→		→		→
	9. Disponer de paquetes globulares condicional a demanda de paciente.	→			→					→



Tabla 7  
 Diagnóstico de enfermería: CP Infección

Objetivo/ Resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución								
		21/01/2018			25/01/2018			29/01/2018		
		M	T	N	M	T	N	M	T	N
Objetivo general: Revertir infección.	1. Vigilar la eliminación urinaria, frecuencia, volumen, consistencia y color.	→	→		→	→				→
	2. Administrar antibiótico ceftriaxona 1gr IV c/ 12 horas.	10			10					22
	3. Ayudar en el autocuidado: Enseñar a la persona una buena higiene perineal y a limpiarse, así como el correcto lavado de manos. Enseñar la importancia de usar ropa interior de algodón.	a.m. →			a.m. →					p.m. →
	4. Incentivar a la persona para que aumente la ingesta de líquidos adecuados para prevenir la infección.		→			→				→
	5. Explicar los exámenes a realizar: Cultivo de orina		→			→				
	6. Orientar a la paciente para vaciar la vejiga cuando siente necesidad de miccionar para reducir el número de bacterias	→	→		→	→				→

Tabla 8

*Diagnóstico de enfermería: Ansiedad relacionada con miedo a pérdida de los bebés y estancia hospitalaria larga evidenciado por nerviosismo y preocupación*

Objetivo/ Resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución								
		21/01/2018			25/01/2018			29/01/2018		
		M	T	N	M	T	N	M	T	N
Objetivo general: La paciente disminuirá nivel de ansiedad durante la estancia hospitalaria.	1. Evaluar el nivel de ansiedad. 2. Realizar, Enseñanza: proceso de enfermedad. Mejorar el afrontamiento. 3. Brindar apoyo emocional: asesoramiento para disminuir la ansiedad.	→	→		→	→				→
Resultados esperados: 1. La paciente expresará sentirse aliviada. 2. La paciente evidenciará confianza y fortaleza en sí misma.	4. Brindar seguridad, confianza y comodidad a la paciente. 5. Escuchar con atención a la paciente. 6. Habilitar un ambiente adecuado y tranquilo para estancia de paciente. 7. Realizar masajes corporales: técnicas de relajación. 8. Brindar apoyo espiritual. 9. Realizar actividad creativa: dibujar, pintar, leer, etc. 10. Educar a la familia de cómo llevar relación con paciente.	→	→		→	→				→
		→	→		→	→				→
		→	→		→	→				→
		→	→		→	→				→
		→	→		→	→				→

## Capítulo III

### Marco teórico

#### **Riesgo de la alteración diada materno/fetal.**

El riesgo de la alteración diada materno fetal se define como la vulnerabilidad a la alteración de la diada simbiótica materno/fetal como resultado de comorbilidad a afecciones relacionado con el embarazo que puede comprometer la salud del feto ocasionando la finalización de la gestación que trae consigo un parto prematuro (Herman y Kamitsuru, 2015).

Según, Ochoa y Pérez (2009) refieren que, la amenaza de parto prematuro es la presencia de contracciones uterinas con un ritmo acelerado que se da entre la 22 y 37 semanas de gestación, cuanto menos sea la edad gestacional mayor siempre será el riesgo de muertes perinatales que es la primera causa de morbilidad neonatal y materna; por eso será siempre importante diagnosticar a tiempo una amenaza de parto prematuro para comenzar con el tratamiento oportuno, tocolíticos medicamentos que van a detener las contracciones y Betametasona 12 mg generalmente por dos dosis para la maduración pulmonar.

A su vez, Quiroz *et al.* (2016) afirman que el parto pretérmino ha sido siempre un problema para la salud pública a nivel mundial, ya que conlleva complicaciones de corto o largo plazo. Algunos de los factores de riesgo identificados son: antecedentes de pérdidas gestacionales, aborto habitual, anomalías uterinas, embarazos múltiples, ruptura prematura de membranas, polihidramnios, hemorragia anteparto, infección del tracto urinario, infección materna severa entre otras.

Una vez culminada la gestación (de manera normal o precipitada), se producen también cambios que muchas veces traen consigo complicaciones en donde Ruiz, Álvarez y Linares

(2009) mencionan que, el periodo puerperal trae consigo cambios físicos y psicológicos que se deben dar de manera normal en un tiempo determinado de 40 días donde el organismo recupera su estado saludable. No siempre todos los organismos reaccionan de igual manera (mucho más cuando se termina la gestación de forma brusca como en caso de partos prematuros) por tanto algunas mujeres presentan complicaciones durante el puerperio como:

**Hemorragias post parto:** Es la pérdida excesiva de sangre del interior de la cavidad uterina a causa de desgarros, atonías uterinas, retención de placenta, alteraciones de hemostasia o fallos en la fisiología.

**Infecciones:** Se da en 3-4% de puérperas. Es el aumento de la temperatura  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ , no obstante, debe estar fuera de las primeras 24 horas tras el parto y durar más de dos días. Tiene como puerta de entrada el aparato genital, agente lesivo, gérmenes que habitan en la madre o por infecciones nosocomiales. Estas pueden ser: Endometritis, abscesos por heridas abiertas, mastitis.

La paciente en estudio presenta signos que ponen en riesgo la salud de la persona como: gestación múltiple, contracciones uterinas y sangrado vaginal; por lo tanto, pueden traer como consecuencia el parto precoz antes de haber completado sus 40 semanas de gestación que es donde él bebe termina de crecer y desarrollarse dando así complicaciones graves en el recién nacido: enfermedades y en ella: riesgo de sangrado, riesgo de infección, depresión entre otros. Es por ello de gran importancia brindar una atención oportuna de enfermería a la paciente para que durante su estancia reconozca los signos de alarma durante la gestación y evitar así riesgos tanto para ella como para sus bebés.

Frente a este problema, Duran (2017) señala que, es importante controlar los signos vitales ya que ellos representan las funciones fisiológicas y vitales de las personas, estos son:

temperatura, respiración, pulso y tensión arterial. Estos están representados por las manifestaciones o fenómenos orgánicos que se pueden percibir, medir y evaluar de forma constante y objetiva. La valoración de estos son: “parámetros”, que nos permiten evaluar el estado de salud del paciente/usuario y detectar los cambios o modificaciones que indiquen alguna alteración real o potencial en el estado de salud.

Entre las funciones independientes del profesional de Enfermería, la valoración e interpretación de los parámetros fisiológicos, es de fundamental importancia, para detectar precozmente los procesos adversos que puedan alterar y poner en riesgo la salud de las personas. La valoración de los signos vitales, permite planificar e individualizar los cuidados de enfermería; para tratar o prevenir alguna alteración real o potencial en el estado de salud.

La paciente en estudio, durante su estancia, presentó alteración de las funciones vitales a causa de las contracciones uterinas y las intervenciones realizadas con ella; era el control de funciones vitales a horario. Llebrez del Rey *et al.* (2011) mencionan que, durante la etapa de dilatación los signos vitales se alteran a causa de que la contracción uterina hace aumentar la resistencia vascular periférica, debido a esto incrementa el esfuerzo del corazón para bombear la sangre dando como resultado la alteración de la presión y frecuencia cardiaca.

Por otro lado, Alba *et al.* (2016) afirman que, en la etapa de dilatación la respiración se ve alterada, mientras más sea la dilatación (0 a 10 cm) mayor será el tiempo de expiración e inspiración a causa de dolor por la contracción uterina.

Otra de las principales actividades, es identificar los factores de riesgo y complicaciones del embarazo ya que su reconocimiento ayudara a prevenir complicaciones en la paciente. Es importante que la persona gestante lleve un control prenatal adecuado en cantidad, calidad, contenidos, oportunidad y diferenciado acorde a su realidad (Asprea *et al.*, 2013).

A la paciente en estudio se le educó sobre los signos de alarma durante la gestación que es importante para evitar futuras complicaciones; el cual es un proceso humano que sirve para facilitar el aprendizaje o la adquisición de conocimientos, habilidades, valores, creencias de un grupo de personas que lo transfieren a otras para lograr en ellos un cambio, siempre buscando la perfección y la seguridad del ser humano (León, 2007).

A su vez, a la paciente se le realizó monitoreo electrónico constante, para verificar bienestar fetal c/6 horas que, para Cotrina (2015) es un método a través del cual, se evalúa los latidos cardiacos fetales, precisando las características del ritmo y frecuencia, para relacionarlos con estímulos, movimientos fetales y contracciones uterina.

También, se hidrató a la paciente iniciando terapia endovenosa, para recibir por ese medio su medicación, el resultado que se obtuvo fue mantenerla hidratada en todo momento con un adecuado aporte de líquidos que sirvieron para prolongar por más tiempo su embarazo evitando así complicaciones en ella y en sus bebés. Villatoro y Bañuelos (2011) refieren que, el manejo de la vía endovenosa es uno de los procedimientos invasivos más importantes en el ámbito de enfermería porque su importancia radica en la corrección del equilibrio hidroelectrolítico de cada paciente; es por eso la importancia de un manejo adecuado de líquidos con la finalidad de mejorar el estado de salud del paciente.

Por último, se debe administrar medicación progesterona 200 mg/24 horas vía oral en donde, Orizaba, Alba y Ocharan (2013) dan su aporte, en que la progesterona es una hormona esteroides que liberan los ovarios; estos son importantes en las mujeres para la regulación del ciclo menstrual y en el desarrollo del embarazo, tiene como principal función ayudar a mantener un embarazo seguro.

**Dolor.**

Según López et al (2006) menciona que, el dolor, es la manifestación clínica más frecuente considerada como una experiencia sensorial o emocional muy desagradable, que siempre va asociado a un daño tisular real o asociado a alguna patología; por lo tanto, siempre es subjetivo y aparece cuando el paciente refiere que algo le duele. El proceso del dolor, se inicia cuando los receptores nerviosos captan los estímulos dolorosos y lo transforman en impulso. Este estímulo, es conducido hasta la neurona que tiene un reconocimiento en el sistema nervioso central encargado de detectar los cambios del cuerpo y análisis de la información recibida del receptor.

También, Mesas (2012) menciona que, el dolor, se clasifica, según su duración: en agudo y crónico donde el dolor agudo, es una experiencia compleja con factores cognitivos y sensoriales que suceden como respuesta a un trauma tisular y el dolor crónico, es aquel, que dura de 3 o 6 meses, desde su aparición o que se extiende más allá del período de curación de una lesión tisular, o está asociado a una condición médica crónica.

El dolor agudo es causado por varios factores: agentes lesivos biológicos (infección, isquemia, cáncer, etc.); agentes lesivos físicos (absceso, amputación, quemadura, corte, procesos quirúrgicos, etc.) y agentes lesivos químicos (Hernán y Kamitsuru, 2015).

Cuando aparece el dolor en una gestante a causa de las contracciones uterinas (agente lesivo biológico) estas son rítmicas, progresivas y dolorosas de mediana intensidad ubicadas en la zona de hipogastrio, región púbica que irradian hasta zona lumbar. Las contracciones es la forma en la que el cuerpo de una mujer se prepara para la salida del bebe, tiene un tiempo de una hora, son regulares y en todo este tiempo se observa la frecuencia e irritabilidad. Durante la contracción del músculo, los vasos que lo irrigan quedan exangües (sin sangre), lo cual produce

transitoriamente falta de oxígeno del tejido o anoxia y esto es lo que determina el dolor. Cuando el músculo se relaja, sus vasos vuelven a irrigarse y el dolor desaparece. (Anda y Guerrero, 2009).

En el caso de la paciente, el dolor es causado por contracciones uterinas; que lo notamos por las fascias, expresión y la intranquilidad que refiere en todo momento durante su evaluación.

Frente a este problema identificado se deberá tener en cuenta los siguientes cuidados:

Según López (2009), la valoración del dolor, se realizará mediante la EVA que es una escala que permite medir la intensidad del dolor de 0 al 10. El paciente, es el encargado de definir en cuanto se encuentra el dolor para poder saber cuál es su intensidad.

Seguidamente, se administra tocolítico, para detener contracciones; Hopfer y Hazard (2008) mencionan que, el dilator, es un tipo de vasodilatador, que actúa directo sobre el músculo liso vascular y flujo sanguíneo cutáneo, sus efectos se deben, a que están en parte relacionados a estimulaciones beta adrenérgica. Se utiliza para el tratamiento de amenaza de parto prematuro deteniendo las contracciones ya que su efecto relajante del músculo liso uterino es responsable disminuir la resistencia vascular evitando así las contracciones.

A su vez, se enseña a la paciente la importancia de la técnica del manejo de respiración, teniendo como resultado el control de este durante cada contracción. Speads (1988) señala, que la respiración es un proceso vital del ser humano que consiste en el intercambio de gases para producir aporte de oxígeno necesario para las funciones celulares. La técnica de respiración es un ejercicio útil por el cual el ser humano es capaz de controlar emociones o situaciones en estado de desequilibrio tales como el dolor.

Se valoró a la paciente en estudio según la escala de EVA y se le encontró en 8 frente a este resultado se administró los tocolíticos y a su vez recibe aines como ketoprofeno IV, siendo



para López *et al.* (2006) un fármaco con propiedades analgésicas utilizadas para el dolor leve o moderado ya que presentan acciones antiinflamatorias, analgésicas y antipiréticas.

También se puede mejorar la postura del paciente durante su descanso, dado que una adecuada posición ayudará a una buena circulación y así evitará el dolor.

Por último, se debe evitar el ruido del entorno. Al respecto, Mendoza, Roque y Moncada (2008) mencionan, que el ruido es un sonido exterior no deseado generado por entes físicos (humano, químico, ambiental) que al ser detectado por el oído causa molestias y agudiza el dolor, es por ello durante la estancia del paciente la importancia de brindar un ambiente adecuado libre de cualquier malestar que ponga en riesgo la salud del paciente.

### **Déficit de volumen de líquidos.**

Veiga, Barros y Martínez (2016) mencionan que, la deshidratación es la pérdida de agua corporal que trae consigo una alteración del balance hidroléctrico; que se da por la disminución del aporte de líquidos, aumento en las pérdidas corporales o las dos a la vez causando complicaciones en las funciones normales del ser humano.

Por otra parte, Figueroa *et al.* (2013) menciona al respecto, que la ingesta adecuada de líquidos durante la etapa de gestación y una correcta hidratación de la madre, permite mantener un volumen normal del líquido amniótico. A su vez permite reducir los síntomas relacionados con el estado gestacional, como la náusea, el vómito, la constipación, la predisposición a las infecciones urinarias y las alteraciones en el volumen del líquido amniótico.

El aporte adecuado de agua es necesario para el funcionamiento normal del organismo de la mujer en su embarazo. El volumen de agua consumido debe ser proporcional a sus pérdidas; debe ingerir cantidades mayores de las que pierde teniendo como opción preferida siempre al

agua simple para una adecuada hidratación. Durante el embarazo el organismo materno retiene agua entre 4 a 6 litros, debido al incremento en la producción de vasopresina.

Parte de esta agua que se ingiere, es usada para la producción de líquido amniótico, pero a su vez, en el embarazo ocurren diversos cambios fisiológicos que alteran el metabolismo del agua como: el incremento del volumen sanguíneo y la tasa de filtración glomerular. A medida que avanza el embarazo las necesidades de agua van en aumento cuando menos 300 mil/día. Durante el embarazo, la deshidratación es un problema grave que conlleva riesgos especiales, por lo cual debemos de evitarla recordando que siempre durante esta etapa se pierde más agua por sudación y exhalación.

El paciente en estudio presenta pérdida de líquidos a través de fluidos corporales (sangrado vaginal) de manera prolongada, lo cual pone en riesgo la salud de ella como gestante. El balance de electrolitos constantemente cambia debido a la fluctuación de los niveles en el cuerpo. Es imprescindible por ello reponer dichos electrolitos para evitar la deshidratación, la cual es potencialmente mortal.

Frente a este problema, Villegas *et al.* (2012) señala que, controlar las funciones vitales a horario, es importante porque a través de ellos podemos ver acciones fisiológicas como: frecuencia respiratoria, temperatura corporal, presión arterial y saturación, ya que son valores cuantificables que indican cuando una persona se encuentra viva y la calidad de su funcionamiento del organismo. Estos cambian de un individuo a otro y en la misma persona en diferentes momentos del día; cualquier alteración de los valores normales indica siempre un mal funcionamiento del organismo. Por lo que es importante que el personal de salud lo monitoree minuciosamente cuando exista sospecha de una alteración porque a través de ellos se pueden detectar alteraciones que van a demandar intervenciones propias y oportunas.

Debemos mantener vía endovenosa permeable. Loro *et al.* (2015) refieren que, la canalización intravenosa es un método de acceso directo a la circulación venosa que se usa para la administración de medicamentos líquidos directamente a una vena a través de una aguja o tubo que se inserta en la vena, permitiendo el acceso inmediato al torrente sanguíneo para suministrar líquidos y medicamentos.

Seguidamente, debemos vigilar estado de hidratación donde. Arancela *et al.* (2018) mencionan, que el agua, es un elemento fundamental y esencial para la vida, considerado como el mayor componente del cuerpo humano (70% de nuestro peso corporal). Desempeña funciones de tipo regulador y estructural; por lo tanto, está implicada en varias reacciones corporales. Sus funciones en el organismo son innumerables, ya que es el medio de transporte de la función circulatoria, donde ocurren muchas de las reacciones bioquímicas del metabolismo.

Asimismo, Gimeno (2003) señala que, es un control de medidas antropométricas conocidos como procedimientos no invasivos, rápidos que se basan en tomar medidas del peso y talla para compararlas con los valores referenciales de acuerdo a la edad, sexo y patología a tener por el cual con el resultado se evalúa el estado nutricional de la persona.

Por consiguiente, con la paciente en estudio, se realizó el control de peso diario, con la finalidad de obtener los resultados de ingresos y egresos de manera estricta a través del balance hídrico; siendo para Majen (2018) que el balance hídrico, permite mantener constantemente el contenido de agua, mediante el ajuste entre los ingresos (líquidos, agua contenida en los alimentos) y las pérdidas (vía pulmonar, sudoración, orina y la heces). La ingesta y la pérdida de líquidos son compensadas a diario, sin embargo, hay determinadas situaciones en las que el trabajo físico pueden desajustar este equilibrio y son necesarias muchas horas para reponer los

líquidos perdidos. El fracaso de estos mecanismos y las consiguientes alteraciones del balance hídrico, pueden producir graves trastornos capaces de poner en peligro la vida del individuo.

En cuanto al control diuresis horaria, Bazari y Landry (2011) señalan, que es el parámetro que mide la cantidad de orina en un tiempo determinado. Normalmente se mide la orina en un periodo de 24 horas. Sin embargo, en situaciones de cuidados especiales debemos controlarla de forma horaria y finalmente Iniciar tolerancia oral ya que la ingesta de líquidos ayuda a mantener al paciente hidratado en todo momento.

### **CP: Infección**

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) define a la infección, como la invasión de un microorganismo patógeno que resulta perjudicial para el funcionamiento normal de un organismo. Las infecciones son causadas por muchos microorganismos como: bacterias, virus, parásitos y hongos. Estas enfermedades se pueden transmitir de manera directa o indirectamente de una persona a otra.

Así mismo, el Instituto Nacional de Salud en EE.UU. (Gobierno USA, 2016) nos dice que la infección es la invasión y multiplicación de gérmenes en un organismo que pueden empezar en cualquier lugar y expandirse por todo el cuerpo causando una enfermedad.

Por otro lado, Echevarría, Sarmiento y Osoreo (2006) refieren que ITU es la presencia de microorganismos patógenos presentes en el tracto urinario con o sin presencia de síntomas. Es la segunda causa más frecuente de infección en los humanos, es por ello que más de la mitad de mujeres presenta al menos una ITU durante todo el ciclo de su vida y mucho más aun en la etapa de embarazo debido que durante este proceso las defensas del organismo bajan y es ahí donde los microorganismos oportunistas aprovechan su ingreso causando así una infección. Durante el

embarazo más del 95% de los casos el agente etiológico más frecuente es la *Escherichia coli* y el porcentaje restante son otros como: *Staphylococcus*, *Pseudomonas aeruginosa*, etc.

Los signos y síntomas que se debe tomar en cuenta son: fiebre, polaquiuria, disuria o dolor suprapúbico; teniendo en cuenta estos síntomas se debe realizar un estudio de sedimento urinario (urocultivo) obtenida de un chorro de micción ya que estas pruebas refuerzan el diagnóstico de ITU.

La paciente en estudio presentó, al ingreso, signos y síntomas de infección urinaria como: molestias al orinar y micción en pocas cantidades dolorosas debido a ello se le realizó el estudio de urocultivo saliendo positivo a *Escherichia coli*, es por ello recibe tratamiento oportuno con antibióticos.

Frente a este problema se realizaron actividades de enfermería iniciando con el control de eliminación urinaria: frecuencia, volumen, color y consistencia, Almonacid *et al.* (2010) señalan que, medir la diuresis y ver sus características es importante porque nos permite valorar el funcionamiento renal a su vez permite evaluar la evolución clínica y situación del paciente ayudando a decidir una conducta adecuada en base a actividades que ayuden en el tratamiento del paciente. La acción de orinar es una función indolora que se realiza con frecuencia de 5 a 6 veces al día eliminando en su normalidad de 1200 a 1500 ml en 24 horas este puede variar de acuerdo al consumo de líquidos, sudoración, etc. A través de la orina se eliminan residuos y desechos no beneficiosos para el organismo, su color en la normalidad es amarillo, si algo de esto varia estamos frente a una posible infección.

Seguidamente se debe de administrar antibiótico ceftriaxona 1 gr cada 12 horas, Vallano y Arnau (2009) afirman que las infecciones son problemas frecuentes durante el embarazo entre el primer y tercer trimestre es por ello los antimicrobianos son medicamentos utilizados para su

tratamiento. La ceftriaxona es un antibiótico de la clase de cefalosporinas de tercera generación por lo que tiene acciones de amplio espectro en contra de bacterias gram negativas y positivas, las cefalosporinas atraviesan la placenta sin dañar al feto por eso son seguros como antibióticos durante el embarazo.

Otras de las actividades importantes son: enseñar a la persona una buena higiene perineal, así como el correcto lavado de manos y enseñar la importancia de usar ropa interior de algodón; al respecto, Almonacid y Bravo (2010) nos dicen que la higiene perineal es el cuidado de la zona de la piel que se da desde la región de la vulva hasta el ano. Es importante realizar un buen cuidado para prevenir ITU y daño de la piel, se realiza de adelante hacia atrás en una sola pasada se recomienda utilizar agua y un jabón con pH especial. Después de cada higiene lavarse las manos para evitar enfermedades, es una práctica sencilla que se realiza para cuidar la salud.

También se debe incentivar a la persona para que aumente la ingesta de líquidos, Valdevenito (2008) aporta que, el consumo abundante de agua previene la aparición de ITU, ya que de esta manera los líquidos ayudan a expulsar bacterias que dañan el tracto urinario

A su vez, se debe explicar los exámenes a realizar donde Echevarría, Sarmiento y Osoros (2006) dan su aporte que los exámenes son medios diagnósticos importantes para la toma de decisiones al medicamento usar. El urocultivo es una prueba de laboratorio para la detección de un organismo analizándolo con una muestra de orina. La muestra se lleva a un laboratorio para determinar si hay bacterias y los resultados tardan entre 24 y 48 horas.

Finalmente, se debe orientar a la paciente no aguantar la orina, Girona y Conejero (2014) nos dicen que, la orina es muy importante para el correcto funcionamiento del cuerpo humano. Contiene las toxinas que debemos ir eliminando del organismo. Al retener la orina con frecuencia puede acabar apareciendo infecciones, por eso cabe recordar que la vejiga almacena

de 500 a 600 mililitros expandiéndose a veces un poco más, mandando ordenes al cerebro para orinar, cuando se recibe esa orden debemos de realizar la necesidad fisiológica porque si retenemos las ganas de orinar estamos ordenando al musculo a contraer la vejiga para el vaciado causando así problemas de salud.

## **Ansiedad**

Para Ayuso (1988), la ansiedad es una parte de la existencia humana, todas las personas sienten un grado moderado de la misma, siendo ésta una respuesta adaptativa. La ansiedad sigue siendo un tema de gran importancia para la Psicología; su incorporación es tardía, siendo tratado sólo desde 1920, abordándose desde distintas perspectivas.

Según el Diccionario de la Real Academia Española (vigésima primera edición), el término ansiedad proviene del latín “*anxietas*”, refiriendo un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, y suponiendo una de las sensaciones más frecuentes del ser humano, siendo ésta una emoción complicada y displacentera que se manifiesta mediante una tensión emocional acompañada de un correlato somático.

En general, el término ansiedad, alude a la combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, sino que se manifiestan ya sea en forma de crisis o bien como un estado persistente y difuso, pudiendo llegar al pánico; no obstante, pueden estar presentes otras características neuróticas tales como síntomas obsesivos o histéricos que no dominan el cuadro clínico.

Por otro lado; Hernan y Kamitsuru (2015) refieren al respecto de que, es una sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma el origen de la cual con frecuencia es causado con la anticipación de un peligro. Es una señal de

alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.

La paciente en estudio, presenta ansiedad, por estar en un proceso de estancia incierto. El hecho de ingresar a un lugar de salud genera angustia ya que es un lugar desconocido, donde la persona se ve sometido a una serie de rutinas y en las que muchas veces desconoce la terminología que emplean los personales de salud al dirigirse a ellos. Existen diversos factores que influyen en que se acentúe la ansiedad como: preocupación por su salud, estado de bebes, ruidos, carga familiar, control continuo etc.

Frente a este problema, Reyes, Pliego y Cuencas (2005) señalan que, brindar apoyo emocional es la ayuda desinteresada que se da de una persona a otra para que se sienta mejor y aprenda a descubrir sus emociones (expresar lo agradable, desagradable, lo que resulta fácil y lo que parece prácticamente difícil de decir o hacer). Nuestras emociones son fuerzas interiores que todas las personas tenemos y son tan poderosas que en muchas circunstancias no podemos controlarlas.

Por lo general, al momento de la valoración a la paciente, se brindó seguridad y comodidad, obteniendo como resultado su recuperación de manera paulatina. La seguridad y comodidad, es un proceso de recuperación, hace parte de una fase importante para el desarrollo su estabilidad física, allí se reflejará una adecuada y oportuna prestación del servicio, la confiabilidad de un diagnostico establecido veraz y por ende una intervención ideal. Para la Organización mundial de la salud (OMS, 2012) es un conjunto de estructuras y/o procesos organizados que reducen la probabilidad de efectos adversos y resultantes de exposición al sistema de atención sanitaria por enfermedades y procedimientos o bien como la reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo.



Por otra parte, se debe escuchar con atención a la paciente. Al respecto, Subiela *et al.* (2014) mencionan que, la comunicación es una necesidad básica del ser humano, a través de él podemos expresar nuestros pensamientos, sentimientos y nuestra sabiduría. En el ámbito de la salud, desde hace muchos años, se practica la comunicación interpersonal entre usuario y prestador de servicio de salud; por ende, es importante mantener siempre un contacto personal y directo con la persona por que aquí se inicia el proceso de escucha que siempre se da de manera voluntaria y a su vez implica poner atención a alguna necesidad de la persona.

Durante la estadía de la paciente, recibió un ambiente habilitado, adecuado tratando de cuidar en todo momento su entorno; en su teoría del entorno Florencia Nightingale nos dice que el entorno beneficia la salud de la persona; si existe buen entorno habrá un buen reposo y descanso del paciente que permitirá en ciertos grados la recuperación de enfermo. Todas estas características hacen que la estancia del paciente sea una experiencia placentera. La enfermera tiene la capacidad de manipular el entorno hospitalario en busca de pronta recuperación del paciente por ello como profesional juega un papel importante en el entorno (Amaro, 2004).

Se puede realizar masajes corporales; siendo para Sagreda (1995) como la manipulación sistemática de los tejidos corporales con propósitos de mejoría de una persona, que se realizan con las manos, estos son muy importantes debido a que tienen efectos psicológicos muy positivos ya que resultan placenteros, producen relajación muscular y disminuyen la tensión mental.

La siguiente intervención, es brindar apoyo espiritual. Sanchez (2004) describe que, el bienestar espiritual es el estado de salud en el que la persona reafirma que su vida siempre está en una relación armónica con Dios (Tener fe, oración y el deseo de vivir bien). La esencia de enfermería como profesión no solo es basarse en lo científico para curar a los enfermos, sino que

también debemos de basarnos en lo espiritual ya que la existencia en esta tierra está más allá de los aspectos físicos o materiales.

Además, se debe realizar actividad creativa: dibujar, pintar, leer, etc. Tappe (2008) lo describe como un conjunto de técnicas y métodos basadas en el arte con el fin de buscar la relajación a su vez es un signo positivo por que ayuda a reducir la ansiedad que se puede practicar de forma individual o colectiva y se expresa a través de una actividad específica.

Por último, es educar a la familia, de cómo llevar relación con el paciente. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) “la educación sanitaria se basa en inducir a las personas a adoptar y mantener las costumbres de una vida sana, a utilizar razonablemente los servicios sanitarios puestos a su disposición y también a tomar decisiones, individual y colectivamente, para mejorar su estado de salud y el del medio en que habitan.”

## Capítulo IV

### Evaluación y conclusiones

Después de aplicar el proceso de atención de enfermería a la paciente I.N.O.F. durante 3 días; desde el 21 al 29 de enero de 2018, en el turno diurno para el primer día y segundo día de atención respectivamente; y turno noche para el tercer día de atención; durante el proceso, se identificaron 11 diagnósticos de enfermería; de los cuales fueron priorizados para la atención los cinco primeros diagnósticos.

#### **Evaluación por días de atención:**

##### **Evaluación del primer día:**

##### **Primer diagnóstico.**

Riesgo de la alteración de la diada materno/ fetal

Objetivo alcanzado. La paciente disminuyó el riesgo de la alteración diada materna fetal.

##### **Segundo diagnóstico.**

Dolor agudo

Objetivo alcanzado. La paciente disminuyó el dolor agudo de manera considerable, calificándolo en 03/10 puntos, muestra expresión de alivio y fascias de tranquilidad.

##### **Evaluación del segundo día:**

##### **Tercer diagnóstico.**

Déficit de volumen de líquidos

Objetivo alcanzado. La paciente presentó volumen de líquidos adecuado mucosas hidratadas, su volumen de orina dentro de lo normal, presenta frecuencia cardiaca dentro de los parámetros normales.

**Evaluación del tercer día:****Cuarto diagnóstico.**

CP: Infección

Objetivo alcanzado. La paciente logró revertir infección urinaria.

**Quinto diagnóstico.**

Ansiedad

Objetivo alcanzado. La paciente disminuyó ansiedad de manera paulatina, expresando sentirse aliviada.

**Conclusiones**

El proceso de atención de enfermería realizado ayudo a la paciente en su recuperación de manera paulatina porque se aplicaron cuidados personalizados, eficaces y de calidad siempre interactuando en todo momento no solo con la paciente sino también con familia.

El proceso de atención de enfermería es importante porque garantiza el cuidado que ofrece el personal de enfermería, ya que a través de él se promueve un mayor grado de interacción entre el enfermero y la persona.

Se recomienda su uso porque es un proceso sistemático, planificado y dinámico que permite llevar un control y evaluación de las acciones a realizar por el bien de una persona.

Se concluye, que de los cinco diagnósticos propuestos y priorizados, todos fueron alcanzados en su totalidad, durante la intervención de enfermería.

## Bibliografía

- Alba et al (2016). Atención de parto. *Departamento de integración de ciencias médicas, centro de enseñanza y certificación de aptitudes médicas*, 1-23.
- Almonacid, O. T. (2010). Medición de diuresis. En *Manual de protocolos de enfermería* (págs. 1-5). Andalucía, España.
- Amaro, M. (2004). Florence Nightingale, la primera gran teórica de enfermería. *Revista cubana de enfermería.*, Volumen 20 N°3.
- Anda Aguilar Leticia, Guerrero Bustos Rocio. (2009). *Ginecología*. Mexico.
- Arancela J, et all. (2018). Hidratación. *Medicina interna de Mexico*, 215-243.
- Arnau., A. V. (2009). Enfermedades infecciosas y microbiología clínica. *El Sevier.*, 536-542.
- Asprea, I et all. (2013). *Control preconcepción, prenatal y puerperal*. Argentina.
- Cautela JR, Groden J. Técnicas de relajación (Manual práctico para adultos, niños y educación especial). Barcelona: Martínez Roca; 1985.
- Cotrina, R. (2015). *Relación entre monitoreo fetal electrónico y bienestar del recién nacido*. Huanuco.
- Cueto, M. D. (2013). La microbiología en el diagnóstico de la infección del tracto urinario. En *Infección del tracto urinario*. (págs. 11-22). Barcelona: Salvat innovación y calidad.
- Duran, A. (2017). Enfermería y primeros auxilios. *Guía clínica de control de signos vitales*, 1-31.
- Figuroa, D et all. (2013). Consumo del agua en el embarazo y la lactancia. *Redalyc.org*, 102-108.
- Finklea, J et all. (1998). Condiciones necesarias para el confort visual. En *Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo*. (págs. 46.2-46.13). Madrid: Chantal Dufresne, BA.
- Gimeno, E. (2003). Medidas empleadas para valorar el estado nutricional. *El sevier*, 11-176.

- Herman, T. y Kamitsuru, S. (2015 - 2017.). *Nanda internacional: Diagnosticos de enfermeros*.  
Barcelona.: Elsevier.
- Hopfer, J y Hazard, A. (2008). *Guia farmacologica para profesionales de enfermeria*. Mexico:  
MC GRAM - HILL/INTERAMERICANA.
- Landry, D y Bazari, H. (2011). Diuresis. *Saunders Elsevier*, 116.
- Leon, A. (2007). Que es la educacion. *Educere*, 596-604.
- Leon, C. (2006). La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. *Revista cubana de enfermeria.*, Volumen 22 N°3.
- Lopez. (2009). Dolor en pacientes. San salvador.
- Lopez, F et all. (2006). *Tratado de geriatría para residentes*. España: International Marketing &  
Communication, S.A. (IM&C).
- Loro, N, et all. (2015). Canalizaciones perifericas,atencion de cuidados, mantenimiento y  
complicciones. *Enfermeri global*, 1-19.
- Llebrez del Rey (Vasco - Mexico). *Guía de Práctica Clínica sobre la atencion al parto normal*.  
2010: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia, 18- 20
- Majem, L. (2018). Balance hídrico: Hidratación y salud. *Revista de la Sociedad Latinoamericana  
de Nutrición*.
- Manzanars, S. e. (2009). Actualizacion de gineco obstetricia y ginecologia. *Medicina materno  
fetal*, 1-8.
- Mendoza, S, Roque, R y Moncada, B. (2008). Nivel de ruido en institucion hospitalaria. 127 -  
133.
- Naranjo,I y Ricaurte,G. (marzo 2006). La comun icacion con los paciente. *Investigacion y  
educacion en enfermeria.*, 94-98 Vol. XXIV N°1.

- Ochoa, A y Perez J. (2009). Amenaza de parto prematuro. Rotura prematura de membranas. *Dialnet*, 105 - 119.
- Orizaba, B; Alba, G y Ocharán, M. (2013). Farmacocinetica de la progesterona. *Hospital Juarez*, 59-66.
- Quiroz, G. et all. (2016). Amenaza de parto pretermino. *Revista clinica escuela de medicina*, 75 - 80.
- Reyes, J, Pliego, E y Cuencas, N. (2005). *Hablemos del apoyo emocional*. España: ACV ediciones.
- Sagrada, J. (1995). *Quiromasaje: tecnicay sensibilidad*. España: Alia Ediciones S.L. para Interalia S.A.
- Sanchez, B. (2004). *Dimension espiritual del cuidado de enfermeria*. Colombia: Universidad nacional de colombia.
- Serrano, M et all. (2002). Valoracion del dolor. *Revision.*, 52-66.
- Speads, C. (1988). *ABC de la respiracion*. Madrid: EDAF.
- Subiela, G et all. (2014). La importancia de la Escucha Activa en la intervención Enfermera. *Revista electronica trimestral de enfermeria.*, 277 - 289.
- Tappe, J. (2008). Tecnicas de relajación. *Academia.edu*, 1 - 12.
- World Health Organization, World Alliance for Patient Safety. More than words. Conceptual Framework for the International. Classification for Patient Safety, Version 1.1. Technical Report. January 2009. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2009. Report No.: WHO/IER/PSP/2010.2
- Valdevenito, J. P. (2008). Infeccion urinaria recurrente en la mujer. *Revista Chilena de infectologia*, 78- 82.

Veiga, F; Barros, S y Marinez, J. (2016). *Situaciones clinicas mas relevantes*. España:

International Marketing & Communication, S.A. (IM&C).

Villatoro, A; Bañuelos, R. (2011). Manejo de liquidos en el servicio de urgencias. En *Manual de lmedicina en urgencias* (págs. 69-74 Edition: 1era Edición, Chapter: 8). El manual moderno.

Villegas, J, et all. (2012). Semiología de los signos vitales: Una mirada novedosa a un problema vigente... *Redalyc.org*, 221-240.



## Apéndices

### Apéndice A: Guía de valoración

#### VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO DE LA PACIENTE GESTANTE/ PUERPERA

##### DATOS GENERALES

Nombre del usuario: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Fecha de ingreso al servicio: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Persona de referencia: \_\_\_\_\_ Telf. \_\_\_\_\_  
 Procedencia: Consultorio ( ) Emergencia ( ) Otro: \_\_\_\_\_  
 Forma de llegada: Ambulatorio ( ) Silla de ruedas ( ) Camilla ( )  
 Fuente de Información: Paciente ( ) Familiar/amigo ( ) Médico tratante: \_\_\_\_\_  
 Motivo de ingreso: \_\_\_\_\_ Dx. Médico: \_\_\_\_\_  
 Grupo Sanguíneo: \_\_\_\_\_ Tipo de Seguro: \_\_\_\_\_ Profesional que reporta a paciente: \_\_\_\_\_

##### VALORACIÓN SEGÚN PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

##### PATRÓN PERCEPCIÓN - CONTROL DE LA SALUD

###### Antecedentes familiares de importancia:

\_\_\_\_\_

###### Antecedente Personal de enfermedad y quirúrgicas:

HTA ( ) DM ( ) Abortos ( ) Gastritis/úlceras ( ) TBC ( )  
 Asma ( ) VIH ( ) VDRL ( ) Otros \_\_\_\_\_

Intervenciones quirúrgicas: No ( ) Si ( ) (fechas)

\_\_\_\_\_

###### Alergias y otras reacciones:

Fármacos: \_\_\_\_\_

Alimentos: \_\_\_\_\_

Signos-síntomas: \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_

###### Factores de riesgo:

Consumo de tabaco No ( ) Si ( )

Consumo de alcohol No ( ) Si ( )

Consumo de drogas No ( ) Si ( )

###### Medicamentos (con o sin indicación médica)

¿Qué toma actualmente? Dosis/Frec. Última dosis

\_\_\_\_\_

###### Estado de higiene

Buena ( ) Regular ( ) Mala ( )

Requiere ayuda? Si ( ) No ( )

¿Qué sabe usted sobre su enfermedad actual?

\_\_\_\_\_

¿Qué necesita usted saber sobre su enfermedad?

\_\_\_\_\_

##### PATRÓN DE SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN

Formula Obstétrica: G P \_\_\_\_\_

EG: N° CPN: FUR: FPP:

Mamas: sensiblesturgentes( ) No sensibles ( ) blandas

Pezones: Formados ( ) planos ( ) invertidos ( )

Útero: Altura Uterina: \_\_\_\_\_

Dinámica uterina:Frecuencia: \_\_\_\_\_

Tono: \_\_\_\_\_

Intensidad: \_\_\_\_\_

Movimientos Fetales: Si ( ) No ( ) LCF: \_\_\_\_\_

Perdidas Vaginales: Líquido amniótico ( )

Sangrado Vaginal: Si ( ) No ( ) Volumen: \_\_\_\_\_

Secreciones Vaginales: Si ( ) No ( )

Características: \_\_\_\_\_

Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_

##### PATRÓN NUTRICIONAL – METABÓLICO

T: \_\_\_\_\_°C Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_

Glucosa: \_\_\_\_\_ Hb: \_\_\_\_\_

Piel: Coloración: Normal ( ) Pálida ( ) Rubicunda( )

Cianótica ( ) Ictérica ( )

Hidratación: Seca ( ) Turgente ( )

Integridad: Intacta ( ) Lesiones ( )

Especificar si hay lesiones: \_\_\_\_\_

###### Cavidad bucal:

Dentadura: Completa ( ) Ausente ( ) Incompleta ( ) Prótesis ( )

Estado de higiene bucal: Mala ( ) Regular ( ) Buena ( )

Hidratación: Si ( ) No ( )

PATRÓN DE RELACIONES - ROL			
<b>Ocupación:</b> _____			
<b>Estado civil:</b> Soltera ( ) Casada ( ) Conviviente ( ) Divorciada ( )			
<b>¿Con quién vive?</b> Sola ( ) Con su familia ( ) Otros _____			
<b>Fuentes de apoyo:</b> Familia ( ) Amigos ( ) Otros .			
Comentarios adicionales: _____			
Abdomen grávido: Normal ( ) Disendido ( ) Doloroso ( )			
Ruidos hidroaéreos: Aumentados ( ) Normales ( )			
Disminuidos ( ) ausentes ( )			
Comentarios adicionales _____			
PATRÓN DE ACTIVIDAD – EJERCICIO			
<b>ACTIVIDAD RESPIRATORIA</b>			
FR: _____ Respiración: superficial ( ) profunda ( )			
Disnea: En reposo ( ) Al ejercicio ( )			
Se cansa con facilidad: No ( ) Si ( )			
Ruidos respiratorios: _____			
Tos ineficaz: No ( ) Si ( )			
Reflejo de la tos: Presente ( ) Ausente ( ) Disminuido ( )			
Secreciones: No ( ) Si ( )			
Características: _____			
O2: No ( ) Si ( )			
Modo: _____ l/min _____			
<b>ACTIVIDAD CIRCULATORIA</b>			
Pulso periférico: _____			
Edema: No Si Localización: _____			
+( ) ++( ) +++( )			
Presencia de líneas invasivas: _____			
Cateter periférico: _____			
<b>EJERCICIO: CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO</b>			
1= Independiente 3= Totalmente dependiente			
2= Parcialmente dependiente			
	1	2	3
Movilización en cama			
Deambula			
Ir al baño/bañarse			
Tomar alimentos			
Vestirse			
Riesgo de Caídas: Bajo ( ) Alto ( ) Sin Riesgo ( )			
Aparatos de ayuda: ninguno ( ) S. ruedas ( ) Otros: _____			
Mano dominante: _____			
Movilidad de miembros: Conservada ( ) Flacidez ( )			
Contracturas ( ) Parálisis ( )			
Fuerza muscular: Conservada ( ) Disminuida ( )			
Comentarios adicionales: _____			
_____			
Cambio de peso durante los últimos días: Si ( ) No ( )			
Obesidad: ( ) Bajo peso: ( ) Otros _____			
Especificar: _____			
Tipo de dieta: _____			
Apetito: Normal ( ) Disminuido ( ) Aumentado ( )			
Dificultad para deglutir: Si ( ) No ( )			
Nauseas ( ) Pirosis ( ) Vómitos ( ) Cantidad: _____			
PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO TOLERANCIA A LA SITUACIÓN Y AL ESTRÉS			
Estado de conciencia: Consciente ( ) Inconsciente ( ) Somnoliento ( )			
Estado emocional: Tranquila ( ) ansiosa ( ) Negativa ( )			
Temerosa ( ) Irritable ( ) Indiferente ( ) Depresiva ( )			
Preocupaciones principales/comentarios: _____			
_____			
_____			
PATRÓN DE ELIMINACIÓN			
<b>Hábitos intestinales</b>			
Nº de deposiciones/día: _____			
Normal ( ) Estreñimiento ( ) Diarrea ( ) Incontinencia ( )			
<b>Hábitos vesicales</b>			
Frecuencia: _____ / día			
Polaquiúria ( ) Disuria ( ) Nicturia ( )			
Proteinuria: _____			
Albumina en orina: _____			
Otros: _____			
PATRÓN DE DESCANSO – SUEÑO			
Horas de sueño: _____			
Problemas para dormir: Si ( ) No ( )			
Especificar: _____			
¿Usa algún medicamento para dormir? Si ( ) No ( )			
Especificar: _____			
PATRÓN DE VALORES – CREENCIAS			
Religión: _____			
Restricciones religiosas: _____			
Solicita visita de capellán: Si ( ) No ( )			
Comentarios adicionales: _____			
_____			
<b>Nombre del enfermero:</b>			
_____			
Firma: _____			
CEP: _____			
Fecha: _____			



## Apéndice B: Consentimiento informado

Universidad Peruana Unión  
Escuela de Posgrado  
UPG de Ciencias de la Salud.

### Consentimiento Informado

#### Propósito y procedimientos

Se me ha comunicado que el título del trabajo académico es “Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con diagnóstico médico amenaza de parto prematuro e infección urinaria en el servicio de Gineco obstetricia de la clínica delgado, Lima - 2018”, El objetivo de este estudio es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a paciente de iniciales I.N.O.F Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. Magaly Margot Cáceres Limaco, bajo la asesoría de la Dra. Danitza Raquel Casildo Bedón. La información otorgada a través de la guía de valoración, entrevista y examen físico será de carácter confidencial y se utilizarán sólo para fines del estudio.

#### Riesgos del estudio

Se me ha dicho que no hay ningún riesgo físico, químico, biológico y psicológico; asociado con este trabajo académico. Pero como se obtendrá alguna información personal, está la posibilidad de que mi identidad pueda ser descubierta por la información otorgada. Sin embargo, se tomarán precauciones como la identificación por números para minimizar dicha posibilidad.

#### Beneficios del estudio

No hay compensación monetaria por la participación en este estudio.

#### Participación voluntaria

Se me ha comunicado que mi participación (y la de mi menor hijo) en el estudio es completamente voluntaria y que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier punto antes que el informe esté finalizado, sin ningún tipo de penalización. Lo mismo se aplica por mi negativa inicial a la participación en este proyecto.

Habiendo leído detenidamente el consentimiento y he escuchado las explicaciones orales del investigador, firmo voluntariamente el presente documento.

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

## Apéndice C: Escalas de evaluación

### ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA) PARA LA MEDICIÓN DEL DOLOR

Marca con una cruz en la escala la intensidad de tu dolor

