



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**

TEMA:

**Cuidados de Enfermería en complicaciones obstétricas durante la
segunda mitad del embarazo.**

Autora: Evelyn Raquel Robalino Balseca

Tutora: Msc. Graciela Rivera

Riobamba - Ecuador

ACEPTACIÓN DEL TRIBUNAL

Mediante la presente los miembros del tribunal de graduación del proyecto de investigación: **CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DURANTE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO**, realizado por Evelyn Raquel Robalino Balseca, asesorada por: MSc. Elsa Graciela Rivera Herrera en calidad de tutora. Una vez escuchada la defensa oral y revisado el informe final del proyecto de investigación con fines de graduación, en el cual se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas, remite la presente para uso y constancia de la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNACH.

Para constancia de lo expuesto firman:

Riobamba, 2020

Msc. Graciela Rivera
TUTORA



Dr. Leonel Rodríguez
MIEMBRO DEL TRIBUNAL



Msc. Cielito Betancourt
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Firma digital
Msc. Cielito Betancourt J.
6072020

Dra Ledisvey Reyes
MIEMBRO DEL TRIBUNAL



CERTIFICADO DEL TUTOR

La suscrita docente tutora de la Carrera de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Chimborazo, Graciela Rivera tutora del proyecto de investigación titulado: **“Cuidados en complicaciones obstétricas durante la segunda mitad del embarazo. Hospital Provincial General Docente Riobamba”**, realizado por la Señorita Evelyn Raquel Robalino Balseca, certifico que ha sido planificado y ejecutado bajo mi dirección y supervisión, por tanto, al haber cumplido con los requisitos establecidos por la Unidad de Titulación Especial de la Universidad Nacional de Chimborazo, autorizo su presentación, sustentación y defensa del resultado investigado ante el tribunal designado para tal efecto.



.....
MsC. Graciela Rivera

C.I 0501375117

TUTOR

DERECHO DE AUTORÍA

Yo Evelyn Raquel Robalino Balseca, portador de la cédula de ciudadanía número 0605028265, por medio del presente documento certifico que el contenido de este proyecto de investigación es de mi autoría, por lo que eximo expresadamente a la Universidad Nacional de Chimborazo y a sus representantes jurídicos de posibles acciones legales por el contenido de la misma. Así mismo autorizo a la Universidad Nacional de Chimborazo para que realice la digitalización y difusión pública de este trabajo en el repositorio virtual de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.



.....
Evelyn Raquel Robalino Balseca

C.I 0605028265

ESTUDIANTE UNACH

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Universidad Nacional de Chimborazo por guiar mi formación académica, profesional y humana, a los excelentes profesionales que me brindaron sus conocimientos y facilitaron el desarrollo de mi aprendizaje, en la práctica de la disciplina enfermera. A mi tutora la MsC. Graciela Rivera que con su conocimiento y paciencia logró guiarme de manera correcta durante mi investigación.

Finalmente, agradezco a las profesionales de enfermería de los servicios: Centro Obstétrico, Ginecología y Obstetricia del Hospital General Docente Riobamba, que han contribuido de manera importante en el desarrollo del proyecto.

Evelyn Robalino

DEDICATORIA

A mis padres quienes, con su apoyo y guía, con su amor incondicional, dedicación y comprensión han hecho de mí, un ser humano responsable y con ideales, me han dado su mano y me han guiado siempre. A mi esposo y a mi familia que me brindaron siempre su apoyo y me acompañaron durante este trecho del camino. A mis compañera/os de la Universidad que compartieron conmigo durante todo este tiempo.

Evelyn

ÍNDICE

ACEPTACIÓN DEL TRIBUNAL	¡Error! Marcador no definido.
CERTIFICADO DEL TUTOR.....	3
DERECHO DE AUTORÍA.....	4
AGRADECIMIENTO	5
DEDICATORIA.....	6
RESUMEN	9
ABSTRACT.....	10
INTRODUCCIÓN	11
OBJETIVOS.....	14
OBJETIVO GENERAL:.....	14
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	14
CAPITULO I.....	15
MARCO TEÓRICO	15
CAPITULO II.....	28
METODOLOGÍA.....	28
CAPITULO III.....	34
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	34
CONCLUSIONES	44
RECOMENDACIONES	45

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
ANEXOS	51
Anexo 1. Autorizadas por la institución	51
Anexo 2. Instrumento	52
Anexo 3. Guía de valoración estructurada.....	56
Anexo 4. Matriz para recopilar los datos de las patologías más frecuentes.	59
Anexo 5. Validación de instrumento	61
Anexo 6. Consentimiento informado del instrumento.....	63
Anexo 7 Plan de cuidados de Amenaza de parto pre termino	64
Anexo 8 Plan de cuidados de Preeclampsia	68
Anexo 9 Plan de cuidados de Ruptura Prematura de Membranas.....	73
Anexo 10 Plan de cuidados de Placenta previa	78

RESUMEN

Durante el embarazo pueden surgir complicaciones que son causa de morbimortalidad materna, fetal y neonatal, pueden ser prevenibles o tratables; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación. Con el objetivo de identificar los cuidados de enfermería en las complicaciones obstétricas durante la segunda mitad del embarazo en el servicio de Ginecología y Obstetricia de un hospital de Riobamba en el periodo octubre 2019 – abril 2020, se realizó un estudio descriptivo, con enfoque cualitativo, 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 2.5. La población estuvo integrada por 28 enfermeras que comprenden la totalidad de la población. Como resultado se obtuvo que las complicaciones más frecuentes en la segunda mitad del embarazo son: Amenaza de parto pre-término, preeclampsia, Ruptura prematura de membranas y placenta previa; además los cuidados de enfermería más relevantes en estas patologías son: control de signos vitales, educación sobre la importancia del reposo absoluto y control de la frecuencia cardíaca fetal, en todas las patologías; control de ingesta/eliminación y control de signos vasomotores en pacientes con preeclampsia; control de pérdidas tras-vaginales en ruptura prematura de membranas y placenta previa. En conclusión, se identificaron las patologías más frecuentes y los cuidados de enfermería específicos; además se realizó un plan de cuidados como propuesta para atender a las pacientes con las complicaciones descritas.

Palabras clave: Complicaciones obstétricas, cuidados de enfermería, materno-fetal

ABSTRACT

During pregnancy complications can arise that are the cause of maternal, fetal and neonatal morbidity and mortality, they can be preventable or treatable; others may be present from before pregnancy, but are aggravated with pregnancy. With the aim of identifying nursing care in obstetric complications during the second half of pregnancy in the Gynecology and Obstetrics department of a Riobamba hospital in the period October 2019 - April 2020, a descriptive study was carried out, with a focus qualitative, cross-sectional, using the measurement technique through a structured assessment guide and validated by expert judgment. The data was collected and processed in the SPSS version 2.5 program. The population was made up of 28 nurses who comprise the entire population. As a result, it was obtained that the most frequent complications in the second half of pregnancy are: Threat of preterm delivery, preeclampsia, Premature rupture of membranes and previous placenta ; in addition, the most relevant nursing care in these pathologies are: control of vital signs, education on the importance of absolute rest and control of the fetal heart rate, in all pathologies; intake / elimination control and vasomotor signs control in patients with pre-eclampsia; control of trans-vaginal losses in premature rupture of membranes and previous placenta. In conclusion, the most frequent pathologies and specific nursing care were identified; In addition, a care plan was made as a proposal to care for patients with the complications described.

Key words: Obstetric complications, nursing care, maternal-fetal



Reviewed by:
Danilo Yèpez Oviedo
English professor UNACH

INTRODUCCIÓN

La concepción de un embarazo trae consigo el inicio de una nueva vida, un nuevo ser; catalogándose como un acontecimiento trascendental que marcará no solo la vida de una mujer; sino también de la de su familia, amigos y en varias ocasiones la de seres presentes en su entorno, generando así una nueva etapa como madre y mujer, mostrando su instinto protector; cabe recalcar que este proceso es una etapa en la cual se debe tener un especial cuidado, alimentación y hábitos saludables para mantener la salud tanto de la madre como del feto. ⁽¹⁾

Durante el embarazo pueden surgir complicaciones que son causa de morbilidad materna, fetal y neonatal, la mayoría aparecen durante el período de gestación siendo sustancialmente prevenibles o tratables; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación, especialmente si no se tratan como parte de la asistencia sanitaria a la mujer. ⁽²⁾

Entre las principales complicaciones, causantes del 75% de las muertes maternas tenemos: la hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia) y complicaciones en el parto. Es decir, a nivel mundial 76,000 mujeres embarazadas mueren a causa de la preeclampsia y los trastornos hipertensivos relacionados a ésta, reportándose así la tasa de preeclampsia entre un 5% y 10% en países altamente desarrollados, cifra que podría incrementarse hasta un 18%. ⁽²⁾

A nivel mundial cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto. En el año 2015 se estimaron unas 303 000 muertes de mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se producen en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado, fomentando una mejoría en salud durante el embarazo. ⁽²⁾

Latinoamérica también vive este problema de salud ya que la población en proceso de gestación se ve afectada por la pobreza, la baja tasa educativa, la falta de oportunidades, relaciones intrafamiliares en conflicto, limitado acceso a los servicios de salud, elevadas tasas de embarazo principalmente en la adolescencia, las infecciones de transmisión sexual, entre otros siendo los principales motivos por los cuales se produce la mortalidad materna y perinatal. ⁽³⁾

El primer factor de riesgo durante el embarazo es la edad de la gestante, por mucho se sabe que esta variable puede permitir un buen desarrollo fetal o bien un desarrollo de alto riesgo que en ocasiones amenaza la vida tanto de la madre como del producto; por ello, en base a este análisis se evidencia la frecuencia de las complicaciones y con esto captar las que son más peligrosas en esta etapa del ser humano, principalmente si no se lleva un control estricto y vida saludable durante esta etapa. ⁽³⁾

En el Ecuador, a pesar de los esfuerzos que se realizan para mejorar la salud materna, cada año mueren en promedio 150 mujeres, por causas relacionadas con el embarazo, parto y postparto. La mortalidad materna es un claro indicador de inequidad de género, injusticia social y pobreza, denotando un porcentaje superior de morbimortalidad según el lugar de residencia; inicialmente con 23,33% en la región costa, seguido de 15,33% en la región sierra. ⁽⁴⁾

Los profesionales de enfermería deben brindar educación a la gestante, pareja y familia para prevenir factores de riesgo, para la detección temprana de las alteraciones durante la gestación y evitar futuras complicaciones; por lo tanto, se debe realizar una valoración exhaustiva que involucre los antecedentes personales patológicos y examen físico, que permitirá conocer el estado fisiológico de la paciente.

Los cuidados de enfermería en complicaciones obstétricas deben ser priorizados acorde al grado de complejidad en el que se encuentre la gestante, tomando en cuenta los factores de riesgo que generan altos índices de morbimortalidad; es por esto que el rol que cumple el profesional de enfermería mediante un juicio clínico y pensamiento crítico es fundamental para prevenir el agravamiento de la gestante con una complicación previa. ⁽⁵⁾

El problema se ve la necesidad a contribuir con los cuidados de enfermería específicos de cada patología durante la segunda mitad del embarazo, en los servicios de Gineo – Obstetricia y centro obstétrico, además que las bibliografías consultadas no se evidencia una data específica en la que se apliquen instrumentos que facilite confrontar información concreta; al mismo tiempo la atención de enfermería con cuidados específicos de acuerdo a la gravedad de cada patología deben ser proporcionados de manera holística para satisfacer las necesidades de cuidado en las pacientes.

Los resultados que se obtengan de la recopilación de información en el servicio de Gineco - Obstetricia y centro obstétrico aportarán significativamente al proyecto de investigación titulado cuidados en complicaciones obstétricas durante la segunda mitad del embarazo en los servicios estudiados y en el ámbito académico-investigativo. Al mismo tiempo constituirá un precedente para que se generen nuevos estudios afines al tema y que determinen cuidados profesionales de enfermería enfocados en la satisfacción de necesidades, prevención y promoción de la salud en la gestante.

El estudio es descriptivo y de campo, puesto que identifica las patologías más frecuentes, como se desarrolla el cuidado de Enfermería y señala formas de conducta, actitudes, así mismo: es documental, porque se basa en la recopilación de información bibliográfica, transversal pues los datos fueron recolectados en un tiempo determinado.

Lo que se pretende alcanzar es evidenciar los cuidados en complicaciones obstétricas más frecuentes durante la segunda mitad del embarazo, de tal manera se identifiquen las patologías más frecuentes durante la segunda mitad del embarazo, cuidados específicos en el servicio de Gineco – Obstetricia y centro obstétrico, de la misma forma describir cada uno de ellos en relación a las complicaciones en el embarazo. Por otra parte, identifican las necesidades insatisfechas en el contexto del cuidado de enfermería, por lo que se realiza un plan de cuidados como propuesta según cada patología, pues se considera de interés que la enfermera/o desempeñe de forma específica su papel profesional. (Anexos 7, 8, 9, 10)

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar los cuidados de enfermería en complicaciones obstétricas durante la segunda mitad del embarazo en el servicio de Ginecología del Hospital Provincial General Docente de Riobamba en el periodo octubre 2019 – abril 2020.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar las complicaciones más frecuentes que se presentan en gestantes que cursan la segunda mitad del embarazo en el lugar de estudio.
- Describir los cuidados de los profesionales de enfermería en el servicio de Gineco – Obstetricia
- Realizar un plan de cuidados por cada patología identificada como más frecuente

CAPITULO I.

MARCO TEÓRICO

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DURANTE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO

La gestación ocasiona cambios fisiológicos y anatómicos normales durante este proceso, los cambios más notables ocurren en aquellos órganos en los que se desarrolla el feto y en los más cercanos al mismo, debido al crecimiento que se da a lo largo de este tiempo; la característica de estas modificaciones gravídicas consiste en una sobreactividad funcional que debe realizar el organismo para promover la sobrevivencia materna y perinatal. ⁽⁶⁾

Las complicaciones obstétricas son las principales causas de la morbilidad materna, debido a la insuficiente información de las pacientes sobre las señales de peligro durante el proceso gestacional; por otra parte, se ha evidenciado una mayor incidencia de complicaciones obstétricas en la segunda mitad del embarazo. Por esta razón se hace necesaria una valoración exhaustiva del equipo de salud y del profesional de enfermería en particular, que permita la detección temprana y oportuna de los factores de riesgo.

Es importante que los cuidados de enfermería estén encaminados a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades mediante la educación a la gestante, pareja y familia para evitar factores predisponentes de riesgo potenciando así la detección temprana de las afecciones durante el embarazo para evitar complicaciones futuras, jerarquizando así necesidades de la gestante que ayuden a generar intervenciones oportunas durante el transcurso de este proceso.

AMENAZA DE PARTO PRE-TÉRMINO

La amenaza de parto pre-término (APP) es un proceso clínico sintomático, en donde las contracciones uterinas se presentan antes de las 37 semanas de gestación y cuya frecuencia e intensidad progresiva desencadena cambios cervicales, situación que puede conducir a un parto pre-término, si no recibe el tratamiento oportuno. En la mayoría de los casos de APP no se establece una etiología precisa. ⁽⁷⁾

El factor de riesgo y causa más frecuente de la APP son las infecciones cérvico-vaginales ya que puede causar Ruptura prematura de membranas (RPM) y por lo mismo un parto prematuro sin embargo existen otros factores frecuentes que presentan las gestantes son: tabaquismo, peso corporal excesivo e hipertensión arterial crónica, también existe una fuerte asociación entre el sobrepeso/ obesidad materna ya que son factores que pueden ser prevenidos. ⁽⁸⁾

Etiología

La amenaza de parto pre-término parte de un origen multifactorial, sin embargo, se conoce que sus posibles causas pueden ser mediante grupos tales como: Iatrogénico: por indicación médica se finaliza el embarazo antes del término. Idiopático: sin causa aparente o conocida. Recientemente, según experiencias clínicas y experimentales, la mayoría de los partos pre-término secundarios a causas idiopáticas y por RPM se ligan a cuatro procesos:

- a) Activación del eje hipotálamo-pituitaria adrenal materno o fetal.
- b) Inflamación decidual y amniocoriónica.
- c) Hemorragia decidual.
- d) Distensión uterina patológica: embarazos múltiples y polihidramnios. ⁽⁹⁾

Los procesos mencionados ocurren simultáneamente; pero cada uno tiene una característica bioquímica única, los cuales terminan en una vía donde se produce liberación de mediadores bioquímicos, aumento de proteasas y uterotoninas de membranas fetales y decidua; por lo que, se produce el inicio de las contracciones uterinas con dilatación del cérvix, lo que puede o no desencadenar en una ruptura prematura de membranas o un parto prematuro. ⁽⁹⁾

Sintomatología

- Sangrado y/o cólicos abdominales.
- Contracciones con lumbago o presión en la ingle o los muslos.
- Pérdidas transvaginales
- Una secreción espesa y moco con sangre proveniente de la vagina.
- Más de 5 contracciones por hora o contracciones que son regulares y dolorosas. ⁽¹⁰⁾

Complicaciones

El parto pre-término es un problema de salud pública mundial ya que conlleva a complicaciones neonatales a corto plazo como: depresión al nacer, síndrome de dificultad respiratoria, sepsis, trastornos metabólicos, displasia broncopulmonar o apneas; por otra parte, las complicaciones a largo plazo observaremos parálisis cerebral, retraso mental, compromiso de la visión y pérdida de audición; por consiguiente, la madurez del neonato será el principal para evitar complicaciones; en complicaciones maternas también se puede nombrar a un sangrado debido a la realización de una cesárea necesaria. ⁽⁹⁾

Tratamiento

Principalmente se realiza medidas generales: se ha demostrado que el reposo en cama y la hidratación no disminuyen la frecuencia de nacimientos pre-término, por lo cual no deben recomendarse rutinariamente. ⁽⁹⁾

Tocolíticos: El uso de tocolíticos no se asocia con la reducción de la mortalidad perinatal y neonatal o de la morbilidad neonatal. Su principal indicación es para las mujeres que están en amenaza de parto pre-término, y de esta forma prolongar el nacimiento, por lo menos en 48 horas, para permitir el efecto óptimo de los glucocorticoides antes del nacimiento que disminuyen la morbilidad y mortalidad de los recién nacidos prematuros. No está definido un tocolítico de primera elección para el manejo de parto pre-término. Las circunstancias clínicas, la preferencia y experiencia del médico dictarán el tratamiento. ⁽⁹⁾

Corticoides: según revisiones de Cochrane, los corticoides reducen la morbilidad y mortalidad neonatal en 34% y 31%, respectivamente, ya que estimulan el desarrollo pulmonar y disminuyen la permeabilidad vascular. Son candidatas a corticoides toda mujer embarazada con alto riesgo de parto pre-término entre las 24 y 34 semanas de gestación. ⁽⁹⁾

Problemas

- Alteración del proceso gestacional (prematurez).
- Temor, incertidumbre sobre la evolución gestacional.
- Ansiedad, preocupación por la salud del neonato. ⁽¹¹⁾

Cuidados e Intervenciones ⁽¹¹⁾

Cuidados, accionar y actividades	Acciones específicas y justificaciones
Brindar atención sanitaria y de confort.	Ayuda a una higiene adecuada Evitar que la paciente tenga exposición a maniobras, procedimientos y exámenes innecesarios por parte de los profesionales de la salud y aprendizaje
Reposo decúbito lateral izquierdo.	Educación sobre la importancia y en lo que ayuda esta posición
Monitorizar dinámica uterina (contracciones uterinas frecuencia, intensidad, duración y tono), dolores pélvicos	Ayuda a conocer el estado de la madre y del feto.
Colocar apósitos estériles en la vulva para detectar genitorragia, hidrorrea.	Contabilizar pérdidas transvaginales Observar las características de las pérdidas
Vigilar presencia de movimiento y latidos fetales.	Consultar a la madre el tiempo de los movimientos fetales El examinador debe valorar los movimientos
Aplicar maniobras de Leopold.	Educación a la madre sobre la importancia de las maniobras Conocer la posición y estadio del bebé
Generar un lazo de confianza a la gestante que permita tranquilizar y apoyarle	Fomentar un ambiente humanizado Ayudar a la paciente a expresar sus sentimientos y molestias

PREECLAMPSIA

La hipertensión en el embarazo (HE), además de producir daño materno y fetal, también puede suponer el inicio de alteraciones vasculares y metabólicas futuras, las mujeres con antecedentes de pre-eclampsia y/o eclampsia tienen mayor riesgo de accidentes cerebrovasculares y mayor frecuencia de arritmias y hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca, además de las complicaciones materno-fetales.⁽¹²⁾

La preeclampsia es un problema de salud pública y una de las principales causas de muerte materna a nivel nacional y mundial, con una incidencia aproximada del 2% a 10% de los embarazos, siendo el precursor de la eclampsia su incidencia varía en todo el mundo; la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que, aunque la pre-eclampsia se presenta tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, su gravedad es mucho mayor en el segundo caso. ⁽¹²⁾

La preeclampsia es un síndrome multisistémico de severidad variable dependiendo en el grado en el que se encuentre, en el embarazo específicamente es caracterizado por una reducción en la perfusión sistémica generada por vasoespasmo y activación de los sistemas de coagulación por lo que se da la elevación de la presión arterial, además se presenta después de la semana 20 de gestación, durante el parto o en las dos semanas posteriores a este. ⁽¹³⁾

Etiología

Los estudios indican que comienza en la placenta ya que es el órgano que nutre al feto durante el embarazo, en las primeras semanas del embarazo se forman nuevos vasos sanguíneos y estos evolucionan para enviar sangre a la placenta de forma eficiente; en las mujeres con pre-eclampsia, estos vasos sanguíneos no se desarrollan o no funcionan de manera adecuada ya que son más angostos que los vasos sanguíneos normales y reaccionan de manera diferente a las indicaciones hormonales, lo cual limita la cantidad de sangre que puede fluir por ellos, por consiguiente la subida de la presión arterial. ⁽¹⁴⁾

Las causas de esta formación anormal pueden ser las siguientes:

- Un flujo de sangre insuficiente al útero
- Daño en los vasos sanguíneos
- Un problema en el sistema inmunitario
- Determinados genes. ⁽¹⁴⁾

Signos y síntomas de severidad

- Cefalea holocraneal
- Acúfenos.

- Epigastralgia
- Náuseas y/o vómitos.
- Tinnitus.
- Disnea (reflejo de edema pulmonar, síndrome de dificultad respiratoria aguda o disfunción cardíaca secundaria a aumento de la poscarga).
- Proteinuria
- Oliguria (que refleja disminución del volumen plasmático o necrosis tubular aguda isquémica).⁽¹⁵⁾

Complicaciones

Los cambios fisiopatológicos que ocurren dentro del sistema cerebrovascular en pre-eclampsia y/o eclampsia predisponen a la mujer embarazada sea propensa a padecer de isquemia y hemorragia, además la eclampsia por sí misma conduce a síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES), una forma de encefalopatía hipertensiva que puede llevar a edema cerebral, convulsiones, isquemia y hemorragia. Cabe mencionar que PRES puede ocurrir después del parto.⁽¹⁶⁾

Tratamiento

- Administrar antihipertensivos.
- Dieta baja en sodio.
- Reposo en cama con la paciente acostada de lado.
- Consumo de líquidos de 2 L (a menos que esté prohibido por insuficiencia renal).
- Administrar sulfato de magnesio antes o después del inicio de la hipertensión inducida por el embarazo para deprimir la actividad neurológica y vascular, reducir la presión arterial, prevenir o detener las convulsiones.

Impregnación: 20 ml de sulfato de magnesio al 20 % (4 g) + 80 ml de solución isotónico, pasar a 300 ml/ hora en bomba de infusión o 100 gotas/minuto con equipo de venoclisis en 20 minutos (4 g en 20 minutos).

Mantenimiento: 50 ml de sulfato de magnesio al 20 % (10 g) + 450 ml de solución isotónica, pasar a 50 ml/hora en bomba de infusión o 17 gotas /minuto con equipo de venoclisis (1 g/hora)

Los signos de toxicidad por magnesio incluyen ausencia de reflejos tendinosos profundos, gasto urinario menor de 30 ml por hora, depresión respiratoria (< 12/min) y menor nivel de consciencia.

- Hidralazina en dosis de 60 a 200mg por día. Se usa principalmente en emergencias ya que el riesgo de hipotensión es muy elevado.
- Labetalol en dosis de 100 a 400mg, pero con dosis inclusive de hasta 1200mg al día. Debe evitarse en pacientes asmáticas o insuficiencia cardíaca y en mujeres en labor de parto ya que puede generar bradicardia fetal.
- Nifedipino dosis de 10 a 20mg hasta 180mg al día.⁽¹³⁾

Problemas

Riesgo de alteración de la díada materno fetal debido a un incremento en la en la presión arterial por perdida de la autorregulación vascular provocando vasodilatación.

Intervenciones o Cuidados⁽¹¹⁾

Cuidados, accionar y actividades	Acciones específicas y justificaciones
Valorar a la paciente de manera holística, lo cual permita conocer datos personales y patológicos.	La valoración debe ser integral Se debe fomentar la confianza para la recolección verídica de la información
Monitorizar el estado hemodinámico materno y fetal.	Se debe monitorizar los signos vitales y signos de alarma tanto en la madre como en el feto
Mantener las vías aéreas abiertas en caso de que ocurra alguna convulsión.	Se debe tener precauciones en caso de existir una convulsión como: abrir vía aérea, colocar almohadas para evitar golpes.
Evidenciar presencia de signos y síntomas pre-eclámpticos.	Los principales signos y síntomas a identificar son los vasomotores como son: cefalea holocraneana, tinnitus, escotomas, epigastralgia, edema, proteinuria además de la hipertensión arterial

Mantener a la paciente en un cuarto oscuro que le permita mantenerse tranquila y calmada.	Es una medida, para ayudar a la paciente y ayudar a aliviar sus signos vasomotores, y fomentar el confort.
Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, pulso adecuado y presión sanguínea ortostática), según sea el caso.	Se debe evidenciar pérdidas con el control de ingesta y eliminación, además de la valoración de piel y mucosas.
Observar si hay indicios de sobrecarga y retención de líquidos (crepitaciones, edema, distensión de venas del cuello y ascitis)	El edema se presenta principalmente en las extremidades inferiores
Controlar ingesta de alimentos/líquidos	Se debe controlar la ingesta de alimentos evitando el sodio, bebidas azucaradas y grasas.
Monitorizar el estado nutricional.	La alimentación debe ser controlada por nutricionistas, y en base a la patología presentada

RUPTURA PREMATURA DE MEBRANAS (RPM)

Ocurre antes del inicio del trabajo de parto y de las 37 semanas, presenta la ruptura de la bolsa (membrana amniótica) que rodea al feto semanas antes de la finalización del proceso gestacional, una vez que se rompe la bolsa, aumenta su riesgo de tener infecciones con probabilidades que se produzca un parto pre termino.⁽¹⁷⁾

Etiología

La ruptura prematura de membranas es multifactorial y varía con la edad gestacional, en determinadas pacientes se puede identificar más de una posible causa, si la ruptura se da a menor edad gestacional se observa con una mayor asociación con la infección del corion/decidua, en ciertos casos es difícil saber si la infección es la causa o es secundaria a ésta; a mayor edad gestacional está asociada a disminución del contenido de colágeno en las membranas, esto también puede ser secundario a algunos microorganismos que producen colagenasas, mucinasas y proteasas. Además, podemos encontrar factores como:

- Bajo nivel socioeconómico.
- Tabaquismo.
- ITS.
- Partos pre-términos anteriores.
- Labor de parto pre-término en semanas anteriores en el actual embarazo.
- Conización cervical por tratamientos en el cuello del útero.
- Polihidramnios.
- Embarazos múltiples.
- Amniocentesis.
- Sangrados vaginales durante el actual embarazo.
- Enfermedades pulmonares durante el embarazo.
- Bajo IMC.
- Suplementación con Vitamina C y E. ⁽¹⁸⁾

Sintomatología

Los síntomas pueden ser levemente distintos en cada embarazo, incluyendo así:

- Un chorro repentino de líquido que sale de su vagina.
- Escape de líquido de su vagina.
- Una sensación de humedad en su vagina o ropa interior. ⁽¹⁹⁾

Complicaciones

La RPM puede tener riesgos maternos entre ellos la infección del corion y amnios denominada corioamnionitis, la cual puede resultar muy peligrosa además la infección puerperal que se desarrolla en el tracto genital después del parto con fiebre más de 38°C y peligro de muerte, desprendimiento de la placenta, la compresión del cordón umbilical, prolapso del cordón y el parto por cesárea; también existen riesgos fetales como puede ser el compromiso fetal y compresión del cordón umbilical o por líquido amniótico y la falta de desarrollo de los pulmones del bebe (hipoplasia pulmonar). ⁽¹⁹⁾

Existen infecciones postparto que son principalmente el síndrome de dificultad respiratoria; sepsis neonatal precoz ocasionada durante las primeras 96 horas de vida a causa de

microorganismos adquiridos durante el paso por el canal del parto; síndrome de respuesta inflamatoria sistémica y prematuridad.⁽¹⁹⁾

Tratamiento

En gestantes con embarazos de alto riesgo por RPM la intervención se dará inicialmente con la hidratación, diferentes fármacos tocolíticos-corticoides (permiten madurar el pulmón fetal) y antibióticos ayudan a reponer la salud materno- fetal.⁽¹⁹⁾

- Pruebas de madurez pulmonar fetal a medida que el feto se acerca a las 34 semanas
- Corticosteroides para promover la madurez pulmonar fetal.
- Pueden administrarse antibióticos si se sospecha infección o si ésta se confirma.
- El feto nace por vía vaginal o por cesárea si se observan síntomas de infección

Las necesidades como el reposo hospitalario, supone para la mujer una situación de crisis con una carga emocional, mayor nivel de ansiedad, depresión y disminución de la autoestima, es por ello que no se recomienda.⁽¹⁹⁾

Problema

- Riesgo de alteración de la diada materno fetal.
- Dolor agudo debido a agentes lesivos físicos.
- Riesgo de sangrado e infección.⁽¹¹⁾

Intervenciones o Cuidados⁽¹¹⁾

Cuidados, accionar y actividades	Acciones específicas y justificaciones
Brindar educación e información adecuada a la gestante y familiares.	La importancia de la educación es que tanto la paciente como sus familiares podrán comprender la importancia de los cuidados a realizarse.
Monitorización materno fetal.	La monitorización es una prueba de bienestar fetal
Evitar la deambulacion precoz de la gestante.	Evitar realizar cualquier acción como levantarse, deambular, o realizar ejercicio físico.

Observar presencia de infección que pueden incluir fiebre y dolor.	Se debe valorar el tiempo en que lleva la ruptura de membranas ya que puede ser un factor para una infección
Vigilar salida de líquido amniótico	Valorar las características y cantidad del líquido amniótico.
Administración medicación prescrita	Se puede iniciar con sulfato de magnesio para impedir que llegue a producirse convulsiones, además de la maduración pulmonar o tocolíticos de ser el caso
Interrogar a la paciente sobre el momento de la rotura y el inicio del trabajo de parto (si es el caso) para determinar el tiempo que ha pasado sin barrera contra los patógenos.	Interrogar sobre el tiempo en que se presentó la ruptura, las características del líquido, cantidad, color y olor.

PLACENTA PREVIA

Es un estado en el cual la placenta se encuentra implantada en la parte baja del segmento uterino, muy cerca del orificio cervical interno (OCI) o cubriendo el mismo ya sea de manera total o parcial, presentándose así por delante del polo líder fetal. Es una condición relativamente poco frecuente con una incidencia de 0,28 a 2% de todos los nacimientos, cabe recalcar que las cifras van en aumento. ⁽²⁰⁾

Etiología

Se ha comprobado científicamente que las causas principales son la edad materna avanzada, multiparidad, cesárea previa o cicatrices uterinas previas, aborto previo, tabaquismo materno, tratamientos de infertilidad y placenta previa anterior, el número de casos de placenta previa y sus complicaciones continuarán incrementándose. ⁽²⁰⁾

Sintomatología

El síntoma principal es el sangrado activo habitualmente sin actividad uterina cerca del final del 2do trimestre o durante el 3er trimestre, particularmente sangrado indoloro o sangrado postcoital y una situación fetal anormal (transversa u oblicua), generalmente se presenta con

ausencia de dolor y de contracciones uterinas que serán considerados los hallazgos típicos que podían diferenciar esta condición de un desprendimiento de placenta normo inserta. ⁽²⁰⁾

Complicaciones

En esta patología los principales riesgos son: mala presentación fetal, rotura prematura de membranas pre-término, restricción del crecimiento fetal, vasa previa e inserción velamentosa del cordón umbilical (en el cual el extremo placentario del cordón se compone de vasos umbilicales divergentes rodeados solo por las membranas fetales), en mujeres que han tenido una cesárea previa, el riesgo aumenta significativamente entre el 4% al 60% a medida que aumenta el número de partos por cesárea previos. ⁽²⁰⁾

Tratamiento

Si ocurre hemorragia por placenta previa antes de la semana 37 de gestación, se toman medidas para retrasar el parto cuando menos para la semana 37 para una mayor madurez fetal.

- Vigilar de cerca, con reposo en cama (estricto si se observa hemorragia) y tomar los signos vitales cada cuatro horas.
- Mantener líquidos IV y realizar pruebas de tipo y compatibilidad cruzada; mantener disponibles dos o más unidades de sangre.
- Parto a las 37 a 38 semanas si los pulmones están maduros.

Si ocurre hemorragia por placenta previa después de la semana 37:

- En la placenta previa mínima o de implantación baja con presentación de cabeza en la pelvis, si se observa hemorragia escasa o ausente y el estado fetal es estable, puede inducirse un parto vaginal.
- Si se observa placenta previa parcial o completa o si hay hemorragia continua con placenta previa mínima, se recurre al parto por cesárea. ⁽²¹⁾

Problema

- Riesgo de sangrado e infección.
- Dolor de parto por presencia de contracciones uterinas prematuras. ⁽²¹⁾

Intervenciones o Cuidados⁽¹¹⁾

Cuidados, accionar y actividades	Acciones específicas y justificaciones
Educar a la gestante y/o familiares acerca del proceso por el cual está atravesando para lograr apaciguar su ansiedad y temor.	Se debe educar acerca de las causas, en tratamiento, los cuidados y as posibles complicaciones
Estabilización hemodinámica materno fetal.	Disminución de los signos y síntomas Administración de medicamentos
Control de signos vitales.	Los signos vitales ayudan a la detección temprana de complicaciones conjuntamente con otros exámenes adicionales
Caracterizar la severidad de la infección	Con la detección de signos y síntomas además de los exámenes complementarios se lograra identificar el grado de infección
Vigilancia de sangrado o eliminación de líquido transvaginal.	Al cuantificar el sangrado es necesario la reposición de líquidos, las perdidas transvaginales también observar las características y cantidad y valorar además el compromiso fetal.
Control de frecuencia, intensidad y duración de las contracciones uterinas.	El cambio repentino en las contracciones pueden también
Fomentar un ambiente confortable que permita aliviar el dolor de forma no farmacológica.	Ayuda a una higiene adecuada Evitar a la paciente a exposición a maniobras, procedimientos y exámenes innecesarios por parte de los profesionales de la salud y aprendizaje

CAPITULO II.

METODOLOGÍA

Es un estudio descriptivo puesto que identifica características, señala formas de conducta, actitudes y establece formas de comportamiento de la población, así mismo: es documental, porque se basa en la recopilación de información bibliográfica con enfoque cualitativo, de corte transversal pues los datos fueron recolectados en un tiempo determinado respecto a los cuidados de enfermería en complicaciones obstétricas durante la segunda mitad del embarazo, en el servicio de Gineco-Obstetricia de un hospital de Riobamba en el periodo octubre 2019 – abril 2020

La población de estudio está constituida por 28 enfermeras que brindan cuidados en los servicios de Ginecología – Obstetricia y Centro obstétrico de un hospital de Riobamba, como participantes en el presente estudio, de manera libre y voluntaria que, además, fueron autorizadas por la institución. (Anexo 1)

Para la recopilación de la información, se aplicó la técnica de medición con la aplicación de un instrumento de recogida de datos (Anexo 2), una Guía de valoración estructurada (Anexo 3) y una matriz para recopilar los datos de las patologías más frecuentes (Anexo 4), diseñadas y validadas por las docentes de la carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Chimborazo, conjuntamente con las autoras de la presente investigación, con la finalidad de organizar y verificar la información respecto a los cuidados de enfermería recopilando criterios de expertas en el área, conjuntamente, recoger datos de la frecuencia de las patologías de las pacientes directamente de la historia clínica y mediante la entrevista, lo que contribuyó a recopilar de datos de manera eficiente.

La validación del instrumento (Anexo 5) fue realizada según el criterio de cinco expertos, utilizando una tabla para su evaluación, con el objetivo de determinar límites entre las escalas y establecer la categoría en que se enmarcó cada indicador, obteniendo un resultado favorable. El instrumento fue validado en el 2020 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 “Cuidados en complicaciones obstétricas durante la segunda mitad del embarazo. Hospital Provincial General Docente Riobamba”.

El instrumento está adecuado para la selección de una o más características; compuesto por tres secciones, en la primera sección consta el consentimiento informado de las profesionales de enfermería a las que se les aplicará la encuesta, además describe el objetivo de la aplicación del instrumento.

Las siguientes secciones abarcan preguntas con la finalidad de recopilar información sobre las patologías más frecuentes en complicaciones obstétricas y los cuidados que brindan las profesionales de enfermería. La primera sección está conformada de preguntas cerradas para conocer el grupo de patologías más frecuente. En la tercera sección se encuentran preguntas abiertas con más de una respuesta para recopilar información según criterio de expertos respecto a los cuidados que se aplican, de acuerdo a cada patología; por lo que no coincidirá la población con las respuestas.

La Guía de observación permite detectar y asimilar información, o tomar registro de determinados hechos a través de instrumentos y se realiza con la finalidad de verificar la información obtenida por parte de las profesionales de enfermería, además de corroborar datos obtenidos por el personal mencionado anteriormente.

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 2.5, que permitirá procesar e interpretar los resultados en función de los objetivos y las variables de estudio, se analizó de acuerdo a las preguntas abiertas y cerradas que constan en los documentos aplicados.

Se respetaron los principios bioéticos de la investigación científica, referidos a: beneficencia, autonomía, justicia y no maleficencia. Además, se contó con la respectiva autorización de la directora médica del HGPDR para el ingreso al servicio de Ginecología y Obstetricia; así como para aplicar los instrumentos de investigación a las profesionales de enfermería de los dos servicios. (Anexo 6)

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Tipo	Escala	Definición operacional	Indicadores
Cuidados de enfermería en complicaciones obstétricas	Cualitativa ordinal Dicotómica	Cuidados generales Cuidados específicos	La atención en complicaciones obstétricas se refiere a los cuidados específicos que brinda el personal de enfermería, de acuerdo a la complicación que se presente la gestante según la patología y de acuerdo a las necesidades de la paciente en las esferas bio-psico social y espiritual, durante la segunda mitad del embarazo.	Cuidados de enfermería Complicaciones obstétricas en la segunda mitad del embarazo Necesidades de la paciente en las esferas bio-psico social y espiritual
Complicaciones obstétricas más frecuentes en la segunda mitad del embarazo	Cualitativa ordinal Politómica	Placenta previa Desprendimiento placentario normo Ruptura uterina	Se refieren a disrupciones y trastornos sufridos durante el embarazo, dentro de las mismas existen algunas que son más frecuentes las cuales afectan en gran porcentaje a las madres.	Causas de las hemorragias obstétricas

		<p>Hipertensión gestacional</p> <p>Pre-eclampsia con signos de gravedad</p> <p>Pre-eclampsia sin signos de gravedad</p> <p>Eclampsia</p> <p>Síndrome de Hellp</p> <p>Hipertensión crónica</p>		<p>Trastornos hipertensivos</p>
		<p>Diabetes gestacional</p> <p>Hipotiroidismo</p> <p>Hipertiroidismo</p>		<p>Enfermedades metabólicas</p>
		<p>Afecciones ovulares</p> <p>Infecciones del tracto urinario y cérvicovaginal.</p> <p>Placenta previa</p>		<p>Amenaza de parto pre término</p>

		<p>Trastornos hemorrágicos en la segunda mitad del embarazo</p> <p>Trastornos hipertensivos de la segunda mitad del embarazo</p> <p>Enfermedades metabólicas</p>		
<p>Realizar un plan de cuidados por cada patología identificada como más frecuente</p>	<p>Cualitativa</p> <p>Ordinal</p> <p>Politómica</p>	<p>Cuidados de enfermería en gestantes con complicaciones obstétricas de la segunda mitad del embarazo.</p>	<p>Se refiere a planes de cuidados dirigidos a las pacientes con complicaciones obstétricas más frecuentes en la segunda mitad del embarazo; que respondan a un patrón común de sintomatología y necesidades humanas; plasmadas en los Diagnósticos de enfermería prioritarios; los resultados esperados, sus indicadores e intervenciones que contienen un conjunto de cuidados encaminados a mejorar la salud de la madre, atendiendo las 4 esferas de la persona en su condición bio-psico-social y</p>	<p>Plan de cuidados de enfermería propuesto para pre-eclampsia</p> <p>Plan de cuidados de enfermería propuesto para amenaza de parto pre termino</p> <p>Plan de cuidados de enfermería propuesto para placenta previa</p> <p>Plan de cuidados de enfermería propuesto para diabetes gestacional</p>

			espiritual; dando respuesta a los problemas, necesidades y expectativas detectados en la valoración para responder de manera específica; priorizando su accionar según la escala de Maslow.	
--	--	--	---	--

CAPITULO III.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS MÁS FRECUENTES SEGÚN ENCUESTA

Tabla 1 Hemorragias obstétricas en la segunda mitad del embarazo

Categoría	Encuesta		Guía de observación	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
SI	20	71.4	21	75
NO	8	28.6	7	25
Total	28	100	28	100

Respecto a las hemorragias obstétricas en la segunda mitad del embarazo, los resultados indican que el 71.4 % de las profesionales de enfermería afirman que son frecuentes las hemorragias obstétricas en la segunda mitad del embarazo, lo que concuerda con la guía de observación corroborando que de ingresos de pacientes el 75% ha sido debido a esta patología.

Según Acho-Mego, Salvador Pichilingue, Díaz-Herrera & Paredes-Salas en su artículo de investigación: Hemorragia de la segunda mitad del embarazo en un hospital nacional de Lima realizado en el año 2012, que incluyó 161 pacientes que fueron atendidas en el parto, presentaron el diagnóstico de hemorragia de la segunda mitad del embarazo. En el estudio se determinó que existen diferentes factores de riesgo para la hemorragia de la segunda mitad del embarazo y el mayor porcentaje de casos se encontró entre los 20 y 35 años que representa el 48,4% mientras que el 51,6% de los casos, en nulíparas, resultados que no están de acuerdo con la literatura, que sostiene que hay factores de riesgo asociados muy importantes para hemorragia de la segunda mitad del embarazo como son la edad materna mayor de 35 años y la multiparidad. ⁽²²⁾

Tabla 2 Motivo de las hemorragias obstétricas más frecuentes en la segunda mitad del embarazo

Categoría	Encuesta		Guía de observación	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Placenta Previa	18	64.3	20	71.4

Desprendimiento placentario	normo	10	35.7	8	28.6
Total		28	100	28	100

Se evidencia que el 65% de las profesionales de enfermería afirman que las hemorragias obstétricas en la segunda mitad del embarazo se deben a placenta previa, lo que concuerda con la guía de observación corroborando que de ingresos realizados el 71.4% la causa más frecuente de la patología mencionada.

En el análisis de Hemorragia de la segunda mitad del embarazo en un hospital nacional de Lima realizado en el año 2012, se evidenció que en hemorragias en la segunda mitad del embarazo las causas más frecuentes son placenta previa (PP) y desprendimiento prematuro de placenta (DPP), menos frecuentes son rotura uterina (RU), rotura del seno marginal y vasa previa. Sin embargo, a pesar del escrutinio de la placenta después del parto, no se llega a encontrar una causa identificable de la hemorragia en 25 a 35% de los casos. En 5% de los embarazos se producen hemorragias ante parto, en 1% por placenta previa, en 1,2% por desprendimiento de placenta y en 2,8% por causas indeterminadas. En conjunto, todas estas causas de hemorragias son responsables de 20 a 25% de todas las muertes perinatales. ⁽²²⁾

Respecto a la pregunta si existen trastornos hipertensivos en la segunda mitad del embarazo las profesionales de enfermería el 100% afirman que existen, lo que concuerda con la guía de observación en su totalidad.

De acuerdo a Martín y et al., ⁽²³⁾ determinó en su estudio que los trastornos hipertensivos son la complicación médica más frecuente durante el embarazo. Se presenta en el 8-10% de todas las gestaciones y es la principal causa de mortalidad materna en el mundo.

Tabla 3 Trastorno hipertensivo más frecuente

Categoría	Encuesta		Guía de observación	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Hipertensión gestacional	4	14.3	1	3.6
Pre-eclampsia con signos de gravedad	18	64.3	23	82.1

Pre-eclampsia sin signos de gravedad	3	10.7	2	7.1
Eclampsia	2	7.1	1	3.6
Síndrome de Hellp	1	3.6	1	3.6
Total	28	100	28	100

Se observa que el 64.3% de las enfermeras afirman que, dentro de los trastornos hipertensivos más frecuentes en la segunda mitad del embarazo es la pre-eclampsia con signos de gravedad, lo que concuerda con la guía de observación corroborando que el 82.1% de ingresos realizados es por ésta patología.

Según Guevara & Meza ⁽²⁴⁾ en su estudio realizado demuestra que la preeclampsia es la patología más frecuente, lo cual concuerda con nuestro estudio ya que es una enfermedad del embarazo que afecta a la madre y al feto, siendo responsable de un porcentaje considerable de muertes maternas y perinatales. Complica de 3 a 22% de los embarazos y es la segunda causa de muerte materna en el Perú. La preeclampsia con criterios de severidad evoluciona hacia complicaciones graves como edema agudo de pulmón, falla renal, encefalopatía hipertensiva con hemorragia cerebral, desprendimiento de retina, desprendimiento prematuro de placenta, hematoma subcapsular hepático o rotura hepática, síndrome HELLP, que pueden llevar a la muerte de la gestante y del feto o recién nacido. Por lo tanto, el manejo debe ser oportuno, multidisciplinario y efectivo. ^{(25) (26) (27)}

Tabla 4 Enfermedades metabólicas durante la segunda mitad del embarazo

Categoría	Encuesta		Guía de observación	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
SI	15	53.6	16	57.2
NO	13	46.4	12	42.8
Total	28	100	28	100

De acuerdo a la información obtenida se observa que el 54% de las enfermeras afirman que son frecuentes las enfermedades metabólicas, lo que concuerda con la guía de observación corroborando que de los ingresos de pacientes el 57.2% ha sido debido a esta patología.

Asimismo, en el estudio realizado por Pérez y et al. ⁽²⁸⁾, manifiesta que la mujer embarazada puede presentar patologías médicas similares a la no gestante, si bien el cuadro clínico de algunas patologías así como el proceso diagnóstico o terapéutico puede estar alterado por los cambios que el embarazo produce en ella, así como por la presencia del feto, que en algunos casos puede limitar los métodos diagnósticos o las terapias a aplicar. Pueden ser patologías digestivas, cardiovasculares, del sistema nervioso y dermatosis más relevantes por su frecuencia o por su gravedad, que pueden presentarse en una consulta de urgencias, con un enfoque práctico sobre el manejo inicial y sobre el pronóstico para la madre y el feto.

Respecto a la pregunta cuál de las enfermedades metabólicas en la más frecuentes en la segunda mitad del embarazo las profesionales de enfermería el 100% afirman que la más frecuente es la diabetes gestacional.

De acuerdo al estudio realizado por Parodi & José señalan que la Diabetes Gestacional (DG) es una de las complicaciones médicas comunes del embarazo y es la complicación metabólica más frecuente. En el 90% de los casos la diabetes se manifiesta por primera vez durante el embarazo, y el restante 10% lo produce DM tipo 1 y 2 previo al embarazo. La prevalencia de la DG varía en relación directa a la prevalencia de diabetes tipo 2 en cierta población o grupo étnico. A nivel mundial oscila entre 2% a 9%. En Argentina y Venezuela se ha encontrado prevalencia de 5% y 4% respectivamente. La diabetes gestacional como principal complicación metabólica del embarazo debe ser diagnosticada de manera precoz. El manejo adecuado permite la prevención de complicaciones fetales y maternas asociadas a esta patología. De igual manera el seguimiento postparto debe formar parte de la evaluación integral del puerperio de la paciente diabética. ^{(29) (30)}

Tabla 5 Motivo de la amenaza de parto pre termino

Categoría	Encuesta		Guía de observación	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Afecciones ovulares	1	3.6	1	3.6
Infecciones del tracto urinario y cérvicovaginales	24	85.7	23	82.1
Placenta previa	1	3.6	1	3.6
Trastornos hemorrágicos en la segunda mitad del embarazo	1	3.6	2	7.1

Trastornos hipertensivos en la segunda mitad del embarazo	1	3.6	1	3.6
Total	28	100	28	100

Se puede observar que el 85.7% de las profesionales de enfermería afirman que la causa más frecuente de amenaza de parto pre término se debe a Infecciones del tracto urinario y cérvicovaginales, lo que concuerda con la guía de observación corroborando que el 82.1% de ingresos realizados es por ésta patología.

De acuerdo al estudio realizado por Vadillo, Beltrán & Zaga aluden factor de riesgo con mayor asociación con el parto pre-término es la presencia de infección durante el embarazo, y por ello se ha propuesto que de manera directa o indirecta la existencia de un proceso infeccioso en la mujer embarazada y en especial en cualquier región anatómica dentro del útero gestante, podría explicar el nacimiento pre-término. La revisión de la literatura permite sostener la existencia de especificidad, consistencia y temporalidad de asociación entre la infección intrauterina con el parto pre-término y/o la RPM. Aunque se considera posible que una infección sistémica pueda diseminarse al entorno uterino por vía hematógena, provocando infección placentaria y llegar a infectar al producto de manera directa.⁽³¹⁾

Tabla 6 Acciones enfermera en pacientes de puerperio normal inmediato con hemorragia obstétrica

Categoría	Encuesta		Guía de observación	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Activar clave roja, cumplir con el protocolo, valoración, examen físico, intervención de enfermería	6	22.2	5	17.8
Activar clave roja, cumplir con el protocolo, intervención de enfermería, priorización de problemas o necesidades, ejecución de cuidados	10	37	13	46.4
Activar clave roja, cumplir con el protocolo, priorización de problemas o necesidades,	7	25.9	6	22.2

intervención de enfermería, ejecución de cuidados				
Activar clave roja, cumplir con el protocolo, valoración, examen físico, priorización de problemas o necesidades, ejecución de cuidados	4	14.8	3	10.6
Total	28	100	28	100

Se puede observar que, aunque las opciones tienen proporciones parecidas, el 37% de las enfermeras, al tener una paciente con diagnóstico de puerperio normal inmediato y presenta hemorragia obstétrica activaría clave roja, cumpliría con el protocolo, intervención de enfermería, priorización de problemas o necesidades, ejecución de cuidados, lo que concuerda con la guía de observación corroborando que el 46.4% realizan éstas acciones.

Karlsson & Pérez en su estudio manifiestan que ante una hemorragia obstétrica es crucial una actuación inmediata y secuencial. Se recomienda disponer de un plan de acción previamente establecido y que resulte familiar al personal de la maternidad. La conducta inicial ha de centrarse en mantener y/o recuperar la estabilidad hemodinámica de la paciente. Para ello ha de instaurarse fluidoterapia agresiva con SF o Ringer Lactato a razón 3:1 (300 cc de reposición por cada 100 perdidos). En general, se debe considerar la transfusión cuando se han perdido entre 1 y 2 litros de sangre aproximadamente. En tales circunstancias, si se administran 5 o más concentrados de hematíes, debe añadirse plasma fresco congelado para reducir el impacto de la coagulopatía dilucional. Deben administrarse concentrados de plaquetas si el recuento de éstas desciende por debajo de 20.000 o si hay una disfunción plaquetaria. Un concentrado de hematíes incrementa el hematocrito en un 3% y seis concentrados de plaquetas suponen una elevación de 30.000/ microL en el recuento. ⁽³²⁾

Tabla 7 Consideraciones para mejorar esferas humas en función de enfermería

Categoría	Encuesta		Guía de observación	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Físicas, biológicas, sociales, culturales	17	60.7	19	67.9
Físicas, económicas, sociales y culturales	6	21.4	5	17.9

Físicas, humanas, económicas y culturales	2	7.2	2	7.1
Físicas, educativas, humanas y culturales	3	10.7	2	7.1
Total	28	100	28	100

Se puede observar que el 59.3% de las enfermeras, consideran importante para mejorar su atención en función de la diversidad física, biológica, sociales y culturales, lo que concuerda con la guía de observación con un 67.9%.

Según Luque & Oliver en su estudio manifiestan que los aspectos físicos, biológicos, sociales, culturales juegan un papel importante en la práctica diaria para mejorar la atención en función de la diversidad porque de esta manera tanto profesionales como pacientes trabajaran en el tema de la interculturalidad, a fin de fomentar la "sensibilidad cultural" y el respeto mutuo. Cuando somos capaces de adoptar una postura crítica con respecto a nuestra propia praxis, influenciada también por valores culturales, y comprendemos que las manifestaciones, expresiones y costumbres con respecto a la salud y la enfermedad cambian de una cultura a otra, e incluso dentro del mismo sistema cultural, estaremos en una posición más favorable para entender a pacientes. ⁽³³⁾

En el caso de las tablas 6 en adelante no coincidirá la población ya que se realizan preguntas abiertas obteniendo la información específica según criterios de profesionales de enfermería

Tabla 8 Cuidados que se aplican en la atención a las pacientes con placenta previa

Categoría	Encuesta		Guía de observación	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Reposo absoluto	25	89.3	27	96.4
Control de sangrado estricto	22	78.6	22	78.6
Control de frecuencia cardiaca fetal	14	50.0	13	46.4
Exámenes de laboratorio	7	25.0	6	21.4

De los cuidados específicos que recomiendan las enfermeras a las pacientes con placenta previa, el 89% recomendó reposo absoluto, el 78% control de sangrado absoluto, lo que

concuerta con la guía de observación corroborando con los principales cuidados en esta patología.

De acuerdo a la publicación realizada por American Pregnancy, señala que una vez diagnosticada, la placenta previa generalmente requerir reposo en cama para la madre y frecuentes visitas al hospital. Dependiendo de la edad gestacional, inyecciones de esteroides pueden ser administradas para ayudar a madurar los pulmones del bebé. Si la madre experimenta sangrado que no se puede controlar, generalmente se realiza una cesárea inmediata independientemente de la duración del embarazo. Algunas Previas marginales puede dar a luz por vía vaginal, aunque las previas completas o parciales requieren un parto por cesárea. ⁽³⁴⁾

Tabla 9 Cuidados que se aplican en la atención a las pacientes con amenaza de parto pre-término

Categoría	Encuesta		Guía de observación	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Reposo absoluto	26	92.8	26	92.8
Control de signos vitales	15	53.5	14	50
Control de frecuencia cardiaca fetal	22	78.5	24	85.7
Administrar medicación	10	35.7	9	32.1

De los cuidados específicos que recomiendan las enfermeras a las pacientes con amenaza de parto pre termino, el 92.9% recomendó reposo absoluto, el 53.6% control de signos vitales, lo que concuerda con la guía de observación corroborando con los principales cuidados en esta patología.

Según Robert, Leiva & Germain ⁽³⁵⁾ en su estudio realizado demuestran que toda paciente que consulte a urgencia por contracciones uterinas cursando embarazo de entre 24+0 y 34+6 semanas será evaluada por monitoreo basal (RBNE) para constatar la presencia de contracciones uterinas y evaluación de la frecuencia cardíaca fetal. Las pacientes con dinámica uterina mayor o igual a 1 en 10 minutos continuarán con la evaluación de: tacto vaginal para evaluar las condiciones cervicales y ecografía transvaginal para la medición de la longitud del cérvix.

Tabla 10 Cuidados que se aplican en la atención a las pacientes con pre-eclampsia

Categoría	Encuesta		Guía de observación	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Control de signos vitales	25	89.3	25	89.3
Administrar medicación	15	46.4	17	60.7
Control de signos vasomotores	11	39.3	10	35.7
Control de ingesta y eliminación	13	53.6	12	42.8

De los cuidados específicos que recomiendan las enfermeras a las pacientes con pre-eclampsia, el 89.3% recomendó control de signos vitales, el 46.4% administrar medicación, el 46.4%, lo que concuerda con la guía de observación corroborando con los principales cuidados en esta patología.

Según Guevara & Meza el diagnóstico de preeclampsia, requiere evaluar el estado de salud de la gestante y el feto. En la gestante se debe realizar una evaluación clínica de las funciones neurológica, respiratoria y cardiovascular; al mismo tiempo se realizará una evaluación hematológica y bioquímica del número de plaquetas, pruebas de función renal (urea, creatinina y ácido úrico) y pruebas de función hepática (transaminasas y lactato deshidrogenasa) ⁽²⁵⁾ ⁽³⁶⁾. Se debe evaluar bienestar fetal con el monitoreo fetal electrónico, el perfil biofísico y estudio Doppler de las arterias umbilical y uterina, si se considerara necesaria la valoración del grado de madurez pulmonar fetal. ⁽²⁴⁾

La gestante con preeclampsia con signos de severidad o eclampsia requiere hospitalización inmediata para su manejo respectivo ⁽³⁷⁾, con el objetivo terapéutico de controlar la hipertensión arterial, prevenir la ocurrencia de convulsiones o su repetición, optimizar el volumen intravascular ⁽³⁸⁾, mantener una oxigenación arterial adecuada y diagnosticar y tratar precozmente las complicaciones. ⁽²⁴⁾

Tabla 11 Cuidados que se aplican en la atención a las pacientes con pacientes con ruptura prematura de membranas

Categoría	Encuesta		Guía de observación	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Control de signos vitales	23	82.1	24	85.7

Administrar medicación	24	85.7	23	82.1
Score mama	13	46.4	13	46.4
Monitoreo fetal	11	39.3	11	39.3

De los cuidados específicos que recomiendan las enfermeras a las pacientes con ruptura prematura de membranas, el 82.1% recomendó control de signos vitales, el 85.7%, lo que concuerda con la guía de observación corroborando con los principales cuidados en esta patología.

Según Gutiérrez cuando se ha determinado que la gestante con RPM pre-término tiene condiciones para ser manejada en forma expectante, se debe considerar en primer lugar que esto debe hacerse con hospitalización, enfocando la atención en una evaluación permanente que trate de determinar si existe en algún momento indicios de infección, signos de desprendimiento prematuro de placenta, compresión del cordón umbilical, alteración del bienestar fetal o presencia de signos de trabajo de parto. Debe indicarse monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal y monitorización ecográfica del crecimiento fetal. Se debe actuar manteniendo un alto índice de sospecha de la presencia de una infección precoz, en ausencia de fiebre, considerando criterios clínicos que tienen sensibilidad y especificidad variables para diagnosticarla. ⁽³⁹⁾

CONCLUSIONES

- A través de la recolección de datos se pudo identificar que las patologías más frecuentes en el servicio de Gineco-Obstetricia y centro obstétrico del Hospital Provincial General Docente Riobamba identificadas en las gestantes que cursan la segunda mitad del embarazo son: Amenaza de parto pre termino, preeclampsia, Ruptura prematura de Membranas y placenta previa, ya que existen factores de riesgo que predisponen a adquirirlos, pudiendo trascender a complicaciones más allá de la misma patología, dentro de las más comunes se encuentran el parto prematuro y complicaciones tanto maternas como fetales.
- Los cuidados de enfermería más relevantes en estas patologías son: control de signos vitales, educación sobre la importancia del reposo absoluto y monitoreo de la frecuencia cardiaca fetal, en todas las patologías; registro de ingesta/eliminación y inspección de signos vasomotores en pacientes con preeclampsia; control de pérdidas transvaginales en ruptura prematura de membranas y control de sangrado estricto en placenta previa, los cuales pueden ser evidenciados y detectados a tiempo con la promoción temprana de la salud y los controles prenatales.
- Se realiza un plan de cuidados de cada patología más frecuentes que están encaminadas al cuidado de la gestante en el servicio de Gineco Obstetricia y Centro Obstétrico y que están enfocadas de manera específica a cada patología; para fortalecer el bienestar materno-fetal procurando llegar a un embarazo a término en las mejores condiciones, para evitar complicaciones a corto y a largo plazo.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda a las estudiantes de enfermería hacer uso de la propuesta presentada, para dar cuidados específicos en las patologías más frecuentes durante sus prácticas formativas y pre profesionales en los servicios de su rotación, para generar propuestas que mejoren y faciliten la oferta de cuidados tanto generales como específicos a la población beneficiaria.
- Al personal de enfermería y estudiantes de la carrera, se recomienda hacer hincapié en la priorización de los cuidados que se deben realizar, enfocándose principalmente en las causas de la complicación obstétrica para asesorar y orientar a la paciente y familia sobre su tratamiento, exámenes y cuidados; por otra parte, ser prudente y concreta al momento de la valoración integral para lograr objetividad en la recolección de datos para determinar problemas y necesidades.
- A la carrera de enfermería; la generación de planes de cuidado en relación a los diagnósticos identificados en este estudio, con intervenciones encaminadas a promoción, prevención, tratamiento y recuperación, de las patologías más frecuentes durante la segunda mitad del embarazo, teniendo en cuenta a la familia como unidad integral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Silva AF, Francalino MJ, Azevedo Soares. Embarazo de alto riesgo: perfil clínico-epidemiológico de mujeres embarazadas atendidas en el servicio prenatal del Hospital Público de Maternidad de Rio Branco, Acre. [Online].; 2018 [cited 2020 mayo 05. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292018000300559&lng=en&tlng=en.
2. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna. [Online].; 2019 [cited 2020 mayo 05. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.
3. Fawed Reyes O, Erazo Coello A, Carrasco Medrano J, Gonzales D, Mendoza Talavera A, Mejía Rodríguez M, et al. Complicaciones Obstétricas en Adolescentes y Mujeres Adultas con o sin Factores de Riesgo Asociados, Honduras 2016. [Online].; 2016 [cited 2020 mayo 05. Available from: <http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/complicaciones-obsteacutetricas-en-adolescentes-y-mujeres-adultas-con-o-sin-factores-de-riesgo-asociados-honduras-2016.pdf>.
4. Organización Panamericana de la Salud Ecuador. Ecuador sin muertes maternas: un compromiso nacional. [Online]. [cited 2020 mayo 05. Available from: https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1528:ecuador-sin-muertes-maternas-un-compromiso-nacional&Itemid=360.
5. Ministerio de Salud Pública. Por segundo año consecutivo se redujo la mortalidad materna. [Online]. [cited 2020 mayo 05. Available from: <https://www.salud.gob.ec/por-segundo-ano-consecutivo-se-redujo-la-mortalidad-materna/>.
6. Martínez Royert J, Pereira Peñate M. Caracterización de las gestantes de alto riesgo obstétrico (ARO) en el departamento de Sucre (Colombia), 2015. [Online].; 2016 [cited 2020 mayo 05. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522016000300009&lang=es.
7. Hernández-Rojas P, García J, Colina A, Salazar L, Rojas J. ENFERMEDAD PERIODONTAL Y AMENAZA DE PARTO PRETERMINO HOSPITAL JOSÉ MARÍA BENITEZ. LA VICTORIA, EDO. ARAGUA. [Online].; 2017 [cited 2020

mayo 5. Available from:
<https://pdfs.semanticscholar.org/a731/a2f6e92abbab1f886e498fdb309cefab7c9.pdf>.

8. Álvarez Yañez DM, Pérez Bayona CL. Amenaza de parto pretérmino: una mirada desde el modelo de Mishel. [Online].; 2017 [cited 2020 mayo 05. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v35n1/v35n1a08.pdf>.
9. Quirós González G, Alfaro Piedra R, Bolívar Porras M, Solano Tenorio N. Amenaza de Parto Pretérmino. [Online].; 2016 [cited 2020 mayo 05. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2016/ucr161h.pdf>.
10. Huertas Tacchino E. Parto pretérmino: causas y medidas de prevención. [Online].; 2018 [cited 2020 mayo 05. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000300013.
11. Herrera A. Libro nanda noc nic. [Online].; 2013 [cited 2020 mayo 05. Available from: https://issuu.com/aherreramolina63/docs/libro_nanda_noc_nic.
12. Gutiérrez Ramírez JA, Díaz Montiel JC, Santamaría Benhumea AM, Sil Jaimes PA, Mendieta Zerón H, Herrera Villalobos JE. Asociación de factores de riesgo de preeclampsia en mujeres mexiquenses. [Online].; 2016 [cited 2020 mayo 05. Available from: <http://scielo.iics.una.py/pdf/hn/v8n1/v8n1a06.pdf>.
13. Herrera Sánchez. PREECLAMPسيا. [Online].; 2018 [cited 2020 mayo 05. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2018/rms183b.pdf>.
14. Torrez Morales F, Añez Saravia C. Morbimortalidad materna asociadas a preeclampsia en la Unidad de Cuidados Intensivos del HMIGU. [Online].; 2016 [cited 2020 mayo 05. Available from: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1012-29662016000200006&script=sci_arttext&tlng=en.
15. Lopes Ramos JG, Sass N, Martins Costa SH. Preeclampsia. [Online].; 2017 [cited 2020 mayo 05. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032017000900496.
16. González-Navarro P, Martínez-Salazar GG, García-Nájera O, Sandoval-Ayala OI. Preeclampsia, eclampsia y HELLP. [Online].; 2015 [cited 2020 mayo 05. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2015/cmas151x.pdf>.
17. Rodríguez-Bosch MR, Miranda-Araujo O, Reséndiz-Rossetti AE. Tratamiento de la ruptura prematura de membranas pretérmino (24-33.6 semanas): evidencia

- científica reciente. [Online].; 2018 [cited 2020 mayo 05. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0300-90412018000500319&script=sci_arttext.
18. Velaña-Sinchiguano J, Pico-Naranjo J. Ruptura prematura de membranas en el embarazo. [Online].; 2018 [cited 2020 mayo 05. Available from: <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/740/pdf>.
 19. Sarduy Rodríguez MdC, Sánchez Ramírez , Rodríguez Martínez. Sepsis en pacientes con rotura prematura de membranas pretérmino. [Online].; 2016 [cited 2020 mayo 05. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubobsgin/cog-2016/cog163h.pdf>.
 20. Ávila Darcia S, Alfaro Moya T, Olmedo Soriano. Generalidades sobre placenta previa y acretismo placentario. [Online].; 2016 [cited 2020 mayo 05. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revliescmed/ucr-2016/ucr163c.pdf>.
 21. Dulay. Placenta previa. [Online].; 2019 [cited 2020 mayo 05. Available from: <https://www.msmanuals.com/es-ec/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/placenta-previa>.
 22. Acho-Mego SC, Pichilingue JS, Díaz-Herrera J, Paredes-Salas JR. Hemorragia de la segunda mitad del embarazo en un hospital nacional de Lima. [Online].; 2011 [cited 2020 mayo 05. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322011000400006.
 23. Martín Iranzo R, Gorostidi Pérez M, Álvarez-Navascués R. Hipertensión arterial y embarazo. [Online].; 2011 [cited 2020 mayo 05. Available from: <https://www.revistanefrologia.com/es-hipertension-arterial-embarazo-articulo-X1888970011001019>.
 24. Guevara Ríos E, Meza Santibáñez L. Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú. [Online].; 2014 [cited 2020 mayo 05. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000400015.
 25. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists. Task Force on Hypertension in Pregnancy. Hypertension in Pregnancy.. Obstet Gynecol.. 2013.

26. Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. Módulo de capacitación en Pre-Eclampsia/ Eclampsia.. 2012 diciembre.
27. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.. Hipertensión arterial y gestación.. Guía Práctica de Urgencias en Obstetricia y Ginecología. 2008 mayo.
28. Pérez Rodríguez A, Roche M, Larrañaga C. Patología médica y embarazo. Trastornos gastrointestinales, neurológicos, cardiovasculares y dermatológicos. [Online].; 2009 [cited 2020 mayo 05. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200013.
29. Parodi K, Jose. DIABETES Y EMBARAZO. [Online].; 2016 [cited 2020 mayo 05. Available from: <http://www.bvs.hn/RFCM/pdf/2016/pdf/RFCMVol13-1-2016-5.pdf>.
30. Reece EA. J Matern Fetal Neonatal Med.. The fetal and maternal consequences. 2010.
31. Vadillo Ortega F, Beltrán Montoya , Zaga Clavellina. Infección intrauterina y nacimiento pretérmino. [Online].; 2004 [cited 2020 mayo 05. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83762004000100013.
32. Karlsson H, Pérez Sanz C. Hemorragia postparto. [Online].; 2009 [cited 2020 mayo 05. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200014.
33. Luque Fernández MA, María Isabel OR. Diferencias culturales en la percepción y vivencia del parto. [Online].; 2005 [cited 2020 mayo 05. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000100002.
34. American Pregnancy. La Placenta Previa: Los Síntomas, Las Causas y El Tratamiento. [Online].; 2015 [cited 2020 mayo 05. Available from: <https://americanpregnancy.org/es/pregnancy-complications/placenta-previa/>.
35. Robert JA, Leiva JL, Germain. Protocolo de manejo en pacientes con amenaza de parto prematuro en clínica las condes. [Online].; 2014 [cited 2020 mayo 05. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-protocolo-manejo-pacientes-con-amenaza-S0716864014706431>.

36. American College of Obstetricians and Gynecologists.. Diagnosis and Management of Preeclampsia and Eclampsia.. Practice Bulletin Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists. 2002;(33).
37. Bautista A. Hipertensión y embarazo. Toxemia gravídica. exto de obstetricia y perinatología. Una contribución a la enseñanza del arte, ciencia y tecnología.: Pharmacia Upjohn; 1999.
38. Instituto Nacional Materno Perinatal. Procedimientos en Obstetricia y Perinatología.. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología.. 2014.
39. Gutiérrez Ramos M. Manejo actual de la rotura prematura de membranas en embarazos pretérmino. [Online].; 2018 [cited 2020 mayo 05. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000300014&lng=es&nrm=iso.

ANEXOS

Anexo 1. Autorizadas por la institución

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Coordinación Zonal 3 - Salud
Hospital Provincial General Docente Riobamba / Gestión de Docencia e Investigación

Memorando Nro. MSP-CZ3-HPGDR-DE-2020-0140-M

Riobamba, 08 de abril de 2020

PARA: Sra. Dra. Zully Mayra Romero Orellana
Directora Asistencial Médica (E)

ASUNTO: AUTORIZACIÓN PROYECTO INVESTIGACIÓN PRESENTADA POR
LAS SRTAS. MAZON MOREJON ARIANA JANETH, ROBALINO
BALSECA EVELYN RAQUEL

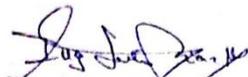
De mi consideración:

Acuso recibo del Oficio N° 0148-CE-FCS-2020, enviado por la MSc. Mónica Valdiviezo M. Directora de Carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Chimborazo, quien solicita autorización para el desarrollo del estudio de investigación respecto al tema "CUIDADOS DE ENFERMERIA EN COMPLICACIONES OBSTETRICAS DURANTE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO", presentado por las Srtas. MAZON MOREJON ARIANA JANETH, ROBALINO BALSECA EVELYN RAQUEL la Unidad de Docencia e Investigación **APRUEBA**, una vez que se presentan los documentos habilitantes de acuerdo a las disposiciones del MSP, y se brinde las facilidades en el servicio de Gineco-Obstetricia, Centro obstétrico

- 1.- Formulario para la presentación de protocolos de investigaciones observacionales en salud.
- 2.- Declaración final con firmas de responsabilidad.
- 3.- Acuerdo de confidencialidad por acceso a información en temas relacionados a salud con firmas de responsabilidad.
- 4.- Carta de compromiso con firmas de responsabilidad

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,



Espe. Julia Lucila Díaz Merino
ANALISTA DE DOCENCIA I /COORDINADORA DE LA UNIDAD DE
DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Dirección: Av. Juan Félix Proaño S/N y Chile
Código Postal: Riobamba - Ecuador
Teléfono: 593 (03) 2965725 / 2628064

Impreso por Orquídea

Lenín



EL GOBIERNO
DE TODOS

Anexo 2. Instrumento



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

Instrumento de evaluación del cuidado de enfermería en complicaciones obstétricas durante la segunda mitad del embarazo. Hospital Provincial General Docente Riobamba.

El presente instrumento está dirigido a las profesionales de enfermería que asisten a pacientes con complicaciones obstétricas durante la segunda mitad del embarazo, su objetivo es determinar los cuidados de enfermería en pacientes con complicaciones obstétricas que permitan la estructuración de un plan de cuidados en función de las patologías más frecuentes. 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 profesional de enfermería: _____ CI: _____

Cuestionario

CUÁLES SON LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS MÁS FRECUENTES EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA

Hemorragias obstétricas en la segunda mitad del embarazo

Si

No

Si su respuesta es sí, cual es la más frecuente:

a) Placenta previa

b) Desprendimiento normo placentario

c) Ruptura uterina

Trastornos hipertensivos en la segunda mitad del embarazo

Si

No

Si su respuesta es sí, cual es la más frecuente:

a) Hipertensión gestacional

b) Pre-eclampsia con signos de gravedad

- c) Pre-eclampsia sin signos de gravedad
- d) Eclampsia
- e) Síndrome de Hellp
- f) Hipertensión crónica

Enfermedades metabólicas

Si No

Si su respuesta es sí, cual es la más frecuente:

- a) Diabetes gestacional
- b) Hipotiroidismos
- c) Hipertiroidismo

¿En el servicio de gineco-obstetricia, la causa más frecuente de amenaza de parto pre termino es?

- a) Afecciones ovulares
- b) Infecciones del tracto urinario y cérvicovaginales
- c) Placenta previa
- d) Trastornos hemorrágicos en la segunda mitad del embarazo
- e) Trastornos hipertensivos de la segunda mitad del embarazo
- f) Enfermedades metabólicas

Si llega a su turno una paciente con diagnóstico de puerperio normal inmediato y presenta hemorragia obstétrica. ¿cuál de las siguientes acciones emprendería?

- a) Activar clave roja, cumplir con el protocolo, valoración, examen físico, intervención de enfermería.
- b) Activar clave roja, cumplir con el protocolo, intervención de enfermería, priorización de problemas o necesidades, ejecución de cuidados.
- c) Activar clave roja, cumplir con el protocolo, priorización de necesidades, intervenciones de enfermería, ejecución de cuidados.

- d) Activar clave roja, cumplir con el protocolo, valoración, examen físico, priorización de problemas o necesidades, ejecución de cuidados.

Durante su práctica diaria. ¿qué necesidades considera importantes para mejorar su atención en función de la diversidad (cultura, religión, etnia, posición económica, extranjeros, etc.)?

- a) Físicas, biológicas, sociales, culturales
- b) Físicas, económicas, sociales y culturales
- c) Físicas, humanas, económicas y culturales
- d) Físicas, educativas, humanas y culturales

Que cuidados específicos recomienda para la atención de pacientes con placenta previa; por favor cite al menos 4.

Que cuidados específicos recomienda para la atención de pacientes con amenaza de parto pre termino; por favor cite al menos 4.

Que cuidados específicos recomienda para la atención de pacientes con preeclampsia; por favor cite al menos 4.

Que cuidados específicos recomienda para la atención de pacientes con ruptura prematura de membranas; por favor cite al menos 4.

Anexo 3. Guía de valoración estructurada



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA
Guía de observación oculta**

CUÁLES SON LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS MÁS FRECUENTES EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA

Hemorragias obstétricas en la segunda mitad del embarazo

Si

No

Si su respuesta es sí, cual es la más frecuente:

d) Placenta previa

e) Desprendimiento normo placentario

f) Ruptura uterina

Trastornos hipertensivos en la segunda mitad del embarazo

Si

No

Si su respuesta es sí, cual es la más frecuente:

g) Hipertensión gestacional

h) Pre-eclampsia con signos de gravedad

i) Pre-eclampsia sin signos de gravedad

j) Eclampsia

k) Síndrome de Hellp

l) Hipertensión crónica

Enfermedades metabólicas

Si

No

Si su respuesta es sí, cual es la más frecuente:

- d) Diabetes gestacional
- e) Hipotiroidismos
- f) Hipertiroidismo

¿En el servicio de gineco-obstetricia, la causa más frecuente de amenaza de parto pre termino es?

- g) Afecciones ovulares
- h) Infecciones del tracto urinario y cérvicovaginales
- i) Placenta previa
- j) Trastornos hemorrágicos en la segunda mitad del embarazo
- k) Trastornos hipertensivos de la segunda mitad del embarazo
- l) Enfermedades metabólicas

Que cuidados específicos recomienda para la atención de pacientes con placenta previa; por favor cite al menos 4.

- Aplicar de manera adecuada la anamnesis.
- Caracterizar la metrorragia presente (color, olor, cantidad)
- Control de frecuencia, intensidad y duración de las contracciones uterinas.
- Fomentar un ambiente confortable que permita aliviar el dolor de forma farmacológica.
- Garantizar el reposo absoluto.

Que cuidados específicos recomienda para la atención de pacientes con amenaza de parto pre termino; por favor cite al menos 4.

- Vigilar la perdida de líquido o sangre por la vagina.
- Monitorizar signos vitales, controlar diuresis y balance hídrico.
- Mantener reposo relativo durante 24 horas.
- Monitorizar la dinámica uterina ritmo y frecuencia de las contracciones.
- Explorar altura uterina, situación y presentación fetal. (maniobras de Leopold)

Que cuidados específicos recomienda para la atención de pacientes con pre-eclampsia; por favor cite al menos 4.

- Vigilar el estado de hidratación (mucosas húmedas, pulso adecuado y presión sanguínea ortostática), según sea el caso.
- Observar si hay indicios de sobrecarga y retención de líquidos (crepitaciones, edema, distensión de venas del cuello y ascitis).
- Controlar la eliminación. (frecuencia, color, olor)
- Proporcionar ayuda para que la paciente puede deambular.
- Monitorizar constantes vitales y signos de preeclampsia.

Que cuidados específicos recomienda para la atención de pacientes con ruptura prematura de membranas; por favor cite al menos 4.

- Mantener a la paciente en reposo.
- Caracterizar la salida de líquido por genitales. (acuoso con tinte hemático)
- Vigilar frecuencia de la dinámica uterina.
- Controlar síntomas de infección que pueden incluir fiebre y dolor.
- Brindar medidas de confort no farmacológicas.

Si llega a su turno una paciente con hemorragia obstétrica. ¿cuál de las siguientes acciones emprendería?

- e) Activar clave roja, cumplir con el protocolo, valoración, examen físico, intervención de enfermería.
- f) Activar clave roja, cumplir con el protocolo, intervención de enfermería, priorización de problemas o necesidades, ejecución de cuidados.
- g) Activar clave roja, cumplir con el protocolo, priorización de necesidades, intervenciones de enfermería, ejecución de cuidados.
- h) Activar clave roja, cumplir con el protocolo, valoración, examen físico, priorización de problemas o necesidades, ejecución de cuidados.

Durante su práctica diaria. ¿qué necesidades considera importantes para mejorar su atención en función de la diversidad (cultura, religión, etnia, posición económica, extranjeros, etc.)?

- e) Físicas, biológicas, sociales, culturales.
- f) Físicas, económicas, sociales y culturales.
- g) Físicas, humanas, económicas y culturales.
- h) Físicas, educativas, humanas y culturales.

Anexo 4. Matriz para recopilar los datos de las patologías más frecuentes.

N°	NOMBRE	CEDULA	DIAGNÓSTICO
1	MCF	0605207760	Oligoamnios + APP
2	BGJA	06051186006	RPM
3	PMNC	06050149610	Preeclampsia
4	BPYM	0606396109	RPM
5	PPN	0605673953	APP
6	ZNS	1807478932	APP
7	TLAA	0605385996	Preeclampsia
8	MVSC	1724792401	APP
9	IGM	0605325468	RPM
10	ECEI	0604268029	RPM
11	PCOS	06050014442	Preeclampsia
12	GVMJ	0603716226	Preeclampsia
13	CBDP	06031951517	Preeclampsia
14	AOCY	0605122746	Oligoamnios
15	SPYY	0604159806	Placenta previa
16	LMA	0604790873	Preeclampsia
17	MBAL	0604929380	APP
18	QMMD	0603687849	APP
19	CLDE	0604271791	APP
20	MMVJ	0927982314	Preeclampsia
21	TÑAM	06050345655	APP
22	TYMJ	0604490789	APP
23	OGVJ	25925211	APP
24	PCJE	0605086883	Diabetes gestacional
25	LMTE	0604864512	APP
26	LSMG	0603811282	APP
27	QCAG	1004366397	APP
28	TLI	0605349216	Oligoamnios + Preeclampsia
29	PVMB	0604519124	Eclampsia
30	GCM	06044048574	Placenta previa

31	PMMR	0930885512	APP
32	EAA	0605321884	Preeclampsia
33	MGTX	0604813591	Preeclampsia
34	VCA	0603274754	APP
35	RRMJ	0605082957	Preeclampsia
36	PYC	06040305110	Preeclampsia
37	RVA	0603695651	APP
38	QISP	0603147125	APP
39	RNML	1724834468	APP
40	LPL	060496634	APP
41	MHMM	0605241265	Preeclampsia + APP
42	TCA	06050172968	APP
43	SLV	0604731216	RPM
44	YGR	0604805929	APP
45	MDJM	0605027213	APP
46	TPGC	0604693536	Oligoamnios
47	NNM	0650045990	APP
48	CVYL	0650285117	APP
49	HBKY	0604022095	APP
50	SHAA	0604409995	APP

Anexo 5. Validación de instrumento



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



CRITERIOS PARA LA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

CUESTIONARIO DE VALIDACIÓN POR ESPECIALISTAS

Luego de expresar un cordial saludo y desearle éxito en sus funciones, de la manera más comedida, le solicitamos que emita su criterio en calidad de especialista, acerca del test que se adjunta, el cual constituye el instrumento para la recolección de los datos durante una investigación con el propósito de: determinar los cuidados de enfermería en pacientes con complicaciones obstétricas; los criterios evaluativos deberán ser expresados atendiendo las siguientes categorías: muy adecuado (MA), , adecuado (A), poco adecuado (PA), inadecuado (I). Exprese lo que considere pertinente con el fin del perfeccionamiento del referido instrumento.

Nº	ASPECTOS	MA	A	PA	I
1	Claridad de las preguntas		/		
2	Pertinencia de las preguntas	/			
3	Aplicabilidad en el área	/			
4	Confiabilidad del instrumento	/			
5	Analiza la actuación ética del evaluador en caso de aplicación de instrumentos de evaluación de conocimiento	/			
6	El resultado de este instrumento es coherente con el objetivo que se persigue	/			
7	Veracidad en la información	/			
8	Analiza la actuación ética en el instrumento		/		



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



9	Describe las características, condiciones y procedimientos del uso del instrumento en la recogida de información		/		
10	Relaciona el instrumento de desempeño profesional con la técnica correspondiente a la evidencia a recoger		/		

Recomendaciones: Utilizar sinónimos para que todas las preguntas sean de fácil entendimiento o comprensión.

Por su colaboración, le adelantamos nuestros agradecimientos.

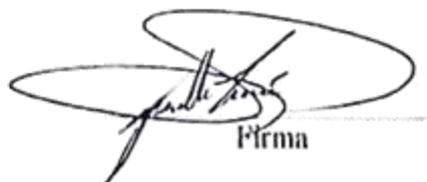
Atentamente,

Equipo investigador

Tutora: MsC. Graciela Rivera

Autoras: Robalino Evelyn y Ariana Mazón

Nombres y Apellidos Gabriela Elizabeth Domínguez Fecha: 2/4/2020
 Institución en la que labora Universidad Nacional de Chimborazo
 Años de servicio 3 Profesión: Licenciada en Enfermería
 Mayor grado científico PhD. Maestría
 Nombre del postgrado de mayor grado científico _____


 Firma

Titulación F.D

Anexo 6. Consentimiento informado del instrumento

El presente instrumento está dirigido a las profesionales de enfermería que asisten a pacientes con complicaciones obstétricas durante la segunda mitad del embarazo, su objetivo es determinar los cuidados de enfermería en pacientes con complicaciones obstétricas que permitan la estructuración de un plan de cuidados en función de las patologías más frecuentes. 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 profesional de enfermería: _____ **CI:** _____

Anexo 7 Plan de cuidados de Amenaza de parto pre termino

Diagnósticos de enfermería priorizados

- Riesgo de la alteración de la diada materno fetal

R/C Complicaciones del embarazo (Amenaza de Parto Pre termino), cuidados prenatales inadecuados

- Dolor de parto

R/C Dilatación cervical

M/P Contracción uterina, expresión facial de dolor

- Conocimientos deficientes

R/C Conocimientos insuficientes de los recursos

M/P Conocimiento insuficiente

Dominio: 8. Sexualidad	
Diagnóstico: Riesgo de la alteración de la diada materno fetal R/C Complicaciones del embarazo (Amenaza de Parto Pre termino), cuidados prenatales inadecuados	
Resultados e indicadores	Intervenciones y actividades
Estado materno: Parto Estado fetal prenatal Conducta sanitaria prenatal <ul style="list-style-type: none"> • Signos de alarma de las complicaciones del embarazo 	Supresión de las contracciones de parto: <ul style="list-style-type: none"> • Comentar el reposo y los límites de la actividad durante la fase aguda de la supresión del trabajo de parto • Registrar la actividad uterina mediante palpación, así como la monitoriza al feto. • Realizar una exploración cervical para comprobar dilatación, borramiento, ablandamiento y posición del cuello uterino • Comenzar la tocólisis oral o subcutánea, después de conseguir el reposo uterino Cuidados del embarazo de alto riesgo <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar el estado físico y psicosocial muy atentamente durante el embarazo • Reconocer los factores demográficos y sociales relacionados con malos resultados del embarazo • Instruir a la paciente sobre el uso de fármacos prescritos • Explicar sobre los riesgos fetales asociado con parto prematuro en las diversas edades de gestación

Dominio: 12 Confort	
Diagnóstico: Dolor de parto R/C Dilatación cervical M/P Contracción uterina, expresión facial de dolor	
Resultados e indicadores	Intervenciones y actividades
Control del dolor Conocimiento: Parto y alumbramiento <ul style="list-style-type: none"> • Reconoce factores causales • Utiliza medidas de alivio no analgésico 	Manejo del dolor <ul style="list-style-type: none"> • Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida durante el tiempo del mismo. • Explorar con el paciente los factores que alivian o empeoran el dolor • Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor en caso de ser infección Masaje <ul style="list-style-type: none"> • Seleccionar la zona del cuerpo que han de masajearse • Preparar un ambiente cálido, cómodo, íntimo sin distracciones • Hacer masaje con movimientos continuos, uniformes, largos, con las palmas dedos o pulgares.

Dominio: 5. Percepción / Cognición	
Diagnóstico: Conocimientos deficientes R/C Conocimientos insuficientes de los recursos M/P Conocimiento insuficiente	
Resultados e indicadores	Intervenciones y actividades
Conocimiento: Conducta sanitaria	Educación para la salud

<p>Conocimiento: Estilo de vida saludable</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de promoción e la salud• Estrategias para evitar exposiciones medioambientales	<ul style="list-style-type: none">• Identificar factores internos y externos que puedan mejorar o disminuir las conductas saludables• Determinar el contexto personal y el historial sociocultural de la conducta sanitaria personal, familiar o comunitaria• Determinar el conocimiento sanitario actual y las conductas del estilo de vida de la paciente• Brindar información adecuada de acuerdo a las molestias, signos y síntomas de la paciente. <p>Enseñanza</p> <ul style="list-style-type: none">• Valorar el nivel actual de conocimiento y comprensión de contenidos del paciente• Proporcionar folletos, videos y recursos en línea educativos• Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y exprese sus inquietudes• Corregir las malas interpretaciones de la información• Proporcionar un ambiente que conduzca el aprendizaje
---	---

Anexo 8 Plan de cuidados de Preeclampsia

Diagnósticos de enfermería priorizados

- Riesgo de la alteración de la diada materno fetal

R/C Complicaciones del embarazo (Preeclampsia), compromiso del transporte fetal de oxígeno (hipertensión)

- Disminución del gasto cardiaco

R/C Alteración del volumen de eyección

M/P Alteraciones en la presión arterial

- Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz

R/C Hipertensión

- Disconfort

R/C Síntomas relacionados con la enfermedad/ Régimen terapéutico

M/P Síntomas de mal estar, sensación de calor, sensación de disconfort, inquietud, intranquilidad en la situación

Dominio: 08. Sexualidad	
Diagnóstico: Riesgo de la alteración de la diada materno fetal R/C Complicaciones del embarazo (Preeclampsia), compromiso del transporte fetal de oxígeno (hipertensión)	
Resultados e indicadores	Intervenciones y actividades
<p>Estado materno: Parto</p> <p>Estado fetal prenatal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cefalea • Presión arterial • Proteinuria 	<p>Cuidados prenatales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar las necesidades, preocupaciones y preferencias, fomentar la toma de decisiones e identificar y abordar los obstáculos • Monitorizar la aparición de signos vasomotores (hipertensión, cefalea holocraneana, tinnitus, escotomas, epigastralgia, proteinuria) • Instruir a la paciente sobre las pruebas de laboratorio que deben realizarse (análisis de orina, sangre, ecografía) • Monitorizar los movimientos fetales <p>Cuidados del embarazo de alto riesgo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar el estado físico y psicosocial muy atentamente durante el embarazo • Reconocer los factores demográficos y sociales relacionados con malos resultados del embarazo • Instruir a la paciente sobre el uso de fármacos prescritos • Explicar sobre los riesgos fetales asociado con parto prematuro en las diversas edades de gestación

Dominio: 04 Actividad /Reposo	
Diagnóstico: Disminución del gasto cardiaco R/C Alteración del volumen de eyección M/P Alteraciones en la presión arterial	
Resultados e indicadores	Intervenciones y actividades
<p>Estado circulatorio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presión arterial sistólica • Presión arterial diastólica • Temperatura de la piel disminuida • 	<p>Cuidados circulatorios</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica (pulsos periféricos, edema, relleno capilar, color y temperatura) • Mantener la hidratación adecuada para disminuir la viscosidad de la sangre, a la vez evitar sobrecarga de líquidos ya que el endotelio deja pasar liquido al espacio intersticial • Administrar medicación: Sulfato de magnesio principalmente <p>Regulación hemodinámica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar una valoración exhaustiva del estado hemodinámico (presión arterial, frecuencia cardiaca, hematocrito etc.) • Aliviar las preocupaciones proporcionando una información precisa y corrigiendo cualquier idea errónea • Vigilar entradas y salidas • Realizar un sondaje vesical

Dominio: 04 Actividad / Reposo	
<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico: Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz R/C Hipertensión 	
Resultados e indicadores	Intervenciones y actividades
Perfusión tisular: Cerebral <ul style="list-style-type: none"> • Cefalea • Presión sanguínea • Reflejos neurológicos alterados 	Mejora de la perfusión cerebral <ul style="list-style-type: none"> • Administrar y ajustar la dosis de fármacos vaso activos según la prescripción para mantener los parámetros hemodinámicos • Observar la presencia de signos vasomotores y monitorizar el estado neurológico • Monitorizar la presión arterial • Monitorizar los valores de laboratorio como son: proteinuria recuento de plaquetas, función hepática, problemas renales que no sean proteínas en la orina, edema pulmonar Manejo de las convulsiones <ul style="list-style-type: none"> • Permanecer con la paciente durante la crisis • Mantener la vía aérea permeable • Administre oxígeno a 4 L/minuto por catéter nasal o 10 L/minuto por máscara. • Monitorización continua

Dominio: 12 Confort	
Diagnóstico: Disconfort R/C Síntomas relacionados con la enfermedad/ Régimen terapéutico M/P Síntomas de mal estar, sensación de calor, sensación de disconfort, inquietud, intranquilidad en la situación	
Resultados e indicadores	Intervenciones y actividades
Estado de comodidad Nivel de dolor <ul style="list-style-type: none"> • Bienestar físico • Control de síntomas 	Manejo ambiental confort <ul style="list-style-type: none"> • Ajustar la iluminación de forma que se adapte a las actividades de la persona, evitando la luz directa a los ojos • Ajustar la temperatura ambiental que sea más cómoda para la paciente • Evitar exposiciones innecesarias • Colocar a la paciente de forma que facilite la comodidad (utilizando principios de alineación corporal, apoyo con almohadas, etc.) Disminución de la ansiedad <ul style="list-style-type: none"> • Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar. • Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico. • Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos • Crear un ambiente que facilite la confianza

Anexo 9 Plan de cuidados de Ruptura Prematura de Membranas

Diagnósticos de enfermería priorizados

- Riesgo infección

R/C Ruptura Prematura de membranas

- Riesgo de la alteración de la diada materno fetal

R/C Complicaciones del embarazo (Ruptura prematura de membranas)

- Disconfort

R/C Régimen terapéutico M/P malestar

- Disposición para mejorar la gestión de la salud

R/C Expresa deseo de mejorar la gestión de la enfermedad

Dominio: 11. Seguridad / Protección	
Diagnóstico: Riesgo infección R/C Ruptura Prematura de membranas	
Resultados e indicadores	Intervenciones y actividades
Detección del riesgo de la infección <ul style="list-style-type: none"> • Aumento de leucocitos • Dolor • Hipertermia 	Control de infecciones <ul style="list-style-type: none"> • Administrar un tratamiento antibiótico cuando sea adecuado • Educar a la paciente sobre técnicas de higiene de la zona afectada (genitales). • Instruir a la paciente y familiares acerca de los signos y síntomas de infección Identificación de riesgos <ul style="list-style-type: none"> • Revisar los antecedentes médicos y los documentos previos para determinar las evidencias de los diagnósticos médicos y cuidados actuales o anteriores • Determinar el cumplimiento de los tratamientos médicos y de enfermería • Instruir sobre los factores de riesgo y planificar la reducción del riesgo

Dominio: 08. Sexualidad	
Diagnóstico: Riesgo de la alteración de la diada materno fetal R/C Complicaciones del embarazo (Ruptura prematura de membranas)	
Resultados e indicadores	Intervenciones y actividades
Estado materno: Parto Estado fetal prenatal	Vigilancia al final del embarazo <ul style="list-style-type: none"> • Comentar el reposo y los límites de la actividad en complicaciones del embarazo

<ul style="list-style-type: none"> • Leucorrea • Sangrado vaginal 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar una exploración cervical para comprobar dilatación, borramiento, ablandamiento y posición del cuello uterino • Registrar la actividad uterina mediante palpación, así como por medio de monitorización fetal electrónica • Observar la presencia y la calidad de los movimientos fetales <p>Cuidados del embarazo de alto riesgo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar el estado físico y psicosocial muy atentamente durante el embarazo • Reconocer los factores demográficos y sociales relacionados con malos resultados del embarazo • Instruir a la paciente sobre el uso de fármacos prescritos • Observar el índice de líquido amniótico
---	--

Dominio: 11 Seguridad / Protección	
Diagnóstico: Disconfort R/C Régimen terapéutico M/P malestar	
Resultados e indicadores	Intervenciones y actividades
<p>Estado de comodidad física</p> <p>Nivel de miedo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bienestar físico • Posición cómoda. 	<p>Manejo ambiental: Confort</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar al paciente de forma que se facilite su comodidad (almohadas) • Facilitar medidas de higiene para mantener comodidad de la persona. • Crear un ambiente tranquilo y de apoyo

<ul style="list-style-type: none"> • Inquietud 	<p>Cambio de posición</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitar colocar a la paciente en una posición que aumente el dolor • Educación sobre la importancia del reposo absoluto • Enseñar al paciente a adoptar una buena postura y utilizar una buena mecánica corporal mientras realiza cualquier actividad
---	--

<p>Dominio: 01. Promoción de la salud</p>	
<p>Diagnóstico: Disposición para mejorar la gestión de la salud R/C Expresa deseo de mejorar la gestión de la enfermedad</p>	
<p>Resultados e indicadores</p>	<p>Intervenciones y actividades</p>
<p>Conducta de fomento de la salud</p> <p>Participación en las decisiones sobre la asistencia sanitaria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utiliza conductas para evitar los riesgos • Realiza los hábitos sanitarios • Equilibra actividad y reposo • Manifiesta autocontrol en la toma de decisiones 	<p>Educación para la salud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar los factores internos y externos que puedan mejorar o disminuir la motivación para seguir conductas saludables • Identificar las características de la población que afectan a la selección de estrategias • Priorizar las necesidades de aprendizaje identificadas en función de las preferencias de la paciente, habilidades de la enfermera, recursos disponibles y probabilidades de éxito en la consecución de las metas. • Formular os objetivos del programa de educación para la salud <p>Cuidados prenatales</p>

	<ul style="list-style-type: none">• Identificar las necesidades, preocupaciones y preferencias de la paciente, fomentar la implicación en la toma de decisiones e identificar y abordar los obstáculos para los cuidados• Instruir a la paciente sobre la percepción de los movimientos fetales y la importancia de monitorizar la actividad fetal• Instruir a la paciente sobre los signos de peligro que requieren su notificación inmediata.
--	---

Anexo 10 Plan de cuidados de Placenta previa

Diagnósticos de enfermería priorizados

- Riesgo de la alteración de la diada materno fetal

R/C Complicaciones del embarazo (Placenta previa)

- Riesgo de sangrado

R/C Complicaciones del embarazo (placenta previa).

- Riesgo de infección

R/C Conocimientos deficientes para evitar la exposición a los agentes patógenos.

Dominio: 08. Sexualidad	
Diagnóstico: Riesgo de la alteración de la diada materno fetal R/C Complicaciones del embarazo (Placenta previa)	
Resultados e indicadores	Intervenciones y actividades
<p>Estado materno: Parto</p> <p>Estado fetal prenatal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sangrado vaginal • Dolor abdominal • Frecuencia cardíaca fetal 	<p>Cuidados prenatales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar las necesidades, preocupaciones y preferencias de la paciente, fomentar la implicación en la toma de decisiones identificar y abordar los obstáculos para los cuidados. • Comentar la importancia de participar en los cuidados prenatales durante toda la gestación, alentando a la vez la implicación de la pareja y de la paciente. • Medir la altura de fondo uterino y comparar con la edad gestacional. • Instruir a la paciente sobre la percepción de los movimientos fetales y la importancia de monitorización la actividad fetal. <p>Cuidados del embarazo de alto riesgo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar el conocimiento de la paciente de los factores de riesgo identificados • Fomentar la expresión de sentimientos y miedos acerca de cambios en el estilo de vida, bienestar fetal, cambios económicos, funcionamiento familiar y seguridad personal. • Revisar la historia clínica para ver si hay factores de riesgo relacionados con el embarazo (prematuridad, placenta previa).

	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir a la paciente sobre técnicas de autocuidado para aumentar las posibilidades de un resultado saludable (hidratación, dieta, actividades, importancia de chequeos prenatales regulares).
--	---

Dominio: 11 Seguridad / Protección	
Diagnóstico: Riesgo de sangrado R/C Complicaciones del embarazo (placenta previa).	
Resultados e indicadores	Intervenciones y actividades
<p>Control del riesgo</p> <p>Conocimiento seguridad personal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconoce los factores de riesgo personales • Utiliza los recursos sanitarios de acuerdo a sus necesidades 	<p>Enseñanza proceso de enfermedad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar la fisiopatología de la enfermedad y de se relaciona con la fisiología y anatomía según el caso. • Enseñar al paciente medidas para controlar o minimizar síntomas según corresponda • Comentar los cambios en el estilo de vida que pueden ser necesarios para evitar futuras complicaciones y controlar el proceso enfermedad <p>Facilitar el aprendizaje</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer metas de aprendizaje realistas con el paciente. • Adaptar la información para que cumpla con el estilo de vida/rutina del paciente • Utilizar un lenguaje familiar.

Dominio: 11 Seguridad / Protección	
Diagnóstico: Riesgo de infección R/C Conocimientos deficientes para evitar la exposición a los agentes patógenos.	
Resultados e indicadores	Intervenciones y actividades
<p>Estado materno preparto</p> <p>Severidad de la infección</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sangrado vaginal • Fiebre 	<p>Cuidados prenatales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar con la higiene • Instruir al paciente o a los allegados sobre la inspección del periné para detectar signos patológicos. • Limpiar el periné exhaustivamente con regularidad • Monitorizar movimientos fetales <p>Identificaciones de riesgos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar los riesgos biológicos, ambientales y conductuales, así como sus interrelaciones • Determinar el cumplimiento de los tratamientos médicos y de enfermería • Instruir sobre los factores de riesgo y planificar la reducción del riesgo • Comentar y planificar las actividades de reducción del riesgo en colaboración con la paciente y su familia