



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

**Proyecto de Investigación previo a la obtención del título de Licenciada
en Enfermería**

TRABAJO DE TITULACIÓN

**Valoración de enfermería en gestantes con ruptura prematura de
membranas. Hospital Provincial General Docente Riobamba. Octubre
2018 - febrero 2019**

Autoras: Andrea Fernanda Galarza González
Tamara Michell Soria Villafuerte

Tutora: Elsa Graciela Rivera Herrera.

Riobamba - Ecuador
2019

REVISIÓN DEL TRIBUNAL

Los miembros del tribunal del proyecto de investigación de título: **VALORACIÓN DE ENFERMERÍA EN GESTANTES CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS. HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA. OCTUBRE 2018 – FEBRERO 2019.** Presentado por: Andrea Fernanda Galarza González y Tamara Michell Soria Villafuerte; dirigida por: Elsa Graciela Rivera Herrera MsC.

Una vez escuchada la defensa oral y revisado el informe final del proyecto de investigación con fines de graduación escrito, en el cual se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas, remite la presente para uso y custodia en la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNACH. Para constancia de lo expuesto firman:

Lcda. Mayra Carola León Insuasty
Presidenta del tribunal



Lcda. Elsa Graciela Rivera Herrera
Tutora



Lcda. Cielito del Rosario Betancourt Jimbo
Miembro del tribunal



PhD. José Ivo Contreras Briceño
Miembro del tribunal



CERTIFICADO DE TUTORA

Yo, Elsa Graciela Rivera Herrera con CI: 050137511-7 certifico que el proyecto de investigación con el tema **VALORACIÓN EN GESTANTES CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS. HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA, OCTUBRE 2018 – FEBRERO 2019** realizado por las señoritas Andrea Fernanda Galarza González y Tamara Michell Soria Villafuerte estudiantes de la Unidad de Titulación, se encuentra listo para su defensa.

Todo en cuanto puedo informar en honor a la verdad.

Riobamba, 18 de febrero de 2019

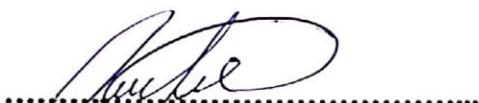


**Lcda. Elsa Graciela Rivera Herrera MsC
TUTORA**

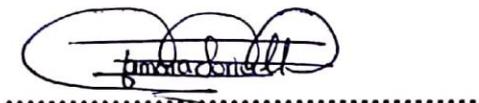
DERECHOS DE AUTORÍA

Yo, **Andrea Fernanda Galarza González**, con número de **C.I. 220056531-1**, por la presente declaro ser responsable del contenido de este proyecto de investigación y los derechos de autoría le pertenecen exclusivamente a la Universidad Nacional de Chimborazo.

Yo, **Tamara Michell Soria Villafuerte**, con número de **C.I. 180411707-3**, por la presente declaro ser responsable del contenido de este proyecto de investigación y los derechos de autoría le pertenecen exclusivamente a la Universidad Nacional de Chimborazo.



.....
Andrea Fernanda Galarza González
C.I. 220056531-1



.....
Tamara Michell Soria Villafuerte
C.I. 180411707-3

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de Chimborazo institución a la que debo mi formación. A las docentes de la carrera por sus enseñanzas, en especial a la Lcda. Graciela Rivera por su acompañamiento en el desarrollo de este proyecto de investigación.

Andrea Galarza

Al Hospital Provincial General Docente Riobamba por abrir las puertas a esta investigación. Al personal de enfermería por su colaboración y apoyo en el mismo. Y de manera especial a la Lcda. Graciela Rivera, pilar fundamental quien con su paciencia y orientación supo guiarme en el desarrollo de esta investigación.

Tamara Soria

DEDICATORIA

A mi madre, hermanas y hermano por ser luz en mi camino. A Israel por su amor y compañía en esta etapa de mi vida.

Andrea Galarza

A mi familia por su infinito amor y sacrificio. A Luis por su apoyo y confianza. Y a mi ángel, papito Vicente que desde el cielo ha protegido mis pasos.

Tamara Soria

ÍNDICE GENERAL

PORTADA	I
REVISIÓN DEL TRIBUNAL.....	II
CERTIFICADO DE TUTORA	III
DERECHOS DE AUTORÍA.....	IV
AGRADECIMIENTO	V
DEDICATORIA.....	VI
RESUMEN	VIII
ABSTRACT	IX
INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVOS	3
General:.....	3
Específicos:	3
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO	4
CAPÍTULO II. METODOLOGÍA	13
CAPÍTULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	17
CONCLUSIONES.....	23
RECOMENDACIONES	24
BIBLIOGRAFÍA	25

RESUMEN

Con el objetivo de desarrollar la valoración enfermera en gestantes con ruptura prematura de membranas, atendidas en el en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Provincial General Docente Riobamba, en el periodo octubre 2018 - enero 2019, se realizó un estudio descriptivo – cuantitativo, de corte transversal, utilizando la técnica de medición a través de una guía de valoración estructurada y validada por criterio de expertos. Los datos fueron recopilados y procesados en el programa SPSS versión 25. La población estuvo integrada por 61 embarazadas que cumplieron con los parámetros establecidos en la investigación. Como resultados se obtuvieron los dominios con mayor alteración: sexualidad – reproducción, percepción – cognición, seguridad – protección, crecimiento – desarrollo, actividad – reposo, confort, promoción de la salud, rol – relaciones y afrontamiento – tolerancia al estrés. Se encontraron diez diagnósticos con mayor frecuencia, de los cuales las tres principales etiquetas son: riesgo de alteración de la diada materno-fetal, conocimientos deficientes y riesgo de infección. En relación a los factores que pueden desencadenar una complicación materno-fetal inciden: controles prenatales insuficientes, antecedentes de infección; embarazo no planificado y el número de gestas. En conclusión, se realizó este estudio con el fin de contribuir a la disminución de errores en la valoración enfermera, a través de la identificación de dominios, priorización de diagnósticos y determinación de factores de riesgo, en gestantes con ruptura prematura de membranas.

Palabras clave: valoración, enfermería, dominios, gestantes, ruptura de membranas

ABSTRACT

The aim of developing nursing assessment in pregnant women with premature rupture of membranes, attended in the Gynecology and Obstetrics service at Hospital Provincial General Docente Riobamba, in the period from October 2018 to January 2019, It's a descriptive - quantitative study was carried out, of cross-section, using the measurement technique through a structured valuation guide and validated by expert criteria. The data were collected and processed in the SPSS version 25 program. The population consisted was 61 pregnant women who knew the parameters established in the research. As results were obtained domains with greater alteration: sexuality - reproduction, perception - cognition, safety - protection, growth - development, activity - rest, comfort, health promotion, and role - relationships and coping - tolerance to stress. Ten diagnoses were found with higher frequency, of which the three main labels are: risk of alteration of the maternal-fetal dyad, insufficient knowledge, and risk of infection. About the factors that can trigger a maternal-fetal complication: inadequate prenatal controls, history of disease; unplanned pregnancy and the number of deeds. In conclusion, this study was conducted to contribute the reduction of errors in nursing assessment, through the identification of domains, prioritization of diagnoses and determination of risk factors in pregnant women with premature rupture of membranes.

Keywords: valuation, nursing, domains, pregnant women, rupture of membranes.



Reviewed by: López, Ligia

LINGUISTIC COMPETENCES



INTRODUCCIÓN

La Guía de Práctica Clínica (GPC)⁽¹⁾ del Ministerio de Salud Pública del Ecuador refiere que la Ruptura Prematura de Membranas (RPM) es la pérdida de la integridad de las membranas corioamnióticas, que se produce a partir de las 20 semanas de gestación hasta antes del inicio del trabajo de parto. La presente investigación se refiere a la valoración de enfermería en gestantes con RPM, complicación del embarazo que desata situaciones con un gran impacto en la morbilidad y mortalidad materno-perinatal.⁽²⁾

Según la Organización Mundial de la Salud⁽²⁾ (OMS) menciona que aproximadamente 830 mujeres mueren cada día por causas prevenibles afines con la gestación. La RPM se produce en el 10% de los embarazos, con su principal complicación los nacimientos prematuros, la cual oscila entre el 5% y el 18% a nivel mundial. Se estima que cada año nacen unos 15 millones de niños prematuros (previo a que se cumplan las 37 semanas).⁽³⁾

En Latinoamérica transitó del 11 al 15 % la incidencia de rotura de membranas⁽⁴⁾. Según resultados arrojados en 2015 por el Instituto Nacional Ecuatoriano de Censos⁽⁵⁾ (INEC), entre las causas de mortalidad infantil se destaca la dificultad respiratoria (10,96%), ictericia neonatal (9,26%), sepsis bacteriana (7,39%), neumonía (6,15%), trastornos relacionados con la prematurez (5,58%) y el retraso en el desarrollo fetal (1,89%).

En una investigación realizada en Ecuador, indica una prevalencia de 15,7% de gestantes con RPM,⁽⁶⁾ a nivel local, el departamento de estadística del Hospital Provincial General Docente Riobamba⁽⁷⁾ (HPGDR) reporta que en el periodo enero – diciembre 2017 se registraron 63 casos de mujeres embarazadas con diagnóstico de RPM, que demandan de una valoración integral.

La valoración es la fase inicial del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), que tiene como finalidad la recogida de información que será la base para la toma de decisiones y acciones posteriores, además se caracteriza por ser sistemático y continuo.^(8,9) En la bibliografía consultada no se evidencian investigaciones realizadas referente a la valoración de enfermería por dominios en gestantes que presentan RPM, donde se obtenga diagnósticos.

Para la embarazada y el feto el cuidado profesional es esencial, y aún más en aquellas pacientes que durante el proceso gestacional presentan complicaciones como la RPM. Por este motivo es pertinente la valoración de enfermería por dominios que permita la actuación

holística e individualizada, cuyos resultados aportarán a las intervenciones de promoción y prevención de esta complicación en futuras gestas.

Los resultados obtenidos sustentan el presente estudio, el que proporcionará al profesional de enfermería un instrumento que facilite la valoración ordenada e integral de la gestante con la mencionada complicación, evitando posibles situaciones no deseadas como daños al binomio madre-hijo, por omisión o subvaloración y además permitiendo la emisión de juicios clínicos, a través de los dominios de la taxonomía NANDA-I.

Para investigar este problema es preciso señalar sus causas, una de ellas es la ausencia de formatos de valoración validados, según se evidencia en la literatura revisada. La valoración por dominios permite determinar la alteración en la esfera bio-psico-social y espiritual de la paciente, características que le proporciona al instrumento la integralidad en la valoración, al considerar las clases de cada dominio para especificar los aspectos a evaluar.

Esta investigación contribuye a la disminución de errores en la valoración de enfermería en las gestantes con RPM, es un interés social y del sistema sanitario; de igual forma aportar con estadísticas que mediante su difusión muestren este problema de salud. En el ámbito académico será pertinente disponer de un instrumento que facilite la valoración en el proceso de aprendizaje.

OBJETIVOS

General:

- ✓ Desarrollar la valoración de enfermería en gestantes con Ruptura Prematura de Membranas, atendidas en el Hospital Provincial General Docente Riobamba.

Específicos:

- ✓ Identificar los dominios alterados en las embarazadas con diagnóstico de RPM.
- ✓ Establecer diagnósticos enfermeros en la población de estudio.
- ✓ Determinar los factores que desencadenan complicaciones materno-fetales en pacientes con RPM.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

El embarazo representa una manifestación de cambios fisiológicos y psicológicos en la mujer⁽¹⁰⁾, sin embargo, en este pueden desencadenarse complicaciones como la RPM. Los Autores Dayal y Hong⁽¹¹⁾, mencionan que no hay una causa exacta que ocasione la pérdida de la integridad de las membranas corioamnióticas, además, ellos señalan factores que podrían contribuir al desenlace del mismo como: la sobredistensión uterina, infecciones del aparato genital o de transmisión sexual, trastornos del tejido conectivo y/o consumo de sustancias tóxicas.

Así mismo, otros factores de riesgo que favorecen esta complicación son: relaciones sexuales previas, embarazos múltiples, multiparidad, periodo intergenésico corto, amniocentesis, hemorragias en el primer y segundo trimestre del embarazo, bajo índice de masa corporal, nivel socioeconómico, nivel de información, edad materna, insuficientes controles prenatales y edad gestacional.^(12,13)

Según Gutiérrez⁽¹³⁾, cuando la ruptura ocurre a menor edad gestacional se observa una mayor asociación con la infección del corion/decidua, aunque en algunos casos es difícil saber si la infección es la causa o es secundaria a la RPM. En cambio, cuando ésta es a mayor edad gestacional se asocia con la disminución del contenido de colágeno en las membranas, el cual también puede ser secundario a algunos microorganismos.

El diagnóstico oportuno de la RPM es fundamental para evitar complicaciones materno - fetales, por ende, es necesaria la realización de pruebas complementarias como la cristalografía la cual tiene una sensibilidad del 87% y una especificidad del 97%, confirmando así el diagnóstico. Es importante conocer que cuando el tiempo de ruptura pasa de cuatro horas, la cristalografía puede arrojar un resultado falso negativo.⁽¹⁴⁾

Las complicaciones que desata dicha patología se describen tanto a nivel materno y fetal. Dentro de las maternas tenemos: la corioamnionitis, dada por microorganismos que ascendieron desde la cavidad genital a la uterina ocasionando una infección que afecta al corion, amnios y feto.⁽¹⁵⁾ En ella se destaca los signos como temperatura mayor a 37,5°C, taquicardia en la madre o en el feto, líquido amniótico (LA) piógeno, o un alto recuento de glóbulos blancos.⁽¹⁶⁾ Así mismo, la infección puerperal se considera la tercera causa de mortalidad materna y esta se manifiesta o se agrava después del parto.^(17,18)

Por otro lado, las complicaciones fetales se pueden dar antes del parto, tales como; compromiso fetal, compresión del cordón umbilical, prolapso del cordón, hipoplasia pulmonar y óbitos. Después del parto, el síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia interventricular, sepsis neonatal, síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, disfunción neurológica y neuromuscular generalmente asociadas a la prematurez.^(12,19)

La identificación precoz de la RPM orienta a la detección de un tratamiento adecuado y requiere de una atención inmediata. Es de suma importancia el conocer la edad gestacional para establecer el manejo enfermero correspondiente a la paciente. Este puede ser mediante cuidado directo o con la utilización de fármacos bajo indicación médica.^(11,20)

Para el respectivo manejo se verifica la edad gestacional, si se trata de un embarazo de 24 a 34 semanas 6 días se prosigue a la hospitalización y observación de la paciente, se indica permanecer en reposo y se administra profilaxis antibiótica y maduración pulmonar. Si el embarazo es de 35 a 36 6, de igual forma se inicia antibioticoterapia. Finalmente, a las 37 semanas o más se observa el tiempo transcurrido de la RPM, si este es mayor a 24 horas se inicia tratamiento antibiótico. Independientemente de la edad gestacional, la terminación del embarazo se realizará bajo criterio médico.⁽¹⁾

El pronóstico depende de la edad gestacional; en los embarazos previables, el manejo expectante no se justifica, por lo que se recomienda su terminación en virtud del riesgo beneficio del feto y la madre. Esto se aplica a las pacientes que se encuentran en labor de parto, con signos de infección, compromiso fetal, desprendimiento normoplacentario o cuando la edad gestacional es de 35 semanas o más.^(1,21)

Debido a la gravedad que conlleva la patología antes mencionada, se requiere la realización de una valoración exhaustiva e integral a la mujer gestante, con el propósito de orientar los cuidados enfermeros a la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, cumpliendo con el artículo 69 de la Ley Orgánica de Salud. Antes bien, en la mujer embarazada se requiere de cuidados, asesoría y acciones durante el proceso gestacional, más aún en procesos patológicos, donde además demanda de educación en el autocuidado.⁽²²⁾

Rubio⁽²³⁾ define a la valoración como el método de recogida de datos mediante diversas fuentes y declara que, al ser la primera fase, su importancia recae en ser multidisciplinar e integral, logrando resaltar y estar presente en todas las fases identificando necesidades y problemas de salud.

Para lograr lo antes mencionado, las enfermeras deben desarrollar competencias interpersonales a base de habilidades necesarias, para ganarse la confianza de los pacientes mediante la escucha y la colaboración con el mismo. Para ello, corresponderá el respeto, atención, escucha activa e interpretación de percepciones, del mismo modo, competencias técnicas para llevar a cabo la valoración y obtener datos correctos y verdaderos.⁽²⁴⁾

Los datos obtenidos en la valoración de enfermería pueden ser subjetivos, que derivan de manifestaciones verbales dadas por el mismo paciente refiriendo lo que siente y piensa, es decir los síntomas y datos objetivos los cuales se obtienen a partir de los signos, escalas y datos de laboratorio. Otros autores mencionan como datos directos (los provenientes del paciente) e indirectos (familia o historia clínica); para la obtención de estos, se emplea la observación, entrevista, examen físico y la revisión completa de la historia clínica.^(8,24)

La observación se realiza durante todo el proceso de valoración identificando expresiones o comportamientos. En la entrevista, la enfermera buscará establecer una relación entre personal de salud – paciente, y esta puede ser guiada con un instrumento elaborado y validado. Por otro lado, para investigaciones donde se requiera exponer la intimidad de la paciente es importante solicitar previamente su consentimiento, y se utilizarán técnicas como: inspección, auscultación, palpación y percusión. Finalmente, la revisión de la historia clínica brindará información sobre datos sociodemográficos, clínicos y obstétricos.⁽⁸⁾

Existen dos tipos de valoración; la inicial (o cribado) y detallada. Estas dos cumplen con la función de recoger información, no obstante, su metodología y fines difieren recalando que la fase inicial es más sencilla debido a que se trata de completar vacíos, y la otra requiere de habilidades específicas para complementar lo ya recolectado. Una vez concluido, la enfermera revisa la información empleando un juicio clínico para establecer si existen necesidades alarmantes que pueden desencadenar en un diagnóstico.⁽²⁴⁾

Según la NANDA-I, la elección del diagnóstico correcto le corresponde a la enfermera, cuando verifica que está conectado con las características que definen a los factores relacionados o los de riesgo, encontrados en la valoración. Para ello, lo divide en tres tipos: el primero que va centrado en el problema, es decir a una respuesta no deseada existente en el individuo. Después, el de riesgo, donde se mide la susceptibilidad de la persona, y el de promoción de la salud que consiste en motivar y aumentar el deseo de bienestar con el fin de lograr un adecuado manejo de la salud.⁽²⁴⁾

Una vez recogidos los datos necesarios, la valoración pasa por la fase de validación de la información, es decir verificar que sean datos correctos y que no se encuentren incompletos o confusos. Ya revisado, se organiza la información mediante categorías que nos facilite su interpretación y análisis para establecer diagnósticos enfermeros, y finalmente registrar para que tenga validez.⁽²³⁾

La organización de los diagnósticos debe estar enfocada a identificar problemas y necesidades, empleando instrumentos, los cuales podrían ser: Patrones Funcionales de Marjory Gordon, Necesidades Humanas Fundamentales de Virginia Henderson, Pirámide de Necesidades de Abraham Maslow y la taxonomía NANDA-I con una estructura de dominios y clases.⁽²³⁾

La taxonomía NANDA-I, está compuesta por un conjunto de 13 dominios con sus respectivas clases, los cuales permitirán determinar problemas y transformarlos en diagnósticos enfermeros. Se entiende por dominio a la esfera de conocimiento, y a la clase como un grupo que comparte atributos comunes. Los dominios son los siguientes y en este estudio estarán enfocados a las gestantes con RPM.⁽²⁵⁾

Promoción de la salud, que permite identificar el estado de esta y consta de dos clases, toma de consciencia y gestión de la misma. En este dominio se valora el significado de salud para la paciente, hábitos de vida, factores económicos, autoexamen, historia médica personal y familiar, además de la visita a los profesionales de salud de atención primaria.⁽²⁵⁾

La atención prenatal es la asistencia que brindan de manera integral los profesionales de salud a mujeres embarazadas, con el propósito de garantizar condiciones de salud óptimas para la madre y el feto. Para que la atención prenatal logre su propósito, se abarca en ella el reconocimiento de riesgos, prevención y/o tratamiento de patologías y promoción de la gestión de salud. Mediante una atención prenatal adecuada, se logra minimizar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal tanto de manera directa o mediante la detección de complicaciones relacionadas con el proceso de gestación.^(26,27)

Según la OMS, su modelo de atención prenatal refiere un mínimo de ocho contactos. El primer contacto se da a lugar en el primer trimestre del embarazo, los dos siguientes se programan para el segundo trimestre, y los cinco restantes se dan en las semanas 30, 34, 36, 38 y 40. La asistencia prenatal en el tercer trimestre es de gran importancia pues realiza el

seguimiento sintomático del bienestar materno y fetal, detectando de forma oportuna complicaciones durante la gestación.^(27,28)

Con respecto a los controles óptimos, dependerán del tiempo de gestación y la frecuencia por mes. Es decir, hasta la semana 32 se realizará un control por cada mes, entre las semanas 33 y 36 (octavo mes) la asistencia será cada 15 días, y pasado las 37 se hará una vez por cada semana, obteniendo así un total de 13 controles.⁽²⁸⁾

El dominio nutrición, consiste en el consumo de alimentos y sus clases son ingestión, absorción, digestión, metabolismo e hidratación. En este, se verá el número de comidas que realiza cada día, hábitos o preferencias alimentarias, consumo de agua, nivel de glicemia e índice de masa corporal (IMC), teniendo en cuenta las semanas gestacionales que cursa.⁽²⁵⁾

Durante el proceso de gestación, se prevé un aumento de peso, determinado por el IMC pregestacional de cada mujer. La OMS recomienda un mínimo de cuatro comidas al día, asegurando así la protección del feto; por lo que descarta la creencia de “comer por dos” y la necesidad de aumentar un kilo cada mes, debido a que esta cantidad puede ser insuficiente o excesiva.⁽²⁸⁾

La valoración de dominio eliminación que implica la secreción y excreción de productos de desecho, se compone por la función urinaria, gastrointestinal, tegumentaria y respiratoria, para ello se registra el patrón de eliminación como frecuencia, color, olor, malestar o cualquier alteración que se haya presentado, debido a los cambios fisiológicos causados por el embarazo. También se detalla datos obtenidos del examen de laboratorio.⁽²⁵⁾

El dominio cuatro, valora sueño - reposo, actividad - ejercicio, equilibrio de la energía, respuestas cardiovasculares, pulmonares y autocuidado. Esto se logra viendo la calidad del sueño, problemas que lo alteran, estilo de vida, habilidad para el autocuidado (vestirse, bañarse y usar el inodoro de forma autónoma, parcial o con ayuda total), si existe deterioro de la movilidad física relacionada a la prescripción de restricción de movimientos por la RPM al momento de la valoración, y signos vitales de la madre y el feto.⁽²⁵⁾

La frecuencia cardíaca fetal (FCF) tiene como valores normales 110 - 160 latidos por minuto (lpm), cuando esta se encuentra por debajo del rango mínimo se denomina bradicardia, y en caso contrario taquicardia. Los cambios en la FCF pueden ser preocupantes, y se clasifican en aceleraciones y desaceleraciones, la primera se conceptualiza como un cambio abrupto

de la frecuencia, ocasionada de forma espontánea o por estimulación externa, por otro lado, las desaceleraciones se subdividen en tempranas, tardías y variables.^(29,30)

Las desaceleraciones tempranas se asocian con un cambio periódico ocasionado por una contracción uterina donde la causa posible es la compresión de la cabeza fetal y se da de forma frecuente en la RPM, en esta existe una disminución visual de forma gradual y el retorno de esta. La compresión como resultado por disminución del LA, produce una deformación de la cabeza fetal y la oclusión de los vasos umbilicales lo cual genera una anomalía en la FCF.^(30,31)

En las tardías se da de la misma forma, sin embargo, el menor punto de desaceleración ocurre en la contracción más fuerte e indica una insuficiencia útero-placentaria y, en cuanto a las variables, estas son las que se presentan durante el trabajo de parto y se consideran normales, dicho en otras palabras, se producen a causa de la compresión del cordón ocasionando una mala perfusión del oxígeno fetal.⁽³⁰⁾

Sigue percepción – cognición, donde incluye la atención, orientación, sensación, cognición y comunicación. En este se aprecia el nivel de información de la paciente respecto a su patología, alteraciones de la comunicación, negativa para hablar, percepción correcta de los mensajes verbales y la comprensión por el idioma.⁽²⁵⁾

La asistencia prenatal se considera un espacio ideal para recibir información sobre dudas, preocupaciones, inquietudes o miedos. Es un momento útil para que la familia reciba educación y conozca las situaciones que exigen una consulta urgente como: contracciones frecuentes y dolorosas, ausencia de movimiento del bebé, molestias para orinar, lesiones a nivel perineal y la pérdida de sangre o líquido amniótico.⁽²⁸⁾

Por otra parte, el dominio autopercepción valora el autoconcepto, autoestima e imagen corporal con el yo social, identificación personal (descripción de sí mismo, fortalezas, debilidades), yo físico mediante preocupaciones sobre su cuerpo causadas por el embarazo, y sentimientos sobre sí mismo influenciados o no por la sociedad.⁽²⁵⁾

El dominio siete, rol - relaciones se enfoca a las relaciones familiares y al desempeño del mismo, donde describe los roles de cada uno y su grado de satisfacción. Así mismo revisa la estructura y apoyo familiar, el número de convivientes, la relación entre ellos, y la persona que se considera cercana o confidente de la embarazada.⁽²⁵⁾

El desempeño del rol de madre puede verse alterado por la edad materna o por un embarazo no planificado. En los países de ingresos medios como Ecuador el 25% de las adolescentes, son madres o están embarazadas. Los factores de riesgo para el embarazo no planificado son: la temprana edad de la madre, recursos económicamente bajos, fallo en el método anticonceptivo por incumplimiento y/o déficit en nivel de información sobre planificación familiar.⁽³²⁾

En el de sexualidad se abarca la identidad sexual, función sexual y reproducción. Para lograr una valoración adecuada se indagará sobre la conducta sexual (prácticas de sexo seguro durante el embarazo, dificultad o problemas percibidos por la mujer), número de compañeros sexuales, antecedente o presencia de infecciones, embarazo planificado y/o deseado, edad materna menor a 15 años y mayor a 35, embarazo de alto riesgo, número de gestas e hijos, movimientos fetales percibidos por la madre y el examinador, actividad uterina, FCF, datos de laboratorio como la cristalografía. y pérdidas transvaginales (cantidad y características).⁽²⁵⁾

Las características del LA pueden clasificarse y se considera un método de evaluación de la madurez pulmonar fetal debido a la presencia o no de partículas correspondientes a vérnix o lanugo fetal. Cuando la edad gestacional es menor a 35 semanas, el LA es trasparente o con un tinte ligeramente amarillento, el cual se intensifica a mayor edad gestacional, y en este no existen elementos en suspensión. Entre las 35 a 37 semanas existe la presencia de grumos pequeños lo cuales aumentan de tamaño y consistencia entre la semana 37 y 41. Pasadas estas semanas, el LA se vuelve espeso y blanquecino lo que demuestra una madurez fetal.⁽³³⁾

Durante el proceso de gestación puede desencadenarse complicaciones las cuales son detectables a partir del LA. Se conceptualiza al LA fétido, como aquel de aspecto turbio, olor desagradable, producto del meconio. Rondón⁽³⁴⁾ clasifica el meconio en dos tipos, en espeso y claro; al primero lo caracteriza como un líquido verde intenso o café, semejante a una pasta de arveja con grumos. Por otro lado, el claro es de apariencia amarillo verdoso sin partículas.⁽³⁵⁾

Continuando con el dominio afrontamiento - tolerancia al estrés, con respuestas de afrontamiento y estrés neurocomportamental mediante la naturaleza de los agentes que lo desencadenan, también se identificarán las estrategias, cambios vitales, pérdidas pasadas y

técnicas de manejo del mismo. Por otro lado, se valora los sentimientos presentes, asociados a situaciones que las gestantes consideran frustrantes. ⁽²⁵⁾

También el dominio diez, principios vitales el cual nos ayuda a conocer sobre los valores, creencias y congruencia entre ellos en base a los objetivos que se proponen las pacientes en la vida, lo que es importante para ellas con respecto a su familia y el impacto de los problemas de salud en la espiritualidad, además de la toma de decisiones adecuadas o inadecuadas. ⁽²⁵⁾

El dominio seguridad - protección nos aporta información sobre una posible infección, lesión física, violencia, peligros del entorno, procesos defensivos y termorregulación. Dicho de otra manera, este dominio determina la presencia de dispositivos invasivos, lesión a nivel perineal, tiempo transcurrido de la RPM, alteración de la defensas primarias o secundarias, antecedente o presencia de violencia a sí misma o familiar, temperatura corporal, etc. ⁽²⁵⁾

Según la GPC, las infecciones de vías urinarias (IVU)⁽³⁶⁾, se definen como la presencia de microorganismos en la orina ocasionado por una infección. Las gestantes se vuelven propensas a estas debido a los cambios producidos en el embarazo encontrándose como patógeno más frecuente a la Escherichia coli causado por una incorrecta higiene perineal.

Las infecciones cervicovaginales, también son un factor de riesgo para las complicaciones en el embarazo, debido a que los microorganismos patógenos ingresan de forma ascendente hacia la cavidad uterina, debilitando las membranas corioamnióticas. Por otro lado, las ITS se adquieren principalmente por contacto sexual con una persona infectada y entre las manifestaciones clínicas predominantes se destacan la presencia de secreción transvaginal o lesiones a nivel perineal. Las ITS se clasifican en ocho tipos, sin embargo, cuatro de ellas se pueden curar y las restantes son de origen viral las cuales pueden llegar a transmitirse durante el embarazo o al momento del parto desde la madre hacia el feto y pueden dar como resultado la muerte neonatal, prenatal o prematuridad. ^(30,37)

Entre las infecciones cérvico-vaginales y las ITS más frecuentes se encuentran la candidiasis con apariencia a la “leche cortada”. Por otro lado, la clamidia, donde el flujo vaginal es blanquecino, espeso y se presenta disuria. Así mismo, la gonorrea, destacada por su flujo amarillo – verdoso y finalmente, la tricomoniasis con un flujo amarillo grisáceo con olor fétido. También, se encuentra la vaginosis bacteriana, sin embargo, existe un litigio en su

clasificación y esta puede ser asintomática o manifestarse mediante el incremento en el flujo vaginal con olor a pescado, prurito y/o dolor al momento de tener relaciones sexuales.^(30,38,39)

En el dominio confort valora el estado de bienestar o alivio físico, mental o social mediante la evaluación del dolor, intensidad, tipo y localización del mismo, molestias relacionadas con la enfermedad como ropa mojada, reposo en cama, insatisfacción con la situación, falta de privacidad, entorno desfavorable y/o síntomas de distrés.⁽²⁵⁾

Y, por último, crecimiento – desarrollo, el cual valora la progresión en las etapas de desarrollo tanto de la madre como del feto en base a los factores de riesgo prenatales como el abuso de sustancias, infección materna, control prenatal insuficiente, edad materna, planificación del embarazo, nivel socioeconómico, riesgo de violencia y edad gestacional.⁽²⁵⁾

Para ello, la evaluación de la condición fetal asume un papel primordial durante el embarazo debido a que la finalidad es detectar de forma oportuna factores que influyen negativamente en el desarrollo de este. Los motivos por los que debe realizar dicha evaluación son el parto prematuro e infecciones intrauterinas; su diagnóstico precoz evita complicaciones inmediatas como la muerte fetal, mediatas como la asfixia perinatal y tardías que llevan a un daño neurológico.⁽⁴⁰⁾

El nacimiento de un prematuro, repercute de forma negativa en el crecimiento y desarrollo, ocasionado por su bajo peso. Se considera al mismo, aquel que nace antes de las 37 semanas de gestación, lo cual genera una mayor probabilidad de complicaciones. Estas aumentan a menor edad gestacional y se dividen en corto plazo (por complicaciones cardiovasculares y respiratorias), y largo plazo (discapacidad en el desarrollo neurológico y neuromuscular).^(41,42)

De acuerdo con la American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) y OMS, clasifica la edad gestacional desde el nacimiento en subcategorías, las cuales se describen como: prematuro extremo (menor de 27 semanas 6 días), muy prematuro (28 a 31 semanas 6 días), prematuro moderado (32 a 33 semanas 6 días) y prematuro tardío (34 a 36 semanas 6 días).⁽⁴¹⁾

CAPÍTULO II. METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo, con enfoque cuantitativo, de corte transversal a las gestantes con diagnóstico médico de RPM, durante el periodo octubre 2018 - enero 2019.

La población de estudio quedó constituida por un total de 61 gestantes sin condición de edad, ingresadas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia con diagnóstico médico de RPM en el Hospital General Provincial Docente Riobamba, que previamente firmaron un consentimiento informado (Anexo 1) como participante libre y voluntaria.

Para la recogida de los datos se aplicó la técnica de medición a través de una Guía de valoración estructurada (Anexo 2), validada y diseñada por la docente Rivera Herrera, para operativizar el proceso de valoración de enfermería por dominios siguiendo los criterios de la NANDA-I. Ésta, recoge datos de las pacientes directamente de la historia clínica y mediante la entrevista, lo que contribuyó a realizarla de manera eficiente en las gestantes con dicha patología.

La validación del instrumento (Anexo 3) fue realizada por criterio de nueve expertos, utilizando el método Delfi con escalas de Togerson desarrollada a partir del modelo de Thurstone, con el objetivo de determinar límites entre las escalas y establecer la categoría en que se enmarcó cada indicador, obteniendo un resultado muy adecuado. Este instrumento fue validado en el 2017 para su uso en el proceso de formación en la asignatura de Salud sexual y reproductiva que luego fue adaptado para aplicarse en el proyecto “Riesgo de la alteración de la diada materno fetal en mujeres con Ruptura Prematura de Membranas atendidas en el Hospital General Docente Riobamba 2018.”

El instrumento está adecuado para la selección de una o más características; compuesto por 16 secciones, en la primera sección se describe el objetivo de la aplicación del instrumento. Las siguientes secciones contienen una serie de preguntas cerradas dirigidas hacia las pacientes, además de datos obtenidos en la historia clínica y la descripción del análisis de cada dominio, descritos como problemas identificados, por parte de las investigadoras según su criterio y las etiquetas diagnósticas seleccionadas, fundamentadas en la Taxonomía NANDA I.

La sección dos contiene los datos generales básicos de las pacientes como la fecha de ingreso y valoración, nombre, número de historia clínica, edad, estado civil, instrucción, ocupación,

lugar de procedencia y residencia, diagnóstico médico, semanas gestacionales, causa de la consulta, problema actual de la paciente. A sí mismo la sección tres se encuentran los antecedentes patológicos familiares y personales, específicamente la hipertensión, diabetes, infecciones, traumatismos, intervenciones quirúrgicas, violencia, accidentes, enfermedades catastróficas y problemas tiroideos.

En las siguientes secciones se realizaron preguntas con la finalidad de seleccionar etiquetas diagnósticas de enfermería, en cada uno de los 13 dominios valorados que estén alterados. La sección cuatro incluye al dominio promoción de la salud, por medio de una valoración sobre actividad recreativa, percepción de la salud, frecuencia del autoexamen mamario y Papanicolaou, número de controles, higiene, hábitos tóxicos, consumo de suplementos, valores de hemoglobina y hematocrito de la paciente.

La sección cinco contiene preguntas en base al dominio nutrición, es decir se valora el apetito, número de comidas, la ingesta de alimentos ricos en calcio, hierro, ácido fólico, proteína animal y vegetal, el índice de masa corporal, valor de glucosa y el grado de hidratación.

Las siguientes preguntas están relacionadas al dominio eliminación, a través de preguntas como: el número de micciones al día, color y olor de orina, exámenes de proteína en tirilla, cociente proteinuria/creatinuria, proteinuria en 24h, creatinina sérica, glucosuria y EMO+GRAM. Las preguntas de la sección séptima, esta orientadas al dominio actividad reposo, con preguntas relacionadas al sueño, movilidad física, estilo de vida y signos vitales.

La octava sección valora el dominio percepción/cognición a través de preguntas orientadas a la comunicación y conocimiento. El dominio autopercepción valora el autoconcepto, la autoestima y el estado de ánimo. A sí mismo el dominio rol relaciones comprendido en la sección diez, contiene preguntas afines a las relaciones familiares y laborales.

En el dominio sexualidad, se valora las relaciones sexuales, el embarazo, antecedentes gineco-obstétricos, pérdidas transvaginales, actividad uterina, y exámenes de laboratorio. En la sección 12 afrontamiento/tolerancia al estrés, se valora la respuesta al afrontamiento. De igual manera el dominio principios vitales, evalúa los valores y creencias.

En la sección 14, el dominio seguridad/protección, estima la violencia, lesión, infección, termorregulación. El dominio confort, valora el dolor, confort físico, social y entorno. Y para

finalizar con el instrumento en la última sección el dominio crecimiento/desarrollo, evalúa los factores de riesgo prenatales.

El análisis de los datos se realizó empleando técnicas de estadística descriptiva, con la distribución de frecuencias. Estos serán recopilados y procesados en el programa SPSS versión 25, que permitirá procesar e interpretar los resultados en función de los objetivos y las variables de estudio.

Se respetaron los principios bioéticos de la investigación científica, referidos a: beneficencia, autonomía, justicia y no maleficencia. Además, se contó con la respectiva autorización (Anexo 4) de la directora médica del HGPDH para el ingreso al servicio de Ginecología y Obstetricia; así como el de las gestantes participantes y su familia. Además de la junta de aprobación del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos (CESIH) (Anexo 5) del Hospital Carlos Andrade Marín (HCAM).

Operacionalización de variables

Variable	Definición operacional	Tipo	Escala	Indicadores
Independiente: Mujeres con ruptura prematura de membranas.	Mujer gestante que presenta salida de líquido amniótico antes del trabajo de parto.	Cualitativa	Nominal politómica	Líquido amniótico: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Claro ✓ Con grumos ✓ Amarillento ✓ Meconial ✓ Fétido
		Cualitativa	Nominal politómica	Tiempo de RPM: <ul style="list-style-type: none"> ✓ 1-6 horas ✓ 7-12 horas ✓ 13-18 horas ✓ 19-24 horas ✓ 25-72 horas ✓ Más de 72 horas
Dependiente: Valoración en gestantes	Es la primera etapa del proceso de atención de enfermería en pacientes gestantes.	Cualitativa	Nominal dicotómica	Número de embarazos: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Primigesta (1 embarazo) ✓ Multigesta (2 o más embarazos)
		Cualitativa	Ordinal politómica	Semanas gestacionales: <ul style="list-style-type: none"> ✓ (<27 semanas) Prematuro extremo ✓ (28-31.6 semanas) Muy prematuro ✓ (32-33.6 semanas) Prematuro moderado ✓ (34-36.6 semanas) Prematuro tardío ✓ (37-38.6 semanas) A termino precoz ✓ (39-40.6 semanas) A termino completo ✓ (41-41.6 semanas) A termino tardío ✓ (Mayor a 42 semanas) Post termino
		Cualitativa	Nominal politómica	Controles prenatales: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Optimo (13 controles)

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mínimo (8 -12 controles) ✓ Insuficiente (0-7 controles)
Cualitativa	Nominal politómica	FCF: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Taquicardia fetal >160 lpm ✓ Bradicardia fetal <120 lpm ✓ Normal (120-160 lpm)
Cualitativa	Nominal dicotómica	Embarazo no planificado: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Si ✓ No
Cualitativa	Nominal dicotómica	Edad: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Adolescentes (14-19 años) ✓ Adultos (20-41 años)
Cualitativa	Nominal politómica	Cantidad de información: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Información extensa (conoce el nombre, las complicaciones, y sus causas) ✓ Información moderada (Conoce el nombre del diagnóstico y sus causas o complicaciones) ✓ Información escasa (Conoce el nombre del diagnóstico) ✓ Ninguna información (No conoce el nombre, las complicaciones, y sus causas)
Cualitativa	Nominal dicotómica	Antecedente de infección: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Si ✓ No
Cualitativa	Nominal dicotómica	Relaciones sexuales: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Si ✓ No
Cualitativa	Nominal dicotómica	Nivel socioeconómico bajo: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Si ✓ No
Cualitativa	Nominal politómica	Nivel de instrucción: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ninguna ✓ Primaria completa ✓ Primaria incompleta ✓ Secundaria completa ✓ Secundaria incompleta ✓ Superior completa ✓ Superior incompleta
Cualitativa	Nominal politómica	Dominios alterados: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Frecuente (Mayor o igual al 70 %) ✓ Poco frecuente (25% -69%) ✓ Infrecuente (<25%)
Cualitativa	Nominal politómica	Diagnósticos de enfermería en RPM: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Frecuente (Mayor o igual al 50 %) ✓ Poco frecuente (49 % -25%) ✓ Infrecuente (<25%)

CAPÍTULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En este acápite se describirá cada uno de los elementos evaluados.

Tabla 1. Ocho dominios alterados más frecuentes

Dominios NANDA-I	Frecuencia*	Porcentaje
Sexualidad – Reproducción	88	100,0
Seguridad – Protección	61	100,0
Actividad – Reposo	71	100,0
Percepción – Cognición	58	95,0
Confort	58	95,0
Crecimiento – Desarrollo	56	91,8
Promoción de la salud	81	90,0
Afrontamiento – Tolerancia al estrés	50	71,4

*Nota: La frecuencia corresponde a las etiquetas alteradas en cada dominio, mas no al número de gestantes valoradas

Se obtiene como resultado los ocho dominios alterados respectivamente: sexualidad – reproducción, seguridad – protección, actividad – reposo, percepción – cognición, confort, crecimiento – desarrollo, promoción de la salud y afrontamiento - tolerancia al estrés.

En la investigación realizada por Pillajo⁽⁴³⁾, reporta que los dominios alterados en su estudio fueron promoción de la salud, eliminación, actividad - reposo, sexualidad - reproducción, seguridad - protección, confort, y crecimiento - desarrollo; estos resultados no se alejan de nuestra realidad, difiriendo únicamente en la alteración del dominio eliminación y en la omisión del dominio afrontamiento tolerancia al estrés.

Tabla 2. Diagnósticos más frecuentes en base a los dominios

Dominio	Diagnósticos de enfermería
8	✓ Riesgo de la alteración de la diada materno/fetal relacionado con complicaciones del embarazo (ruptura prematura de membranas) y cuidados prenatales inadecuados.
5	✓ Conocimiento deficiente relacionado con información insuficiente manifestado por conocimiento insuficiente.
11	✓ Riesgo de infección relacionado con ruptura prematura de la membrana amniótica.

13	✓ Riesgo de retraso en el desarrollo relacionado con control prenatal insuficiente, embarazo no planificado y económicamente desfavorecidos.
4	✓ Deterioro de la movilidad física relacionado con prescripción de restricción de movimientos manifestado por discomfort.
12	✓ Discomfort relacionado con síntomas relacionados con la enfermedad, control insuficiente sobre la situación manifestado por insatisfacción e intranquilidad con la situación y sensación de discomfort.
1	✓ Gestión ineficaz de la salud relacionado con régimen terapéutico manifestado por fracaso al incluir el régimen terapéutico en la vida diaria. ✓ Incumplimiento relacionado con seguimiento con el profesional insuficiente manifestado por conducta de no adherencia y faltar a citas.
7	✓ Riesgo de deterioro parental relacionado con embarazo no planificado, cuidado prenatal insuficiente y recursos económicos insuficientes.
9	✓ Ansiedad relacionado con crisis situacional y grandes cambios en el estado de salud manifestado por angustia, incertidumbre, temor y preocupación a causa de cambios en acontecimientos vitales.

*Nota: Esta información se sustenta en el anexo 6, que contiene todas las etiquetas alteradas por dominio.

Se obtiene como resultado que los diagnósticos frecuentes, son aquellos que igualan o superan el 50% de incidencia, destacando riesgo de la alteración de la diada materno/fetal relacionado con complicaciones del embarazo (ruptura prematura de membranas) y cuidados prenatales inadecuados.

En diferentes estudios de casos en gestantes con RPM, difieren en la selección de diagnósticos enfermeros sin embargo, Calderón⁽⁴⁴⁾, Carrión⁽⁴⁵⁾ y Puetate⁽⁴⁶⁾ coinciden al establecer el diagnóstico de riesgo de infección relacionado con la ruptura de las membranas corioamnióticas, lo cual concuerda con el criterio de las investigadoras. Además, añaden en sus estudios: riesgo de sangrado, temor, deterioro de la integridad cutánea y ansiedad ante la muerte; recalando que son diagnósticos que no fueron identificados por las autoras. Los resultados de las investigaciones pueden verse diferenciados por la utilización de una valoración distinta y al número de gestantes valoradas.

Tabla 3. Nivel de instrucción e información según asistencia a control prenatal

Nivel de instrucción	Nivel de información	Asistencia a control prenatal		Total	%
		Insuficiente	Mínimo		
Ninguna	Ninguna	0	1	1	1,6
Primaria completa	Ninguna	9	3	12	19,7
	Escasa	3	0	3	4,9
Secundaria completa	Ninguna	4	5	9	14,8
	Escasa	4	3	7	11,5
	Moderada	1	0	1	1,6
Secundaria incompleta	Ninguna	12	2	14	23,0
	Escasa	1	1	2	3,3
	Moderada	0	1	1	1,6
Superior completa	Escasa	1	0	1	1,6
	Moderada	1	1	2	3,3
	Extensa	0	1	1	1,6
Superior incompleta	Ninguna	2	1	3	4,9
	Escasa	0	1	1	1,6
	Moderada	1	0	1	1,6
	Extensa	0	2	2	3,3
Suma		39	22	61	100,0
Porcentaje Total		63,9	36,1	100	

Se aprecia que los controles prenatales son insuficientes en un 63% de la población, mostrando que no existe relación con el nivel de formación e instrucción que la persona posea para tener un mínimo de ocho controles prenatales como lo establece la OMS.

Riveros⁽⁴⁷⁾ en su estudio determina que la mayoría de la población con RPM, tiene un grado de instrucción secundaria, lo que coincide con la presente investigación, así mismo se evidenció que no tuvieron ningún tipo de información referente a su patología. Por otro lado Vera⁽⁴⁸⁾ y las autoras concuerdan en la asistencia insuficiente a los controles prenatales por parte de las gestantes.

Tabla 4. Líquido amniótico, frecuencia cardíaca fetal según las semanas gestacionales

Semanas Gestacionales	FCF	Líquido Amniótico			Total	%
		Amarillento	Claro	Grumos		
28 a 31 6 días	Normal	0	1	0	1	1,6
32 a 33 6 días	Normal	2	3	0	5	8,2
34 a 36 6 días	Normal	1	14	0	15	24,6
37 a 38 6 días	Normal	3	12	0	15	24,6
	Taquicardia	0	2	0	2	3,3
39 a 40 6 días	Normal	5	14	0	19	31,1
41 a 41 6 días	Normal	1	2	1	4	6,6
Suma Total:		12	48	1	61	100,0
Porcentaje Total:		19,7	78,7	1.6	100	

En los resultados mostrados se puede apreciar que la mayoría presentó la RPM en las 39 a 40 semanas 6 días, sin alteración en la FCF y con líquido amniótico claro.

Rioseco⁽³³⁾ menciona que el líquido amniótico es translucido en las semanas inferiores a 35 con un ligero tinte amarillento y en las semanas posteriores puede contener pequeñas partículas de grumos a causa del vérmix y/o lanugo. Entre la 37-41 semanas el líquido se vuelve blanquecino, espeso y contiene más grumos. Esta información difiere del estudio, pues el 78,7% de las pacientes entrevistadas presentó líquido claro al momento de la RPM. En los estudios de Miranda⁽⁴⁹⁾ y Campos⁽⁵⁰⁾, esta patología se produjo a partir de las 37 semanas de gestación, lo que se asemeja con nuestros resultados diciendo que la mayoría fueron a término.

Tabla 5. Infecciones según antecedentes de relaciones sexuales y secreción vaginal

Relaciones Sexuales	Infecciones	Secreción Vaginal		Total	%
		No	Sí		
No	No	3	0	3	4,9
	Sí	10	1	11	18,0
Sí	No	13	0	13	21,3
	Sí	26	8	34	55,7
Suma Total:		52	9	61	100,0
Porcentaje Total		85,2	14,8	100	

El 73,7% de las gestantes tienen antecedentes de infección, y en su mayoría manifiestan haber tenido relaciones sexuales durante el proceso de gestación, sin evidencia de secreción vaginal.

Cisneros⁽⁵¹⁾ indica que los cambios propios del embarazo generan un aumento del riesgo de contraer infecciones, que llevan a complicaciones como la RPM. De igual manera Riveros⁽⁴⁷⁾ y Sullón⁽⁵²⁾ lo atribuye a la presencia de microorganismo en el tracto urinario y cavidad vaginal; a lo que las autoras coinciden con lo antes mencionado, pues la gran parte de las gestantes reportó antecedentes de infección durante el embarazo y de estas, la mitad mantuvo relaciones sexuales.

Tabla 6. Embarazos no planificados, nivel socioeconómico, número de embarazo según edad materna

Asistencia a control prenatal	Nivel socioeconómico bajo	Embarazo no planificado	Edad		Total	%
			14 a 19 años	20 a 41 años		
Insuficiente	No	No	2	4	6	9,8
		Sí	6	10	16	26,2
	Sí	No	0	7	7	11,5
		Sí	3	7	10	16,4
Mínimo	No	No	0	7	7	11,5
		Sí	4	6	10	16,4
	Sí	No	0	1	1	1,6
		Sí	0	4	4	6,6
Suma Total:			15	46	61	100,0
Porcentaje Total:			24,6	75,4	100	

La edad materna promedio fue de 24 años, con una edad mínima de 14 y una máxima de 41. El 60% de las adolescentes que no planearon quedarse embarazadas tuvieron controles prenatales insuficientes.

Estos datos son similares a los resultados de Cuervo⁽³²⁾ pues la mayoría de su población no planearon su embarazo. En razón a la edad materna Gutiérrez⁽¹³⁾ y Pezo⁽⁵³⁾ establecen que

las edades comprendidas entre 20 y 35 años resultan ser las que tienen mayor riesgo de padecer RPM con una frecuencia mayor al 50%.

Tabla 7. Líquido amniótico según tiempo de la ruptura

Características Líquido Amniótico	Tiempo de ruptura					Total	%
	1 - 6 horas	7 - 12 horas	13 - 18 horas	19 - 24 horas	25 - 72 horas		
Amarillento	2	5	3	1	1	12	18,5
Claro	12	18	12	2	4	48	73,8
Con grumos	0	0	1	0	0	1	1,5
Fétido	0	0	0	1	3	4	6,2
Porcentaje:	21,5	35,4	24,6	6,2	12,3	100,0	

En los resultados mostrados se aprecia que en su gran mayoría el líquido amniótico es claro y mayor tiempo de ruptura corresponde de entre 7-12 horas.

No se encuentran estudios donde se relacionen de forma directa las características del LA con el tiempo de ruptura, sin embargo, Suarez⁽⁵⁴⁾ demostró que al aumentar el tiempo, también aumenta la probabilidad de tener complicaciones señalando que cuando esta es mayor a 24 horas existe un mayor riesgo. En la investigación realizada a las gestantes se obtiene que el 87,7% tuvo un periodo de latencia menor a 24 horas por lo que, tan solo el 12,3% correspondería a ser una población vulnerable.

Tabla 8. Número de embarazos según edad materna

Edad	Número Embarazo						Suma	%
	1	2	3	4	5	6		
14 a 19 años	12	3	0	0	0	0	15	24,6
20 a 41 años	23	10	6	5	1	1	46	75,4
Suma:	35	13	6	5	1	1	61	100,0
Porcentaje:	57,4	21,3	9,8	8,2	1,6	1,6	100	

En la mayoría de la población la RPM se produjo en su primera gesta; teniendo en cuenta que en las adolescentes corresponde al 80%.

En razón a la edad y el número de embarazos, se encontró que la RPM se produjo en la primera gesta en un 57,4%, lo que coincide con lo reportado por Suarez⁽⁵⁴⁾, Campos⁽⁵⁰⁾ y Ganchoso⁽⁵⁵⁾, corroborando nuestros resultados y difiriendo de Medina⁽⁵⁶⁾

CONCLUSIONES

- ✓ A través de la valoración de enfermería en pacientes con RPM, se identificó como dominios frecuentes, aquellos considerados que tienen un porcentaje mayor al 70% de alteración, estos son: sexualidad – reproducción, seguridad – protección, actividad – reposo, seguido por percepción – cognición, confort, crecimiento – desarrollo, siguiendo con promoción de la salud y para finalizar afrontamiento - tolerancia al estrés.

- ✓ Mediante el cribado y sistematización de los datos, se priorizaron diez diagnósticos enfermeros: riesgo de la alteración de la diada materno fetal relacionado con complicaciones del embarazo (RPM) y cuidados prenatales inadecuados; conocimientos insuficientes relacionado con información insuficiente y manifestado por conocimiento insuficiente; riesgo de infección relacionado con la ruptura prematura de la membrana amniótica; riesgo de retraso en el desarrollo relacionado con cuidado prenatal insuficiente, embarazo no planificado y económicamente desfavorecidos; deterioro de la movilidad física relacionado con prescripción de restricción de movimientos manifestado por disconfort. Además, disconfort relacionado con síntomas coherentes con la enfermedad y control insuficiente sobre la situación manifestado por insatisfacción e intranquilidad con la misma y sensación de disconfort; gestión ineficaz de la salud relacionado con la complejidad del régimen terapéutico y manifestado por el fracaso al incluir el mismo en la vida diaria; incumplimiento relacionado con el seguimiento insuficiente manifestado por conducta de no adherencia y falta a las citas; riesgo de deterioro parental relacionado con embarazo no planificado, cuidado prenatal insuficiente y recursos económicos insuficientes; y finalmente, ansiedad relacionado con crisis situacional y grandes cambios en el estado de salud manifestado por angustia, incertidumbre, temor y preocupación a causa de cambios en acontecimientos vitales.

- ✓ Los factores que pueden predisponer a complicaciones materno fetales durante el embarazo son: antecedentes de infección durante el proceso de gestación, controles prenatales insuficiente (menor a 8), embarazo no planificado, números de gestas previas y tiempo de latencia de la ruptura.

RECOMENDACIONES

- ✓ Al personal de enfermería y estudiantes de la carrera, se recomienda hacer hincapié en la valoración por dominios enfatizando en los siguientes: sexualidad – reproducción, seguridad – protección, actividad – reposo, percepción – cognición, confort, crecimiento – desarrollo, promoción de la salud y afrontamiento - tolerancia al estrés, debido a que estos se encuentran alterados de forma frecuente en pacientes con RPM.

- ✓ A la carrera de enfermería, la creación de un plan de cuidados enfermeros en relación a los diagnósticos identificados en este estudio, con intervenciones encaminadas a promoción, prevención, tratamiento y recuperación, teniendo en cuenta a la familia como unidad integral.

- ✓ Socializar los resultados al personal de salud del HPGDR sobre los factores de riesgo encontrados en la población estudiada a fin de reducir complicaciones materno fetales y mejorar el cuidado, a través de la educación a la paciente y su familia.

BIBLIOGRAFÍA

1. MSP. Ruptura prematura de membranas. [Internet]. Guía de Práctica Clínica (GPC). 2015. 1-38 p. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/MSP_RUPTURA-PREMATURA_21122015.pdf
2. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad Materna [Internet]. 2018. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
3. Organización Mundial de la Salud. Nacimientos prematuros. 2018. p. 1-6.
4. Muñoz Valeria MR. Comportamiento de la Ruptura de Membranas Ovulares en pacientes ingresadas al área de alto riesgo obstétrico en el Hospital Carlos Roberto Humbes en el periodo enero a junio de 2015. 2015.
5. INEC. Diez principales causas de mortalidad infantil, año 2015. 2015.
6. Cuenca Elsa. Prevalencia y Factores asociados a ruptura prematura de membranas en gestantes del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca-Ecuador noviembre 2011-noviembre 2012 [Internet]. Universidad de Cuenca. 2013. Disponible en: <file:///C:/Users/CTRIST~1/AppData/Local/Temp/TECN07.pdf>
7. Departamento de estadística del HPGDR. Datos estadístico del HGPDR. Riobamba; 2017.
8. Arribas Antonio, Aréjula Ricardo PM. Valoración enfermera estandarizada . Clasificación de los criterios de valoración de enfermería. Madrid; 2013.
9. Jensen S. Valoración de la salud en Enfermería. Wolters Kl. Barcelona; 2012. 9-18 p.
10. Alcolea S MD. Guía de los cuidados en el embarazo. Madrid; 2011. 102-130 p.
11. Dayal S HP. Premature Rupture of Membranes. 2018.
12. Hoffman Barbara, Schorge John, Schaffer Joseph, Halvorson Lisa, Bradshaw Karen CL. Williams Ginecología. Mexico: Mc Graw Hill; 2014.
13. Gutierrez M, Martinez P AJ. Frecuencia de los factores de riesgo obstétrico en la ruptura prematura de membrana pretermino, Hospital Regional de Ayacucho, Perú. 2014;4(3):70-3.
14. Peña-vega C, Zavala-barrios B, Galván-luna A, Briones-garduño JC. Comparación de la eficacia de la a-microglobulina-1 placentaria vs cristalografía en factores que modifican el resultado. Ginecol Obs Mex. 2018;86(8):495-501.
15. Couto D, Nápoles D, García Y MM. Corioamnionitis y parto pretérmino: resultados perinatales en un trienio. Medisan. 2016;20(12):7002-11.
16. Guío J, Rubio-Romero J, Mora L, Castaño J, Estrada F, Guzmán M, Silva M, Arévalo-

- Rodríguez I, Sánchez P. Infecciones en el embarazo: Ruptura de Membranas de Membranas. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2015;66(4).
17. Almeida Thamara, Carvalho Rute, Costa Gleciene LM. Puerperal infection events in a reference maternity in the city of Caxias, Maranhão. Rev Enferm da UFPI [Internet]. 2016;5(2):11. Disponible en: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/5110>
 18. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de las infecciones maternas en el parto. World Heal Organ. 2015;16(01):1-5.
 19. Ministerio de Salud Pública. Sepsis neonatal. Quito; 2015.
 20. Rodríguez-bosch MR, Miranda-araujo O, Reséndiz-rossetti AE. Tratamiento de la ruptura prematura de membranas reciente Management of premature preterm rupture of membranes. 2018;86(5):319-34.
 21. Organización Mundial de la Salud. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto. 2002.
 22. Ministerio de Salud Pública. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud-MAIS. Quito; 2012. 399-404 p.
 23. Rubio Sevilla JC. Papel de enfermería en el juicio clínico: la valoración y el diagnóstico (2ª parte). Enfermería en Cardiol [Internet]. 2016;23(69):30-9. Disponible en: https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/69_02.pdf
 24. Herdman Heather. Diagnósticos de enfermería. NANDA. 11.ª ed. Vol. 91, artmed. Sao Paulo; 2017. 399-404 p.
 25. Herdman Heather. Diagnosticos Enfermeros. NANDA. Barcelona: Elsevier; 2014.
 26. Ministerio de Salud Pública. Control prenatal [Internet]. Quito; 2016. Disponible en: www.salud.msp.gob.ec
 27. Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. 2016.
 28. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Crecer-Embarazo. Quito; 2014. 613-616 p.
 29. Joyce Johnson. Enfermería Materno-Neonatal. Mexico: Manual moderno; 2011.
 30. Butkus Stephanie. Enfermería fácil. Madrid: WOLTERS KLUWER ESPAÑA; 2016.
 31. Caldeyro R, Schwarcz R, Belizán J, Martell M, Nieto F, Sabatino H TM. Efectos perinatales adversos en la amniotomía temprana durante el trabajo de parto.

- 2017;20(3):163-71.
32. Cuervo-Vergara SA, Garrido-Gutiérrez JD, Vélez-Álvarez GA, Zuleta-Tobón JJ. Asociación entre conocimientos de anticoncepción y embarazo no planeado. Estudio de corte transversal. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 2015;66(3):160. Disponible en: <http://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/21>
 33. Rioseco Alonso. Archivo Histórico [Internet]. Ars Medica. Chile; 1993. 120 p. Disponible en: <http://www.culturaenecuador.org/servicios/archivo-historico.html>
 34. Rondón M, Reyna E, Mejía J, Reyna N, Torres D FA. Tinción del líquido amniótico por meconio y resultante neonatal en embarazos de bajo. INSPILIP. 2018;
 35. Rehpani B. Factores de riesgo de sepsis neonatal. Universidad de Guayaquil; 2018.
 36. Ministerio de Salud Pública. Infección de vías urinarias en el embarazo [Internet]. Quito; 2013. Disponible en: www.salud.gob.ec
 37. Organización Mundial de la Salud. Infecciones de transmisión sexual [Internet]. 2016. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1283081X18893225>
 38. López-Torres L, Chiappe M, Cárcamo Cavagnaro C, Garnett G, Holmes K, García P. Prevalencia de vaginosis bacteriana y factores asociados en veinte ciudades del Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2016;33(3):448-54.
 39. Ministerio de Salud Pública. Diagnóstico y tratamiento de la infección vaginal en obstetricia [Internet]. Quito; 2014. 12 p. Disponible en: <http://somossalud.msp.gob.ec/>
 40. Donoso E MA. Evaluación de la condición fetal durante el embarazo. Ars Medica [Internet]. 2007;16:18-23. Disponible en: <http://www.culturaenecuador.org/servicios/archivo-historico.html>
 41. Ministerio de Salud Pública. Recién nacido prematuro. Quito; 2015.
 42. Meller H, Carducci E, Cernadas C, Ota L. Ruptura prematura de membranas en nacimientos de pretérmino. 2018;116(4):575-81.
 43. Pillajo A. Valoración de enfermería en gestantes con Ruptura Prematura de Membranas. Abril-agosto2018. Universidad Nacional de Chimborazo; 2018.
 44. Calderón A. Proceso De Atención De Enfermería En Adolescente Gestante Con Diagnostico De Ruptura Prematura De Membranas. 2018; Disponible en: [http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/11930/1/CALDERON GUZMAN MARYURI ANGIE.pdf](http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/11930/1/CALDERON%20GUZMAN%20MARYURI%20ANGIE.pdf)
 45. Carrión V. Proceso de atención de enfermería en gestantes con Ruptura Prematura de Membranas. 2018; Disponible en:

- http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/12018/1/CUN_RUIZ_YOSELIN_LISSBETH.pdf
46. Puetate G. Plan de enfermería en pacientes con Ruptura Prematura de Membranas del Hospital Luis Gabriel Dávila [Internet]. Universidad autónoma de los Andes; 2017. Disponible en: <http://www.albayan.ae>
 47. Riveros S. Factores maternos asociados a ruptura prematura de membranas en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el periodo de enero a diciembre 2016. Universidad Ricardo Palma-Perú; 2018.
 48. Vera L. Factores de riesgo sociodemográficos y obstétricos relacionados a la presencia de ruptura prematura de membranas en gestantes . Hospital Tomás Lafora de Guadalupe . 2015. 2017.
 49. Miranda A. Resultados maternos y perinatales del manejo conservador de la rotura prematura de membranas en gestantes de 24 a 33 semanas. Acta Médica Peru [Internet]. 2014;31(2):84-9. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172014000200004&script=sci_arttext&tlng=pt
 50. Campos S. Factores de riesgo asociados con ruptura prematura de membranas en gestantes pretérmino en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2014. Univ Ricardo Palma [Internet]. 2016; Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/477>
 51. Cisneros L. Infecciones de transmisión sexual y su relación en parto pretermino por Rotura Prematura De Membranas , Hospital Regional De Ica 2016. Universidad alas peruanas; 2017.
 52. Sullón M. Factores de riesgo en gestantes con rotura prematura de membranas,atendidas en el Hospital de Barranca-Cajatambo en el periodo agosto 2013-Abril 2014. Universidad alas peruanas; 2015.
 53. Pezo M. Complicaciones maternas y fetales asociadas a tipos de ruptura de membranas en el Hospital Tarapoto 2017. Vol. 91. Universidad Nacional de San Martín; 2018.
 54. Suárez J, Santana Y, Gutiérrez M, Benavides M, Pérez N. Impacto de la hemorragia obstétrica mayor en la morbilidad materna. Rev Cuba Obstet y Ginecol [Internet]. 2016;42(4):464-73. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v42n4/gin05416.pdf>
 55. Ganchoso K. Incidencia de ruptura de membranas en mujeres de 15 a 30 años. Hospital materno infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel desde Septiembre de 2012

a febrero de 2013. Universidad de Guayaquil; 2013.

56. Medina J, Barranca Mirko, Fernandez L VF. Factores de riesgo asociados a la Ruptura Prematura de Membranas en gestantes del Hospital San Juan de Dios, 2012. 2014;4(1):13-6. Disponible en: file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/126-1-256-1-10-20171227 (2).pdf

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

Documento de Consentimiento Informado para EMBARAZADAS CON RIESGO DE ALTERACIÓN DE LA DIADA MATERNO FETAL POR RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.

Explicación: Este formulario de consentimiento informado es para mujeres con Diagnóstico enfermero: Riesgo de alteración de la diada materno fetal, por Ruptura Prematura de Membranas; atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial General Docente Riobamba y a quienes les vamos a pedir que participen en la investigación “**Riesgo de alteración de la diada materno fetal en mujeres con Ruptura prematura de membranas. Riobamba, 2018**”, a través de la participación en el proyecto de investigación “**Valoración de enfermería en gestantes con Ruptura Prematura de Membranas. Hospital Provincial General Docente Riobamba. Octubre 2018- febrero 2019**”, de la carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Chimborazo.

Este documento de Consentimiento Informado tiene dos partes:

Información: El presente proyecto nace de la necesidad de implementar un Protocolo de cuidados de Enfermería en mujeres con riesgo de alteración de la diada materno fetal por RPM, validado por expertos. Para el alcance de este objetivo se requiere obtener información de base, que permitirá conocer los criterios sobre aspectos sociodemográficos, valoración por dominios, la evaluación del cuidado profesional de enfermería y la necesidad de cuidados en las pacientes con RPM en el servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Provincial General Docente Riobamba, 2018.

- Formulario de Consentimiento: para obtener su firma, si usted está de acuerdo. Se le dará una copia de este documento completo.

PARTE I:

Introducción: Mi nombre es: Galarza González Andrea Fernanda y Soria Villafuerte Tamara Michell, pertenezco a la Universidad Nacional de Chimborazo, formo parte del proyecto, estamos realizando una investigación sobre los cuidados de Enfermería en Riesgo de alteración de la Diada materno fetal en mujeres con RPM, me permito invitar a Ud. _____, para que participe en la investigación que estamos realizando.

Usted puede hablar con quien se sientan cómoda acerca de la investigación y puede tomarse su tiempo para reflexionar si quiere participar o no. Puede que haya algunas palabras que no entienda, por favor pídame parar que según avanzamos en la información nos tomemos el tiempo para explicarle. Si usted tiene preguntas después, puede preguntar con confianza: a mí, al médico o al personal del hospital.

La entrevista que se van a aplicar no contienen datos que tengan que ver con su identificación, no se aplicarán por ningún motivo procedimientos que ocasionen molestias o dolor, ya que nos orientaremos a actividades como la valoración en las esferas bio-psico-sociales y espirituales que permitirán determinar las necesidades de cuidado para mantener su salud y la de su hijo/a, para afrontar los problemas ocasionados por la RPM. Le enseñaremos actividades básicas como: medidas preventivas, de autocuidado y posibles complicaciones para la madre y su hijo con esta condición. Su participación es voluntaria, si usted elige no consentir, todos los servicios que usted reciba, continuarán y nada cambiará. Usted puede también cambiar su decisión más tarde y dejar de participar, aun cuando haya aceptado previamente y continuarán los servicios que usted requiera.

Procedimientos y Protocolo: La investigación dura mientras esté hospitalizada, durante ese tiempo, será necesario valorarle y brindarle consejería sobre los cuidados que usted misma puede hacerlo, así como sobre los procedimientos requeridos, con el fin de mejorar el resultado del embarazo. Al finalizar su tiempo de permanencia en el hospital, realizaremos una evaluación de los cuidados recibidos, lo que nos permitirá conocer la satisfacción de sus necesidades.

Los procedimientos realizados no implican riesgos para la salud de usted y su hijo/a, si Ud. participa en esta investigación, tendrá los siguientes beneficios: aprenderá aspectos relacionados con el cuidado del embarazo y el bienestar fetal. En ningún caso se dará a conocer sus datos personales, este Proyecto ha sido evaluado y aprobado por el Comité de ética de Investigación en Seres Humanos del *Hospital Carlos Andrade Marín*, que es un comité cuya tarea es asegurarse de que a los participantes se les protegerá de daños.

PARTE II:

Formulario de Consentimiento: He sido invitado a participar en una investigación sobre los cuidados de enfermería en Riesgo de alteración de la diada materno fetal en mujeres con Ruptura Prematura de Membranas del HPGDR. Entiendo que ello significa que deberá contestar unas preguntas. He sido informada de que no existe ningún riesgo. Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser contactado fácilmente usando el número que se me dio. Me han informado claramente sobre los aspectos a ser interrogada y observada y acerca de la consejería a recibir. He tenido la oportunidad de preguntar dudas sobre ello y se me ha respondido satisfactoriamente.

Consiento voluntariamente mi participación en este estudio y entiendo que tengo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento sin que esta situación nos afecte de ninguna forma.

Firma de la participante _____

Nombre del Padre/Madre o Apoderado _____

Firma del Padre/Madre o Apoderado _____

Fecha _____ (Día/mes/año).

En caso de que autorice un testigo/cuando la persona no es letrada/o: He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento a la potencial participante, y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmo que el individuo ha dado el consentimiento libremente.

Nombre del testigo _____

Huella dactilar:

Firma del testigo _____

Fecha _____ (Día/mes/año)

He cumplido con exactitud con la lectura exacta del documento de consentimiento a la paciente o apoderado de la participante potencial, dando la oportunidad de hacer preguntas. Confirmo que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador: _____

Firma del Investigador _____

Fecha _____ (día/mes/año)

Se ha proporcionado una copia de este documento de Consentimiento Informado al padre/madre o apoderado del participante. (AFGG, TMSV)

Se _____ completará o _____ no se completará un formulario de consentimiento Informado

Anexo 2. Guía de valoración estructurada



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRER DE ENFERMERIA

GUÍA DE VALORACION ENFERMERA POR DOMINIOS “EN PACIENTES CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS”

El presente instrumento está dirigido a pacientes con Ruptura Prematura de Membranas, su objetivo es recabar información que permita identificar las necesidades de cuidado en estas pacientes, dentro de la esfera bio-psico-social y espiritual de la persona. Solicitamos su cooperación en la misma, la cual es totalmente voluntaria; en caso de aceptarlo, pedimos su consentimiento luego de recibir la debida información.

Firma de consentimiento de la paciente: _____

1. RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN:

1.1 DATOS GENERALES BÁSICOS:

Fecha de valoración:		Nombre de la usuaria:		
Fecha de ingreso:		Historia Clínica o Cédula:		
Estado civil: S () C () V () D () UL () Otro:	Edad:	Ocupación:	Instrucción:	
Lugar de procedencia:		Lugar de Residencia:		
Información Brindada por: Paciente: () Familia: () Amigos: () Otros: _____		Diagnóstico médico:		
SEMANAS GESTACIONALES				
CAUSAS DE LA CONSULTA				
PRBLEMA ACTUAL				
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES:				
Enfermedad	SI o NO	Condición actual	Hace qué tiempo	Observaciones
Hipertensión				
Diabetes				
Infecciones				
Traumatismos				
Intervenciones quirúrgicas				
Violencia				Física () Psicológica () Sexual ()
Accidentes				Laboral () Tráfico () Doméstico: ()
Otras enfermedades				
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES: (1. Diabetes, 2. Cáncer, 3. Hipertensión, 4. otras enfermedades importantes).				
ENFERMEDAD O CONDICIÓN	PARENTESCO	CONDICIÓN ACTUAL (CURADO, ESTABLE, COMPLICADO, FALLECIDO)		
1.				
2.				

1. VALORACIÓN POR DOMINIOS:

DOMINIO 1. PROMOCIÓN DE LA SALUD

Clase1: Toma de conciencia de la salud

Actividades recreativas			
Tipo de actividades recreativas:		Pasivas: Radio: Si () No () Celular Si () No ()	
Activas:-		Manualidades: Si () No () Arte: Si () No ()	
Caminatas: Si () No () Bicicleta: Si () No ()		Lectura: Si () No ()	
Aeróbicos: Si () No () Natación: Si () No ()		Otros:.....	
Paseos: Si () No () Otros:.....		Presenta aburrimiento: Si () No ()	
Con qué Frecuencia:			
Clase 2: Gestión de la salud			
Conductas de salud			
Percepción de su salud: Buena: () Regular: () Mala: ()			
Se realiza el autoexamen mamario: Siempre () A veces () Nunca () Fecha del último autoexamen mamario:			
CONDUCTA DE SALUD DURANTE EL EMBARAZO	NÚMERO		NÚMERO
Asistencia al control odontológico		Asistencia al control prenatal	

Hábitos higiénicos					
Higiene Personal: Buena: ---- Regular: ----- Mala: -----			Cepillado dental: Frecuencia/día		
Higiene perineal domiciliario:			Suplementos:		
Frecuencia/día			Calcio		
Frecuencia/semana			Vitamina C y E		
			Hierro		
			Ácido Fólico		
Conductas de salud					
Su nutrición es : Adecuada () Inadecuada ()					
Hábitos tóxicos:					
HÁBITO	SI O NO	FRECUENCIA	HÁBITO	SI O NO	FRECUENCIA
Alcohol			Automedicación		
Drogas			Café		
Tabaco			Otro:		
Valor de hematocrito :			Valor de hemoglobina:		

Problema/s identificado/s

Diagnóstico/s de enfermería:

DOMINIO 2 NUTRICIÓN.

Clases: Ingestión, digestión, absorción, metabolismo e hidratación

Peso Kg:	Talla cm:	IMC:		
N° de comidas/día: -----	Apetito: Normal --- Aumentado --- Disminuido ---			
TIPO DE DIETA HABITUAL	SI	Frecuencia/diario, semanal, menos de una semanal	NO	
Consume dieta rica en calcio: (queso, leche, chochos, quinua, huevo, pescado, nueces)				
Consume dieta rica en ácido fólico: (brócoli, espinaca, remolacha, espárrago, naranja, fresas, maíz tomate, aguacate, plátano acelga)				
Consume dieta rica en minerales y vitaminas: (Carne especialmente el hígado, berros, rábanos, espinacas, col, manzana, soya, fréjol, habas, nueces, perejil)				
Consume alimentos que apoyen la formación de colágeno: manzana, fresas, remolacha, naranjas, piña, babaco, guayaba, apio, pepinos, ajo, cebolla, queso, gelatina, caldos de espina de pescado o patas de cerdo y res.				
Consume dieta rica en proteínas: carne, pescado, pollo, productos lácteos, huevos, granos secos.				
Ingesta de líquidos (Cantidad).				
Alteraciones en la Piel/Cicatrización, Anexos.				
Hidratación: Normohidratado () Deshidratado () Sobrehidratado ()			Nivel de glucemia: -----	

Problema/s identificado/s

Diagnóstico/s de enfermería:

DOMINIO 3. ELIMINACIÓN

Clase 1: Sistema urinario

Hábito urinario: Micciones/día: ----- Color: ----- Olor: -----	PROBLEMA	SI	NO	PROBLEMA	SI	NO
	Disuria			Proteinuria		
	Escozor			Hematuria		
	Infección de vías urinarias			Poliuria		
Laboratorio: Proteinuria en tirilla: ----- Proteinuria de 24 h: ----- Creatinina sérica: ----- Creatinuria: ----- Glucosuria: ----- EMO+GRAM: -----						

Clase 2: Eliminación intestinal:

PROBLEMA	SI	NO	Frecuencia en los últimos 15 días
Estreñimiento			
Diarrea			

Problema/s identificado/s

Diagnóstico/s de enfermería:

DOMINIO 4: ACTIVIDAD/REPOSO

Clase 1: Sueño/Reposo.

Percepción personal del sueño:

Adecuado:		Problemas de salud que alteran el sueño:		
Otros descansos durante el día (Siesta): Si () Qué tiempo: No ()	Horas de sueño nocturno: -----	Enfermedad <input type="checkbox"/>	Preocupación <input type="checkbox"/>	Ambiente <input type="checkbox"/>
Factores que interrumpen su descanso y sueño: Si () No () Cuáles				

Clase 2: Actividad/Ejercicio

Deterioro de la movilidad física: Si () No ()		Estilo de vida: Sedentario:----- Activo: -----	
ACTIVIDADES DE HIGIENE	AUTÓNOMO	AYUDA PARCIAL	AYUDA TOTAL
Baño higiene			
Vestido			
Uso del inodoro			

Valoración del estado Cardiovascular: FCF:		
Presión arterial materna:	Frecuencia cardíaca materna:	Frecuencia Respiratoria materna:

Problema/s identificado/s

Diagnóstico/s de enfermería:

DOMINIO 5 PERCEPCIÓN/ COGNITIVO: Clase 5 Comunicación

Conocimiento sobre el diagnóstico: Amplio ----- Moderado----- Escaso ----- Ninguno -----			
Alteración de los patrones de comunicación: Si () No ()		Negativa voluntaria para hablar: Si () No ()	
Expresión de los mensajes: Claros: -----Concisos: -----Comprensivos: ----- Confusos -----Desordenados		Percepción correcta de los mensajes verbales: Si () No ()	

Problema/s identificado/s

Diagnóstico/s de enfermería:

6.- DOMINIO 6 AUTOPERCEPCIÓN

Clase 1 Autoconcepto (PERCEPCIÓN CONSIGO MISMO)

Verbalización auto negativa: SI () NO ()	Expresiones de desesperanza: SI ()NO ()	Expresiones de inutilidad: SI () NO ()
Clase 2 Autoestima.		
Baja Autoestima: SI () NO ()	Estado de ánimo: Optimista: Deprimida:	Factores que afectan su autoestima: -----
Fracaso, rechazo: SI () NO ()	Ambiente familiar desfavorable:SI ()NO()	Carencias afectivas: SI () NO ()

Antecedentes de abuso: SI () NO ()	Antecedentes de abandono: SI () NO ()	Ambiente hospitalario afecta su estado de ánimo: SI () NO ()
Clase 3: Imagen Corporal (PERCEPCIÓN CON SU IMAGEN CORPORAL)		
Trastorno de la imagen corporal: SI () NO ()	Causas del trastorno de la imagen corporal: -----	
PERCEPCIÓN CONDUCTUAL: CAMBIOS RECIENTES		
Conducta indecisa: SI () NO ()	Son un problema: SI () NO ()	

Problema/s identificado/s

Diagnóstico/s de enfermería:

7. DOMINIO 7. ROL/ RELACIONES

Clase 1: Roles del Cuidador

Vive con:	Número de personas de la familia: <input type="text"/>
Relación Familiar: Buena () Regular () Mala ()	Relación Laboral: Buena () Regular () Mala ()
Ayuda que la enfermera puede darle:	
Busca ayuda de otras personas: SI () NO ()	

Problema/s identificado/s

Diagnóstico/s de enfermería:

8. DOMINIO 8. SEXUALIDAD

Clase 2: Función Sexual.

RELACIONES SEXUALES: SI () NO ()	Dificultad en las relaciones sexuales: SI () NO () NO APLICA ()
ITS: Virus del Papiloma Humano () Gonorrea () Herpes genital () Clamidia () Sífilis () Cándida () VIH () Ninguno ()	Nº de compañeros sexuales:
Clase 3: Reproducción	
Problemas percibidos por la mujer: SI () NO ()	Embarazo no planificado: SI () NO () Embarazo no deseado: SI () NO () Edad menor a 15 años: SI () NO () Edad mayor a 35 años: SI () NO ()
Embarazo de alto riesgo:	
Ruptura prematura de membranas:	SI () NO ()
Inducción y conducción del parto:	SI () NO ()
Desprendimiento normoplacentario:	SI () NO ()
Gestación múltiple:	SI () NO ()
Diabetes gestacional:	SI () NO ()

Trastornos hipertensivos del embarazo:	SI ()	No ()
Placenta previa:	SI ()	No ()
No. de embarazos: -----No. de partos: -----No. de cesáreas: -----No. de hijos: -----		
Pérdidas		
Transvaginales	SI ()	No ()
Secreciones	SI ()	No ()
Cantidad de líquido amniótico		Sangrado Transvaginal: SI () No ()
Escaso: Moderado: Abundante:	Escaso: Ligeros: Moderado: Abundante:	
	Excesivo: No aplica:	
	Fétido: SI ()	No () NO APLICA ()
Movimientos fetales - Percibidos por el examinador: Perceptibles () Disminuidos () Ausentes ()		
Movimientos fetales - Percibidos por la madre: Perceptibles () Disminuidos () Ausentes ()		
Actividad uterina:	Frecuencia:	Intensidad: Duración:
Frecuencia cardíaca fetal:		

Laboratorio			
Citobacteriológico de secreción vaginal:		Cristalografía	Ph vaginal:
() Examen realizado		() Negativa	() < 4.5
() Examen no realizado		() Positiva	() > 4.6
Progesterona	Grupo sanguíneo	Factor RH	VDRL
Aumentado ()	A ()	+ ()	Reactivo ()
Disminuido ()	B ()	- ()	No reactivo ()
Normal ()	AB ()		
	O ()		
			VIH
			Reactivo ()
			No reactivo ()
			KOH:
			() Negativa
			() Positiva

Problema/s identificado/s

Diagnóstico/s de enfermería:

9. DOMINIO 9. AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS.

Clase1: Respuesta postraumática.

La mayor parte del tiempo permanece:	
Tensa () Relajada () Preocupada () Ansiosa () Frustrada () Sola () Abandonada () Depresiva () Temerosa ()	
Insegura () Pesimista () Indiferente () Triste ()	
Qué medidas toma cuando está tensa:	
Ejercicios de relajación ()	Habla con un confidente ()
Técnica de respiración ()	Escucha música ()
Toma un baño ()	Toma una bebida caliente ()
Toma una siesta ()	Sale a caminar ()
Cuando ha tenido cualquier problema en su vida, como lo ha tratado:	Respuesta de afrontamiento:
Soy indiferente ()	Expresión de culpa SI () NO ()
Busco ayuda y sigo adelante ()	Tristeza prolongada SI () NO ()
Busco soluciones ()	Duelo SI () NO ()
Soy fuerte y lo enfrento ()	

Problema/s identificado/s

Diagnóstico/s de enfermería:

10. DOMINIO 10. PRINCIPIOS VITALES.

Clase 1. Valores

Clase 2. Creencias	
¿Qué cree con respecto a su salud? Es buena: casi nunca me enfermo Es regular: me enfermo de vez en cuando Es mala: siempre paso enferma	¿La Religión es importante en su vida? SI () NO () ¿Existe conflicto u oposición a sus creencias?: SI () NO () ¿Siente algún tipo de sufrimiento espiritual?: ¿Consigue en la vida las cosas que quiere? SI () NO () ¿Tiene planes de futuro importantes? SI () NO ()
Clase 3. Congruencia entre Valores/Creencias/Acciones	
¿A quiénes percibe como importantes en su vida? Pareja / Esposo () Hijo/os () Familia progenitora () Suegros () Trabajo () Otros ()	Tiene usted preocupaciones relacionadas con la Vida () Muerte () Dolor () Enfermedad ()
Toma de decisiones:	Adecuadas: () Inadecuadas: ()

Problema/s identificado/s

Diagnóstico/s de enfermería:

11. DOMINIO 11. SEGURIDAD/PROTECCIÓN

Clase 1 Infección.

DISPOSITIVOS	SI	NO	Piel: Íntegra SI () NO ()
INVASIVOS			Pálida SI () NO ()
Vía periférica			Seca SI () NO ()
Sonda vesical			Lesión perineal SI () NO ()
Tiempo transcurrido de la ruptura: 1 – 6 horas () 7 – 12 horas () 13 – 18 horas () 19 – 24 horas () 25 – 72 horas ()			Características del líquido amniótico: Claro () Con grumos () Amarillento () Meconial () Fétido ()
Leucocitos: Disminuidos (<5000/ul) () Aumentado (>15000/ul) () Normal (5000 – 15000/ul) () Examen no realizado ()			

ALTERACIÓN DE LAS DEFENSAS PRIMARIAS: Ruptura prematura de membranas SI () NO () Ruptura prolongada de membranas SI () NO () IVU SI () NO () ITS SI () NO ()	ALTERACIÓN DE LAS DEFENSAS SECUNDARIAS: Disminución de la hemoglobina SI () NO () Inmunosupresión (Betametazona)SI () NO () Leucopenia SI () NO ()
---	--

Clase 3. Violencia.

Antecedentes de autoagresión SI () NO ()	Antecedentes de violencia: SI () NO ()
Cambio de conducta SI () NO ()	Enfermedad psiquiátrica SI () NO ()
Sentimientos negativos (depresión, rechazo, odio, ansiedad, culpa, decepción): SI () NO ()	

Clase 4. Peligros del entorno

Uso de material nocivo en áreas mal ventiladas (laca, solución, pesticidas) SI () NO ()	Uso de contaminantes en casa SI () NO ()
---	---

Clase 6. Termorregulación

Temperatura	< 36 ()	37.7 – 38.4 ()
°C	36.1 – 36.9 ()	> 38.5 ()
	37 – 37.6 ()	
Sepsis: SI () NO () Peso extremo: SI () NO ()		
Fármaco que afecta la regulación de la temperatura: SI () NO () Alteraciones de la tiroides: SI () NO ()		

Problema/s identificado/s

Diagnóstico/s de enfermería:

12. DOMINIO 12. CONFORT

Clase 1 Confort Físico

Presenta dolor: SI () NO ()		Presenta disconfort: SI () NO ()	
Intensidad		Localización del dolor:	Síntomas relacionados con la enfermedad (Salida de líquido amniótico): SI () NO ()
0	1 2 3	Cabeza ()	Incomodidad por estreñimiento: SI () NO ()
Ausencia de dolor () () () ()		Epigastrio ()	Incomodidad por el reposo en cama: SI () NO ()
Dolor severo		Mesogastrio ()	Incomodidad por la ropa mojada: SI () NO ()
Tipo de dolor		Hipogastrio ()	Insatisfacción con la situación: SI () NO ()
Cólico ()		Extremidades ()	Intranquilidad en la situación: SI () NO ()
Punzante ()		Cadera ()	Incomodidad por la falta de privacidad: SI () NO ()
Sordo ()		Espalda ()	Incomodidad por falta de autonomía para la higiene y acalamiento personal: SI () NO ()
Opresivo ()		No aplica ()	Adopta mecanismos para mejorar el confort: SI () NO ()
Urente/Quemante ()			Incomodidad por Prurito: SI () NO ()
Taladrante ()			Deterioro del patrón del sueño: SI () NO ()
Gravitativo ()			
Pulsativo ()			
No aplica ()			

Clase 2 Confort del entorno.

Manifiesta sentir calor: SI () NO ()	Manifiesta sentir frío: SI () NO ()	Manifiesta sentir hambre: SI () NO ()
Disponibilidad de sillas para la familia y visitantes:	SI () NO ()	
Espacio en la habitación para artículos personales:	SI () NO ()	
Control de olores:	SI () NO ()	
Falta de control con la situación:	SI () NO ()	
Incomodidad por falta de acceso a la televisión:	SI () NO ()	

Clase 3. Confort Social

Síntomas de distrés			
Gemidos: SI () NO ()	Falta de privacidad en su vida espiritual: SI () NO ()	Incapacidad para relajarse: SI () NO ()	Falta de privacidad: SI () NO ()
Inquietud: SI () NO ()	Sensación de abandono espiritual: SI () NO ()	Suspiros: SI () NO ()	Recursos económicos insuficientes: SI () NO ()
Irritabilidad: SI () NO ()	Pérdida de la Fe: SI () NO ()	Miedo: SI () NO ()	Soporte social insuficiente: SI () NO ()
Desconfianza: SI () NO ()	Preocupación por sucesos vitales: SI () NO ()	Llanto: SI () NO ()	
Impaciencia: SI () NO ()			

DOMINIO 13. CRECIMIENTO/DESARROLLO

Clase1 Crecimiento y Desarrollo

Factores de riesgo Prenatales		
Abuso de sustancias: SI () NO ()	Exposición a teratógenos: SI () NO ()	Gestación múltiple: SI () NO ()
Infección materna: SI () NO ()	Trastornos congénitos (Polihidramnios): SI () NO ()	
Nutrición materna inadecuada: SI () NO ()	Analfabetismo funcional de los padres: SI () NO ()	Cuidado prenatal insuficiente: SI () NO ()
Cuidados prenatales: SI () NO ()	Edad materna menor de 15 años: SI () NO ()	
Edad materna mayor a 35 años: SI () NO ()	Embarazo no deseado: SI () NO ()	Embarazo no planificado: SI () NO ()
Trastorno endócrino: SI () NO ()	Edad gestacional menor a 37 semanas: SI () NO ()	
Factores de riesgo Ambientales		
Vive en zona de riesgo de desastres naturales: SI () NO ()		
Riesgo de Violencia: SI () NO ()	Nivel socioeconómico bajo: SI () NO ()	Exposición al plomo: SI () NO ()

Problema/s identificado/s

Diagnóstico/s de enfermería:

Anexo 3. Validación de la Guía de valoración

Validación de la “Guía de valoración enfermera por dominios dirigida a pacientes con ruptura prematura de membranas”, a través del criterio de expertos utilizando algunos aspectos del método Delfi

Descripción del proceso

Primeramente, se seleccionaron los expertos que conformarían el grupo. Durante este paso fueron procesados 13 candidatos quedando seleccionados 9, con alto coeficientes de competencia (tabla 1), el que fue determinado a partir de los datos recolectados mediante una encuesta de autovaloración sobre su experiencia e intuición acerca del área del conocimiento abordada (Anexo 1).

Luego, se aplicó la encuesta valorativa (anexo 2) de la respectiva guía siguiendo el formato propuesto por Roque et al.⁽¹⁾, la incluyó 6 indicadores para ser enmarcados en cinco posibles categorías.

Por último, se utilizó el modelo de escalas Torgerson, desarrollado a partir del modelo Thurstone, con el objetivo de determinar límites entre las escalas⁽²⁾ y establecer la categoría en que se enmarcó cada indicador.

El procedimiento matemático se realizó a través de las fórmulas:

$$x_{ik} = (t_k - m_i)$$

$$T_K = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n x_{ik}$$

$$m_i = \frac{1}{n \cdot (m - 1)} \sum_{k=1}^{m-1} \sum_{i=1}^n x_{ik} - \frac{1}{m} \sum_{i=1}^{m-1} x_{ik}$$

Donde:

X_{ik} = Valor que corresponde a la probabilidad p_{ik} .

T_k = Valor de escala del límite superior de la k -ésima categoría.

M_i = Valor de escala del i -ésimo indicador.

P_{ik} = Probabilidad de que el i -ésimo indicador esté en la k -ésima categoría, esta probabilidad se mide en frecuencia relativa con que es seleccionado el indicador de esa categoría.

El colectivo que emitió sus criterios valorativos quedó conformado por 9 expertos con las características siguientes:

- Más de 10 años de experiencia en el trabajo en servicios de ginecología y obstetricia.
- Grado de maestría o equivalente (especialidad).
- Experiencia en docencia universitaria de más de 10 años.
- Experiencia investigativa demostrada a través de la participación en publicaciones y proyectos científicos.
- Estar de acuerdo con formar parte del colectivo de especialistas seleccionado.

Tabla 1. Coeficiente de competencia de los expertos preseleccionados.

Expertos	Kc	Ka	K	Alto	Med	Bajo
1	0.90	0.95	0.93	X		
2	0.90	0.95	0.93	X		
3	0.80	0.80	0.80		X	
4	0.80	0.90	0.85	X		
5	0.70	0.90	0.80		X	
6	0.50	0.65	0.58			X
7	0.90	0.90	0.90	X		
8	0.50	0.60	0.55			X
9	0.90	0.85	0.88	X		
10	0.80	0.85	0.83	X		
11	0.90	0.95	0.93	X		
12	0.90	0.95	0.93	X		
13	0.90	0.95	0.93	X		
Totales				9	2	2

Los 9 expertos seleccionados enmarcaron en una categoría de cinco posibles a seis indicadores.

Siendo las categorías:

C1 - Muy adecuado

C2 - Bastante adecuado

C3 - Adecuado

C4 - Poco adecuado

C5 - Inadecuado

Y los indicadores:

1. Pertinencia de los dominios
2. Estructura de la Guía
3. Adecuación de los indicadores para establecer diagnóstico enfermero
4. Pertinencia de las escalas establecidas por indicadores
5. Uso de la taxonomía NANDA
6. Operatividad de la Guía

Para facilitar el procesamiento de los datos se confeccionó una hoja de cálculo utilizando Microsoft Excel que permitió agilizar el procesamiento de datos.

Tabla 2. Matriz de frecuencias

Indicadores	Categorías					Total
	C1	C2	C3	C4	C5	
1	6	2	1	--	--	9
2	6	2	1	--	--	9
3	6	3	--	--	--	9
4	6	3	--	--	--	9
5	9	--	--	--	--	9
6	6	2	1	--	--	9

Tabla 3. Matriz de frecuencias acumuladas

Indicadores	Categorías					Total
	C1	C2	C3	C4	C5	
1	6	8	9	9	9	9
2	6	8	9	9	9	9
3	6	9	9	9	9	9
4	6	9	9	9	9	9
5	9	9	9	9	9	9
6	6	8	9	9	9	9

Tabla 4. Matriz de frecuencias relativas (probabilidades) acumuladas

Indicadores	Categorías				
	C1	C2	C3	C4	C5
1	0.48	0.81	1.00	1.00	1.00
2	0.48	0.81	1.00	1.00	1.00
3	0.52	1.00	1.00	1.00	1.00
4	0.52	1.00	1.00	1.00	1.00
5	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
6	0.48	0.81	1.00	1.00	1.00

Las categorías 3, 4 y 5 son desechadas a continuación pues sus valores de frecuencia relativa acumulada alcanzaron el valor máximo posible. Además, los indicadores 3, 4 y 5 al tener un valor de frecuencia acumulada de 1.00 en la C2, se considera que quedan establecidos como *Muy adecuados* (C1).

Tabla 5. Matriz de valores de abscisas

Indicadores	Categorías		Suma	Promedio	Escala
	C1	C2			
1	0.43	1.22	1.65	0.83	0.00
2	0.43	1.22	1.65	0.83	0.00
6	0.43	1.22	1.65	0.83	0.00
Suma	1.29	3.66	4.95		
Límites	0.43	1.22	1.65	0.83	

Por lo tanto, los límites establecidos fueron:

- ✓ Para los indicadores con valores de escalas menores o iguales de 0.43 se agruparían en la categoría 1 (Muy adecuado).
- ✓ Para los indicadores con valores de escalas mayores de 0.43 y menores o iguales de 1.22 se agruparían en la categoría 2 (Bastante adecuado).
- ✓ Para los indicadores con valores de escalas mayores de 1.22 se agruparían en la categoría 3 (Adecuado)

Gráfico 1. Distribución de las categorías según los valores de los límites respectivos.



Por lo que, los indicadores quedaron ubicados por categorías de la siguiente manera:

1. Pertinencia de los dominios (C1)
2. Estructura de la Guía (C1)
3. Adecuación de los indicadores para establecer diagnóstico enfermero (C1)
4. Pertinencia de las escalas establecidas por indicadores (C1)
5. Uso de la taxonomía NANDA (C1)
6. Operatividad de la Guía (C1)

Cuestionario inicial para la selección de los expertos

Estimado profesor:

Como parte de la validación de la guía: “Guía de valoración enfermera por dominios dirigida a pacientes con ruptura prematura de membranas” estamos seleccionando un panel de expertos. Teniendo presente su alta profesionalidad y maestría en el ejercicio de la docencia y en el trabajo investigativo sobre el área de la Ginecología y la Obstetricia; le pedimos su colaboración respondiendo el cuestionario que aparece a continuación. Rogamos objetividad en sus respuestas a fin de que el procesamiento de los datos sea lo más fidedigno posible.

Datos generales:

Nombre y Apellidos:

Nacionalidad:

Centro y Dpto a que pertenece:

Responsabilidad que desempeña:

Tiempo en años de experiencia en la docencia universitaria: ____

Grado científico: Dr: ____ MSc (Esp): ____

Experiencia investigativa en el área en cuestión: Si ____ No ____.

Publicaciones, eventos científicos o académicos: Si ____ No ____.

1- Marque con una cruz (x), en una escala creciente de 1 a 10, el valor que se corresponde con el grado de conocimiento e información que tiene sobre esta temática de investigación.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2- Realice una autovaloración, según la tabla siguiente, de sus niveles de argumentación o fundamentación sobre el tema objeto de investigación.

Fuentes de argumentación	Alto	Medio	Bajo
Análisis teóricos realizados por usted			
Experiencia alcanzada			
Domino de trabajos de autores nacionales			
Dominio de trabajos de autores extranjeros			
Grado de conocimiento de la problemática en la región			
Su intuición			

Cuestionario dirigido al experto

Estimado profesional:

Como experto seleccionado para la presente investigación, solicitamos que sobre cada aspecto señalado exprese una categoría evaluativa según su opinión sobre la solidez de los distintos elementos que conforman esta propuesta de “Guía de valoración enfermera por dominios dirigida a pacientes con ruptura prematura de membranas”, la que adjuntamos al presente documento, el resultado de tal evaluación debe ser expresado como: muy adecuado (MA), bastante adecuado (BA), adecuado (A), poco adecuado (PA) e inadecuado (I) de cada una y al final las consideraciones o propuestas que usted considere.

Aspectos	MA	BA	A	PA	I
Pertinencia de los dominios					
Estructura de la Guía					
Adecuación de los indicadores para establecer diagnóstico enfermero					
Pertinencia de las escalas establecidas por indicadores					
Uso de la taxonomía NANDA					
Operatividad de la Guía					

2. Exprese sus consideraciones, propuestas u opiniones que usted considere sobre la propuesta en general o sobre algún aspecto en particular.

Anexo 4. Autorización

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



Coordinación Zonal 3 - Salud
Hospital Provincial General Docente Riobamba / Medicina Interna

Memorando Nro. MSP-CZ3-HPGDR-DA-MI-2018-0776-M

Riobamba, 04 de diciembre de 2018

PARA: Sra. Ing. Julia Lucila Díaz Merino
Analista de Docencia 1

Sra. Lcda. Nancy Luciana Huebla Rodríguez
Tecnólogo Médico de Imagenología 4

ASUNTO: SOLICITUD DE PROYECTOS DE INVESTIGACION UNACH

De mi consideración:

Luego de un corto saludo solicito a usted extender el certificado de elaboración del trabajo de investigación de las licenciadas Monica Valdiviezo y Graciela Rivera el mismo que ha cumplido con todos los requisitos establecidos por las instancias legales correspondientes en relación al memorando MSP-CZ3-HPGDR-G-DA-2018-4887-M, el trabajo de investigación en mención esta aprobado por todos los estamentos legales institucionales y nacionales, cuenta con documentación reglamentaria y todos los requisitos necesarios para su ejecución.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Dr. Martínez Fiallos Carlos Alberto
**SERVIDOR PÚBLICO 12 DE LA SALUD MÉDICO/A ESPECIALISTA EN
DERMATOLOGÍA 1 - COORDINADOR DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN
(E)**

Av. Juan Félix Proaño S/N y Chile

Riobamba - Ecuador • Código Postal: • Teléfono: 593 (03) 2965725 / 2628864

Anexo 5. Certificado de Comité de Bioética



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "CARLOS ANDRADE MARÍN"
Coordinación General de Investigación

Quito DM, 18 de octubre de 2018.

CERTIFICADO

Asunto: Expediente N° 073, recibido: 27 de junio de 2018

Aprobado: Acta 10 del 18 de octubre de 2018, Comité CEISH HECAM.

La Coordinación General de Investigación del Hospital de Especialidades "Carlos Andrade Marín", en ejercicio de las atribuciones conferidas en resolución IESS No. C.D. 468. Art 39; El Reglamento de Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH-HCAM) y normas conexas, certifica el cumplimiento de los requisitos institucionales del protocolo de investigación:

"Riesgo de alteración de la diada materno fetal en mujeres con ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital General Docente Riobamba 2018"

Investigador:

Graciela Rivera Herrera

C.C: 0501375117



Dra. Gloria del Rocío Arbeláez Rodríguez

COORDINADORA GENERAL DE INVESTIGACIÓN

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "CARLOS ANDRADE MARÍN"

PD: El Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín tiene derechos de propiedad intelectual sobre las investigaciones realizadas con sus pacientes. Al finalizar la investigación, los autores deberán entregar un artículo científico realizado bajo las normas para publicación en la Revista Médica- Científica CAMBIOS HCAM.

Copia: archivo

Anexo 6. Tabla de diagnósticos de enfermería

Dominios	Etiqueta Diagnóstica	Frecuencia	Porcentaje
Dominio 1	Gestión ineficaz de la salud	31	50,8
	Incumplimiento	31	50,8
	Déficit de actividades recreativas	10	16,3
	Ninguna	9	14,7
	Protección ineficaz	5	8,2
	Gestión ineficaz de la salud familiar	4	6,5
	<i>Etiqueta diagnóstica</i>	<i>Factores relacionados</i>	<i>Características definitorias</i>
✓	Gestión ineficaz de la salud	Régimen terapéutico	Fracaso al incluir el régimen terapéutico en la vida diaria
✓	Incumplimiento	Seguimiento con el profesional insuficiente	Conducta de no adherencia, faltar a citas.
Dominio 2	Ninguna	29	47,5
	Riesgo de sobrepeso	20	32,7
	Desequilibrio nutricional: Inferior a las necesidades corporales	5	8,1
	Obesidad	4	6,5
	Sobrepeso	3	4,9
	Ninguna	50	81,9
Dominio 3	Riesgo de estreñimiento	6	9,6
	Deterioro de la eliminación urinaria	5	8,1
	Ninguna	42	68,8
Dominio 4	Trastorno del patrón del sueño	13	21,3
	Déficit de autocuidado: Alimentación	6	9,8
	Riesgo de intolerancia a la actividad	4	6,5
	Déficit de autocuidado: vestido	2	3,2
	Déficit de autocuidado: inodoro	2	3,2
	Insomnio	1	1,6
	Riesgo de deterioro de la función cardiovascular	1	1,6
	Ninguna	58	95,0
	<i>Etiqueta diagnóstica</i>	<i>Factores relacionados</i>	<i>Características definitorias</i>
✓	Deterioro de la movilidad física	Prescripción de restricción de movimientos	Disconfort
Dominio 5	Conocimientos deficientes	3	5,0
	Ninguna	3	5,0

<i>Etiqueta diagnóstica</i>	<i>Factores relacionados</i>	<i>Características definitorias</i>	
✓ Conocimientos deficientes	Información insuficiente	Conocimiento insuficiente	
Dominio 6	Ninguna	54	88,5
	Riesgo de baja autoestima situacional	7	11,5
Dominio 7	Riesgo de deterioro parental	31	50,8
	Ninguna	26	42,6
	Riesgo de relación ineficaz	4	6,5
	Procesos familiares disfuncionales	3	4,9
	Desempeño ineficaz del rol	1	1,6
	Deterioro parental	1	1,6
<i>Etiqueta diagnóstica</i>	<i>Factores relacionados</i>		
✓ Riesgo de deterioro parental	Embarazo no planificado, cuidado prenatal insuficiente, recursos económicos insuficientes		
Dominio 8	Riesgo de la alteración de la diada materno/fetal	61	100,0
	Riesgo de proceso de maternidad ineficaz	26	42,6
	Proceso de maternidad ineficaz	1	1,6
<i>Etiqueta diagnóstica</i>	<i>Factores relacionados</i>		
✓ Riesgo de la alteración de la diada materno/fetal	Complicaciones del embarazo (ruptura prematura de membranas), cuidados prenatales inadecuados		
Dominio 9	Ansiedad	31	50,8
	Ninguna	20	32,7
	Temor	8	13,1
	Riesgo de impotencia	3	4,9
	Afrontamiento ineficaz	3	4,9
	Deterioro de la resiliencia	2	3,2
	Ansiedad ante la muerte	1	1,6
	Duelo	1	1,6
	Impotencia	1	1,6
<i>Etiqueta diagnóstica</i>	<i>Factores relacionados</i>	<i>Características definitorias</i>	
✓ Ansiedad	Crisis situacional, grandes cambios en el estado de salud	Angustia, incertidumbre, temor, y preocupación a causa de cambios en acontecimientos vitales	
Dominio 10	Ninguna	42	68,8
	Riesgo de sufrimiento espiritual	10	16,3
	Disposición para mejorar la toma de decisiones	7	11,5
	Conflicto de decisiones	1	1,6
	Sufrimiento espiritual	1	1,6

Dominio	Riesgo de infección	57	93,6
11	Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal	2	3,2
	Riesgo de lesión	1	1,6
	Riesgo de sangrado	1	1,6
<i>Etiqueta diagnóstica</i>		<i>Factores relacionados</i>	
✓	Riesgo de infección	Ruptura prematura de la membrana amniótica	
Dominio	Disconfort	32	52,5
12	Dolor de parto	25	41,0
	Ninguna	3	4,9
	Dolor agudo	1	1,6
<i>Etiqueta diagnóstica</i>		<i>Factores relacionados</i>	<i>Características definitorias</i>
✓	Disconfort	Síntomas relacionados con la enfermedad, control insuficiente sobre la situación	Insatisfacción e intranquilidad con la situación, sensación de disconfort
Dominio	Riesgo de retraso en el desarrollo	56	92,0
13	Ninguna	5	8,0
<i>Etiqueta diagnóstica</i>		<i>Factores relacionados</i>	
✓	Riesgo de retraso en el desarrollo	Cuidado prenatal insuficiente, embarazo no planificado, económicamente desfavorecidos	