Plan de cuidados de la gestante con rotura prematura de membranas pretérmino

Leonor Vivanco Montes

Universidad Complutense de Madrid. Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología.
Facultad de Medicina, Pabellón 2, 3ª planta. Avda Complutense s/n. Ciudad Universitaria. 28040 Madrid.
mlvivancomontes@yahoo.es

Tutora

Pilar Mori Vara

Universidad Complutense de Madrid. Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología.
Facultad de Medicina, Pabellón 2, 3ª planta. Avda Complutense s/n. Ciudad Universitaria. 28040 Madrid.
pmori@enf.ucm.es

Resumen: la rotura prematura de membranas ovulares (RPM), es una complicación del embarazo que causa el 40% de los partos pretérmino y conlleva el 10% de la mortalidad perinatal. Se desarrolla un Plan de Cuidados para cubrir las necesidades individualizadas de una mujer en la semana 32+5 de gestación que presenta la patología referida. El objetivo es la utilización de dicho Plan de Cuidados como modelo para el personal de enfermería en la planta de embarazo patológico, aplicando la metodología enfermera. Se realiza una búsqueda bibliográfica sobre la patología estudiada, la metodología enfermera actual, documentación clínica y la experiencia profesional en los cuidados proporcionados a la paciente obstétrica. El resultado es un Plan de Cuidados adaptado a la mujer y a su familia con un enfoque holístico. Nos fundamentaremos en el modelo de Virginia Henderson que permite utilizar la taxonomía de la NANDA para formular los problemas identificados.

Palabras clave: Embarazo-Complicaciones y secuelas. Mujeres embarazadas-Cuidados. Rotura prematura de membranas.

Abstract: Premature rupture of ovular membranes (PRM) is a complication of pregnancy that causes 40% of preterm deliveries and comports 10% of perinatal mortality. We develop a plan of care to cover the individualized needs of a woman at 32 + 5 weeks of gestation that presents the aforementioned pathology. The main objective is to run this plan of care as a model for nurses in the ward of pathologic pregnancy, putting into practice the nurse methodology of care. For this purpose we carry out a bibliographic search about the studied pathology, the current nurse methodology, clinical documentation and professional experience in the care provided to obstetric patient. The result is a plan of care adapted to women and their families under a holistic approach that tries to unit essential cares. We stand on the model of

Virginia Henderson that allows us to use NANDA's taxonomy to formulate identified problems.

Keywords: Pregnant-Care plans. Premature rupture of membranes.

INTRODUCCIÓN

La rotura prematura de membranas (RPM) ovulares, se entiende como la pérdida de la integridad del saco ovular, con la consiguiente salida de líquido amniótico (LA) y la puesta en comunicación de la cavidad amniótica con el canal endocervical y la vagina. Sucede antes del inicio del parto, y con independencia de la edad gestacional^(1,2,3).

Según la época de gestación, se divide en:

- RPM pretérmino. Antes de la semana 37 de gestación.
- RPM a término. Posterior a la semana 36 completa de gestación.

El lugar donde se produce la RPM:

- Rotura alta: se produce una fisura por encima de la presentación fetal, persistiendo bolsa amniótica por delante de la misma.
- Rotura baja: la rotura ocurre por delante de la presentación fetal. No hay bolsa amniótica por delante de ella.

A la hora de orientar el tratamiento, se clasifican según la semana de gestación en la que se produjo la rotura:

- Mayor o igual a 35 semanas: Fetos maduros
- Entre 26 y 34 semanas: Fetos inmaduros
- Menor a 26 semanas: Fetos pre-viables.

La clasificación se realiza en base a las diferencias que existen en cuanto a la actitud obstétrica y los resultados perinatales en los tres grupos, aunque serían susceptibles de modificación según las características asistenciales de las Unidades Neonatales de cada Hospital^(1,2,3).

Frecuencia e importancia

Entre el 60 y el 80% de las RPM (según autores) se producen en los embarazos a término de 37 semanas completas de gestación. La incidencia de complicaciones en este grupo es pequeña, aunque a veces puede tener consecuencias graves como

corioamnionitis, endometritis, sepsis puerperal, prolapso de cordón y desprendimiento de placenta. Todo ello conlleva un aumento en las intervenciones obstétricas que influye desfavorablemente en los resultados perinatales^(3,4).

La transcendencia es más importante cuanto más precozmente se produzca la RPM, tanto para el feto como para la madre. La consecuencia principal es el inicio del parto en un tiempo más o menos breve, por lo que el riesgo fetal aumenta cuanto menor es la edad gestacional. Esta situación, es la causa de aproximadamente el 40% de los partos pretérmino lo que conlleva el 10% de la mortalidad perinatal. Además de lo anterior existe un incremento del riesgo de las infecciones graves tanto maternas como perinatales^(1,2).

La elección del Plan de Cuidados sobre esta patología ha sido en base a la transcendencia mencionada anteriormente, que va a ocasionar a la paciente no sólo un problema obstétrico y neonatal con todos los posibles resultados adversos que podría comportar, sino los añadidos a nivel familiar, social y económico.

Etiología

Las membranas fetales están constituidas por una capa interna denominada amnios y otra capa externa denominada corion. Están separadas por tejido conectivo denso que contiene una pequeña proporción de elastina. Tanto el colágeno como la elastina tienen un papel fundamental en la integridad de la membrana corioamniótica. Ambas están protegidas por el músculo uterino y el soporte mecánico que supone el cuello del útero cerrado.

En condiciones normales, la ruptura de las membranas se produce de forma espontánea durante el parto, a los 4 centímetros de dilación del cérvix y coincidiendo habitualmente con el aumento de presión intrauterina causada por la contracción.

Cuando la bolsa amniótica se rompe en otras circunstancias de la citada anteriormente, hay que valorar la presencia de algún proceso que las debilite, exceptuando una agresión mecánica como puede ser amniocentesis o la amnioscopia.

La etiología es desconocida en la mayor parte de los casos, aunque se han identificado factores predisponentes:

- Defectos del colágeno.
- Infecciosa. Endocervical o intraamniótica. Existe una larga lista de gérmenes causantes de infecciones cérvicovaginales, entre ellos destacan, estreptococo del grupo B, la vaginosis bacteriana, tricomonas, etc.
- Factores de riesgo predisponentes. Parto prematuro previo, metrorragia durante la gestación actual y hábito tabáquico.
- Longitud del cuello uterino. El fallo del soporte mecánico además facilita la contaminación bacteriana.

La tasa de infección del líquido amniótico, obtenido mediante punción transabdominal tras haberse producido una RPM es del 30%, aun a pesar de la ausencia de corioamnionitis clínica^(2,3).

Diagnóstico

Se realiza en base a la anamnesis, exploración obstétrica y pruebas complementarias.

La mayor parte de las veces la mujer refiere salida de líquido por vagina, aunque a veces puede confundirse con pérdida involuntaria de orina o flujo vaginal acuoso.

A la exploración puede observarse la salida del líquido a través de la vagina de forma espontánea, bien colocando un espéculo con técnica estéril y haciendo toser a la mujer o dejarla sentada con un paño verde a modo de compresa para valorar la salida de líquido.

Es importante realizar adecuadamente el diagnóstico de RPM ya que la actitud obstétrica cambia sustancialmente.

Las pruebas complementarias se realizarían en caso de duda:

- Realización de ecografía para verificar la existencia de oligoamnios que no existía previamente.
- Cambios de pH de fondo vaginal (>6.5, si es LA). Puede alterarse por la presencia de sangre, moco cervical, antisépticos alcalinos.
- Arborización. Se toma una muestra de flujo vaginal y se estudia al microscopio. El LA tiene la propiedad de cristalizar en forma de hojas de helecho. La muestra no debe estar contaminada con moco cervical porque falsea el resultado.
- Prueba de la fluoresceína, consiste en la inyección de fluoresceína o índigo carmín en la cavidad amniótica por amniocentesis y comprobar si se observa en la vagina. Solo se realiza en casos muy concretos y en manos de expertos.
- Test basado en la detección de la IGFBP-1 (insulin-like growth factor binding protein-1). Sustancia que está presente en el LA pero no lo está en la vagina.

Una vez diagnosticada la RPM es muy importante la precisión de la edad gestacional, la determinación del bienestar fetal y la ausencia de corioamnionitis.

La conducta a seguir viene dada fundamentalmente por las semanas de gestación y las condiciones clínicas. El tratamiento más adecuado pasa por descartar inicialmente y de forma periódica la presencia de corioamnionitis, hipoxia,

compresiones funiculares, desprendimiento de placenta y malformaciones fetales para poder adecuar el tratamiento a cada caso^(1,2,4).

ACTITUD Y DECISIONES TERAPÉUTICAS EN LA ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

En la actualidad no existe un tratamiento establecido. Se intenta tratar las consecuencias derivadas de esta circunstancia en función de los riesgos maternos y fetales.

Normas generales para todas las gestantes

Al ingreso se realizará: historia clínica completa, constantes maternas (temperatura, pulso y tensión arterial), exploración obstétrica básica, valoración cervical mediante visualización con espéculo registro cardiotocográfico basal (RCTGB), ecografía (tamaño fetal, edad gestacional, descartar presencia de malformaciones, valoración de LA.), extracción de sangre: hemograma, determinación de proteína C reactiva (PCR), coagulación, tomas para urocultivo y cultivo vagino-rectal para la identificación del estreptococo del grupo B.

Controles periódicos: toma de temperatura y pulso, RCTGB se repetirá 2 veces al día, durante los tres primeros días, hemograma y PCR, 1 vez al día.

Si los controles anteriores han salido normales el RCTGB se realizará 1 vez al día, los análisis cada 2 días y la ecografía cada semana para ver la evolución del LA. Si existieran dudas sobre la existencia de una infección, se realizará un perfil biofísico fetal para comprobar su estado^(1,2,3,4).

Signos de corioamnionitis o hipoxia fetal

En función de las características de cada centro se valorará la vía más adecuada de finalización de la gestación en relación a la viabilidad fetal e interés materno-fetal.

Desde el punto de vista de la madurez pulmonar, la seguridad en el diagnóstico y la gravedad de la afectación fetal, se podrá valorar completar el tratamiento con corticoides para finalizar la gestación^(1,2).

Tratamiento medicamentoso

Antibióticos en la RPM.

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (S.E.G.O.) propone varias pautas^(1,2,3,4,5).

- Ampicilina 2gr IV/6h + Eritromicina 250 mgIV/6h durante 48 horas, seguido de 5 días con Amoxicilina y Eritromicina oral.
- Eritromicina 250 mg oral/6h durante 10 días.
- Eritromicina 250 mg IV/6h durante 24 horas, seguido de Eritromicina 500 mg oral/6h hasta una semana.
- Ampicilina 2 gramos iniciales seguido de 1 gr/4h durante 3 días y seguir con 1gr/8h de Amoxicilina + Clavulánico, durante 5-10 días.
- Ampicilina 1 gr IV/6h durante 24 h, seguido de Amoxicilina 500 mg/8h oral hasta una semana o hasta recibir el resultado negativo del cultivo de *Streptococo* del grupo B.

Tratamiento con corticoides.

La terapia con corticoides ha demostrado acelerar la maduración pulmonar fetal. Se recomienda la administración a la mujer de Betametasona 12 mg/día IM, durante 2 días.

Tratamiento con tocolíticos^(1,2,3,4,6).

La valoración se realizará de forma individualizada según la situación clínica de la mujer^(1,2,7,8).

ACTITUD TERAPÉUTICA SEGÚN SEMANAS COMPLETAS DE GESTACIÓN

- **Gestaciones de 35 o más semanas de gestación**

A partir de las 34 semanas la finalización de la gestación ha demostrado tener mejores resultados que el tratamiento conservador. Los corticoides no tienen indicación.

En función del índice de Bishop se puede esperar un periodo de 12 a 24 horas para que el parto se inicie espontáneamente, o inducirlo mediante la utilización de oxitocina IV o prostaglandinas, según la situación^(1,2,7).

- **Gestaciones de 26 a 34 semanas**

Según el protocolo de la S.E.G.O. se debe de valorar de forma individualizada el riesgo de prematuridad y de infección. El tratamiento conservador con el objetivo de continuar en la medida de lo posible la gestación estaría indicado hasta que se compruebe la madurez fetal, aparezcan complicaciones que aconsejen finalizar el embarazo, el riesgo de infección supere el riesgo de prematuridad, se alcance la semana 34 (aunque podría adelantarse en función de los resultados perinatales de cada hospital).

El reposo en cama, la administración de corticoides durante 48 horas y los antibióticos profilácticos mejoran los resultados maternos y fetales^(1,4,7).

Un vez que se decide finalizar la gestación, la extracción fetal se realizará por la vía más segura.

- **Por debajo de las 26 semanas de gestación**

El tratamiento será expectante hasta la semana 31, similar al descrito anteriormente. El riesgo de secuelas importantes es elevado y las probabilidades de supervivencia disminuyen. Se valorará de forma específica cada circunstancia^(1,2,7).

EXPOSICIÓN DEL CASO CLÍNICO

Gestante de 31 años sin antecedentes personales y familiares de interés. No refiere alergias medicamentosas conocidas, fumadora de 10 cigarrillos/día hasta el inicio de la gestación, actualmente no refiere hábitos tóxicos. Tuvo un aborto espontáneo previo a la semana 12. El embarazo ha cursado con normalidad hasta la fecha. Ha realizado todos los controles en su ambulatorio de zona y las ecografías en el Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda. El cribado combinado del primer trimestre, negativo y la ecografía de malformaciones de la semana 20, normal. La paciente acude a urgencias en la semana 32+5 de gestación por sensación de pérdida de líquido amniótico, no refiere sensación de dinámica uterina.

Se hace toma de tensión arterial 115/60, frecuencia cardiaca 80 latidos/minuto, temperatura 36.5°C.

Durante la exploración vaginal, se realiza especuloscopia con técnica estéril y se visualiza salida de líquido amniótico de color, olor y características normales. Se tomó una muestra vaginal y rectal para cultivo de estreptococo grupo B.

El examen vaginal indica: cérvix posterior, borrado en un 80%, consistencia media, dilatado 1 cm. Feto en situación longitudinal, presentación cefálica, sobre estrecho superior.

Se realiza ecografía visualizándose biometría acorde a la edad gestacional, peso estimado 1900 gr, placenta homogénea en cara posterior y líquido amniótico disminuido.

Se practica test cardiotocográfico basal durante 30 minutos: frecuencia fetal cardiaca basal 145 latidos/minuto, feto reactivo, no decelerativo. Dinámica uterina 2 contracciones de intensidad baja.

Se extrae sangre para hemograma con recuento de serie blanca y roja, PCR, coagulación básica y pruebas cruzadas. Se deja vía venosa con abocath nº 18, salinizada.

Se procede al ingreso en planta de la paciente para seguimiento y diagnóstico.

PLAN DE CUIDADOS INDIVIDUALIZADO

Objetivos generales

- Cubrir las necesidades individualizadas de la mujer y su familia
- Desarrollar un plan de cuidados que se utilice como modelo para el personal de enfermería en la planta de Embarazo Patológico^(9,11).

Objetivos específicos

- Utilizar la metodología enfermera para realizar los cuidados^(12,13,14,15).
- Unificar las actuaciones en la práctica clínica para disminuir la variabilidad de la misma^(19,21).
- Mejorar la calidad de los cuidados de la mujer y su familia^(9,11).

Material y método

Se realiza una búsqueda bibliográfica en español y en inglés sobre la patología estudiada, los cuidados de enfermería a la paciente obstétrica y a su familia, así como una revisión de la bibliografía sobre metodología enfermera y de los modelos a utilizar para hacer el plan de cuidados.

Una vez identificada la patología que nos ocupa, definición del cuadro, etiología, diagnóstico clínico, actitud y decisiones terapéuticas, se procedió al análisis de la metodología enfermera y los posibles modelos de cuidados a ejecutar según las tendencias más actuales. Conforme a lo estudiado se elige el modelo para la práctica asistencial formulado por Virginia Henderson⁽¹⁹⁾, por ser un modelo conocido y con amplio desarrollo en nuestro entorno, además el Consejo Internacional de Enfermería adoptó su definición de la función propia de la enfermera y permite usar la taxonomía de la NANDA para formular los problemas identificados. La recogida de datos de la Valoración Inicial de Enfermería se decide realizar en los patrones funcionales de Marjory Gordon que nos permitirá conocer las necesidades de cuidados de la mujer y ajustar el plan de cuidados en base a su situación en el momento actual. Esta autora participa en diversos proyectos actualmente, entre los que figura como miembro en el Comité Directivo de la NANDA^(19,21).

Seguidamente se seleccionan y desarrollan los Diagnósticos de Enfermería más relevantes en este periodo para la mujer y sus familiares, con las características

definitorias, factores de riesgo, factores relacionados, Clasificación de Resultados Enfermeros (NOC), Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) con las correspondientes actividades de cada uno de ellos. Se establecen las interrelaciones con los diagnósticos de la NANDA, NOC y NIC y los problemas de colaboración.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES^(12,19)

Se realiza el Plan de Cuidados al ingreso de la paciente en la planta de Embarazo de Alto Riesgo.

Apellidos.....Nombre.....
 Fecha de valoración.....Hora.....
 Cama nº.....Edad..... Sexo..... Dirección.....
 NHC:.....NºSS.....Población.....
 Centro de Salud.....Teléfono.....
 Fecha de ingreso.....Hora.....Motivo de Ingreso.....
 Procedencia:.....Ingreso programado....Urgencias....Traslado de.....
 Otras patologías.....Fecha de alta.....

1. Patrón manejo-percepción de la salud	Motivo de ingreso: pérdida de líquido amniótico por genitales. Ha realizado todos los controles médicos del embarazo. Información de su situación actual: sí. Conciencia de enfermedad: sí. Desconocimiento de la enfermedad. Historia de enfermedades y antecedentes quirúrgicos: sin interés. No refiere alergias medicamentosas ni alimenticias conocidas. Hábitos tóxicos: no refiere. Consumo de fármacos prescritos: hierro elemental 30 mg/día, ácido fólico 0,4 mg/día, yoduro potásico 200 200 mcg/día. Cumple el tratamiento: sí Examen físico (EF): aspecto físico adecuado.
2. Patrón nutricional-metabólico	Dieta: basal, rica en fibra y líquidos abundantes. Apetito: disminuido. Modelo habitual de alimentación en su domicilio: dieta mediterránea. Ganancias y/o pérdida de peso: ganancia ponderal aproximada de 1 kilo al mes. Ardor de estómago: sí. Hábitos: realiza 5 comidas diarias: desayuno, mediodía, comida, merienda y cena. Medición de datos antropométricos: Talla: 157 cm. Peso al inicio de la gestación: 52 kg. IMC: 21.09. Peso actual: 57 kg.

	<p>Temperatura: 36,6°C. Valoración de piel y mucosas: bien hidratada y profunda. Necesidad de ayuda parcial para higiene: aseo en cama.</p>
3. Patrón de eliminación	<p>Deposición diaria normal. Micciones normales, no refiere molestias al orinar. Sudoración normal.</p>
4. Patrón de actividad-ejercicio	<p>Ejercicio diario: moderado. Camina durante una hora, 3 veces a la semana. EF: Frecuencia cardiaca: 86 latidos minuto. Presión arterial: 115/75 mm/hg. Respiración: normal. ECG: normal.</p>
5. Patrón de reposo-sueño	<p>No refiere antecedentes de trastorno del sueño. Horas de sueño: 6-8. Duerme siesta: 30 min. Reposo en cama, preferentemente en decúbito lateral izquierdo.</p>
6. Patrón cognitivo-perceptual	<p>Consciente y orientada en espacio tiempo. No se objetivan dificultades perceptivas ni cognitivas. Nivel educativo: Bachillerato superior.</p>
7. Patrón de autopercepción-autoconcepto	<p>Profesión: Auxiliar administrativo. Ansiedad. Temor. Duelo anticipado.</p>
8. Patrón rol-Relaciones	<p>Vive con su pareja. Describe su ambiente laboral como bueno.</p>
9. Patrón de sexualidad-reproducción	<p>Menarquia: 11 años. Periodo menstrual: 4/28. Normal. Paridad: G2A1 P0. Aborto espontáneo en la semana 12 de gestación. Fecha de la última regla (FUR): 25/04/2010. FUR corregida por ecografía del 1er trimestre: 28/04/2010. Fecha probable de parto (FPP): 02/02/2011. Gestación de curso normal hasta la fecha. Controlada en Tocólogo de zona y Hospital Puerta de Hierro. Semanas de gestación: 32+5. Riesgo de infección. EF: útero corresponde con amenorrea, genitales externos normales.</p>
10. Patrón de afrontamiento-tolerancia al estrés	<p>Hábitos tóxicos: no refiere. Falta de apetito.</p>
11. Patrón de valores-creencias	<p>No refiere realizar práctica religiosa alguna.</p>

IDENTIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS, PLANIFICACIÓN, CRITERIOS DE RESULTADOS (NOC) E INTERVENCIONES (NIC)

Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos (00025)^(12,17)

Riesgo de sufrir una disminución, aumento o cambio rápido de un espacio a otro de los líquidos intravasculares, intersticiales y/o intracelulares. Se refiere a pérdida o aumento de líquidos corporales o ambos.

Factores de riesgo

- Lesión traumática: Rotura prematura de las membranas amnióticas.

Resultados de enfermería (NOC)^(13,16)

- Equilibrio hídrico (0601)

Puntuación diana del resultado: Mantener a 5.

Indicadores:

- 060101 Presión arterial.
- 060122 Velocidad del pulso radial.
- 060107 Entradas y salidas diarias equilibradas.

- Control del riesgo (1902)

Puntuación diana del resultado: Mantener a 5.

Indicadores:

- 190201 Reconoce factores de riesgo.
- 190216 Reconoce cambios en el estado de salud.

- Hidratación (0602)

Puntuación diana del resultado: Mantener a 5.

Indicadores:

- 060215 Ingesta de líquidos.
- 060211 Diuresis.

Intervenciones de enfermería (NIC)^(14, 16)

- Monitorización de líquidos (4130).

Recogida y análisis de los datos del paciente para regular el equilibrio de líquidos.

Actividades:

- Determinar la cantidad y tipo de ingesta de líquidos y hábitos de eliminación.
- Identificar posibles factores de riesgo de desequilibrio de líquidos. Infección.
- Vigilar ingresos y egresos.
- Vigilar presión sanguínea, frecuencia cardiaca, y estado de la respiración.
- Administrar líquidos si procede.

Deterioro de la deglución (00103) ^(12,17)

Funcionamiento anormal del mecanismo de la deglución asociado con déficit de la estructura o función oral, faríngea o esofágica.

Características definatorias

- Deterioro de la fase esofágica:
Dolor epigástrico.
Ardor de estómago.

Resultados de enfermería (NOC) ^(13,16)

- **Estado de deglución: fase esofágica (1011)**

Puntuación diana del resultado: Aumentar a 4.

NOC inicial: 2.

Indicadores:

101102 Reflujo gástrico.

Intervenciones de enfermería (NIC) ^(14,16)

- Manejo del dolor (1400).

Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.

Actividades:

Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.

Seleccionar y desarrollar aquellas medidas (farmacológica, no farmacológica e interpersonal) que faciliten el alivio del dolor si procede

Riesgo de estreñimiento (00015)^(12,17)

Riesgo de sufrir una disminución de la frecuencia normal de defecación acompañado de eliminación difícil o incompleta de las heces y/o eliminación de heces excesivamente duras y secas.

Factores de riesgo:

- Funcionales:
 - ✓ Cambios ambientales recientes.
 - ✓ Actividad física insuficiente.
- Psicológicos:
 - ✓ Estrés emocional.
- Fisiológicos:
 - ✓ Cambio en los patrones de alimentación habituales.
 - ✓ Cambio en los alimentos habituales.
 - ✓ Mecánicos.
 - ✓ Embarazo.

Resultados de enfermería (NOC)^(13,16)

- Eliminación Intestinal (0501).

Puntuación diana del resultado: Mantener a 5.

Indicadores:

050101 Patrón de eliminación.

- Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos (1008).

Puntuación diana del resultado: Aumentar a 5.

NOC inicial: 4.

Indicadores:

100801 Ingestión alimentaria oral.

100803 Ingestión de líquidos orales.

100804 Administración de líquidos i.v.

Intervenciones de enfermería (NIC)^(14,16)

- Manejo de la nutrición (1100).

Ayudar o proporcionar una dieta equilibrada de sólidos y líquidos.

Actividades:

Asegurarse de que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento.

Riesgo de intolerancia a la actividad (00094)^(12,17)

Riesgo de experimentar una falta de energía fisiológica o psicológica para iniciar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas.

Características definatorias:

- Inexperiencia en la actividad.
- Presencia de problemas circulatorios.

Resultados de enfermería (NOC)^(13,16)

Conocimiento: actividad prescrita (1811)

Puntuación diana del resultado: Aumentar a 5.

NOC inicial: 1.

Indicadores:

181101 Actividad y ejercicio prescrito.

181102 Propósito de la actividad.

Intervenciones de enfermería (NIC)^(14,16)

- Terapia de ejercicios: movilidad articular (0224).

Realizar movimientos corporales activos o pasivos para mantener o restablecer la flexibilidad articular.

Actividades:

Fomentar la realización de ejercicios de arco de movimientos de acuerdo con un programa regular, planificado.

- Cuidados del paciente encamado (0740).

Fomento de la comodidad, la seguridad y la prevención de complicaciones en la paciente que no puede levantarse de la cama.

Actividades:

- Explicar las razones del reposo en cama.
- Mantener la ropa de cama, limpia, seca y libre de arrugas.
- Colocar el interruptor de posicionamiento de la cama al alcance de la mano.
- Colocar la luz de llamada al alcance de la mano.
- Colocar la mesilla de noche al alcance de la paciente.
- Ayudar con las medidas de higiene.
- Ayudar con las actividades de la vida diaria.
- Observar si se produce estreñimiento.

Conocimientos deficientes (00126)^(12,17)

- Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.
- Características definitorias: verbalización del problema.
- Factores relacionados.
- Mala interpretación de la información.

Resultados de enfermería (NOC)^(13,16)

- Conocimiento: procedimiento terapéutico (1814)

Puntuación diana del resultado: Aumentar a 5.

NOC inicial: 1

Indicadores:

181402 Propósito del procedimiento.

- Conocimiento: proceso de la enfermedad (1803).

Puntuación diana del resultado: Aumentar a 5

NOC inicial: 1

Indicadores:

180302 Proceso de la enfermedad

Intervenciones de enfermería (NIC)^(14, 16)

- Enseñanza: procedimiento/tratamiento (5618).

Preparación de una paciente para que comprenda y se prepare mentalmente para un procedimiento o tratamiento prescrito.

Actividades:

- Explicar el propósito del tratamiento.
 - Describir las actividades del procedimiento/tratamiento.
 - Explicar el tratamiento.
 - Enseñar a la paciente como cooperar durante el tratamiento.
 - Presentar a la paciente al personal implicado en el procedimiento.
 - Explicar la necesidad de ciertos equipos.
 - Informar a la paciente sobre la forma que puede ayudar en su recuperación
 - Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados.
 - Proporcionar información sobre cuándo y dónde estarán disponibles los resultados y la persona que se los explicará.
 - Dar tiempo a la paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.
 - Incluir a su familia.
-
- Enseñanza: proceso de enfermedad (5602)

Ayudar a la paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico.

Actividades:

- Evaluar el nivel actual de conocimientos de la paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico.

- Explicar la fisiología de la enfermedad y su relación con la anatomía y la fisiología.
- Revisar el conocimiento de la paciente sobre su estado.
- Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad.
- Describir el proceso de enfermedad.
- Instruir a la paciente sobre cuáles son los signos y síntomas de los que debe informarse al cuidador.
- Potenciación de la disposición de aprendizaje (5540).
- Mejorar la capacidad y disposición de recibir información.

Actividades:

- Disponer de un ambiente no amenazador.
- Establecer compenetración en las relaciones.
- Aumentar la orientación en la realidad por parte de la paciente.
- Vigilar el estado emocional de la paciente.
- Fomentar la manifestación verbal de sentimientos, percepciones e inquietudes.
- Tratar las inquietudes específicas de la paciente.

Baja autoestima situacional (00120)^(12, 17)

Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a un situación actual (especificar).

Características definitorias:

- Evaluación de sí mismo como incapaz de afrontar las situaciones.

Factores relacionados:

- Fracasos
- Cambio en el rol social.

Resultados de enfermería (NOC)^(13,16)

- Autoestima (1205).

Puntuación diana del resultado: Aumentar a 5.

NOC inicial: 3.

Indicadores:

- 120502 Aceptación de las propias limitaciones.
- 120507 Comunicación abierta.

- Modificación psicosocial: cambio de vida (1305).

Puntuación diana del resultado: Aumentar a 5.

NOC inicial: 3.

Indicadores:

130501 Establecimientos de objetivos realistas.

130502 Mantenimiento de la autoestima.

- Afrontamiento de problemas (1302).

Puntuación diana del resultado: Aumentar a 5.

NOC inicial: 3.

Indicadores:

130205 Verbaliza aceptación de la situación.

Intervenciones de enfermería (NIC)^(14, 16)

- Potenciación la autoestima (5400).

Observar las frases de la paciente sobre su propia valía.

Ayudar a la paciente a aceptar la dependencia de otros.

Explorar las razones de la autocrítica o culpa.

- Apoyo emocional (5270).

Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.

Actividades:

- Ayudar a la paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.
- Aunar a la paciente a que exprese sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.
- Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.
- Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.
- Aumentar el afrontamiento (5230).

Ayudar a la paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de su vida cotidiana.

Actividades:

- Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los papeles y en las relaciones.
- Alentar a la paciente a encontrar una descripción realista del cambio de papel.
- Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.
- Ayudar a la paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento.
- Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

Interrupción de los procesos familiares (00060)^(12,17)

- Cambio en la relaciones o en el funcionamiento familiar.
- Características definitorias:
 - Cambios en las tareas asignadas.
 - Cambios en la intimidad.
- Factores relacionados:
 - Situaciones de transición.
 - Crisis situacional.

Resultados de enfermería (NOC)^(13,16)

- Apoyo familiar durante el tratamiento (2609).

Puntuación diana del resultado: Mantener a 5.

Indicadores:

260910 Colaboran con el miembro enfermo en la determinación de los cuidados.

Intervenciones de enfermería (NIC)^(14,16)

- Facilitar las visitas (7560).

Estimulación beneficiosa de las visitas por parte de la familia y amigos.

Actividades:

- Determinar las preferencias del paciente en cuanto a visitas e informar de ellas.
- Determinar la necesidad de la limitación de las visitas, como por ejemplo, demasiados visitantes, que la paciente está impaciente o cansada.
- Establecer horas de visitas óptimas por parte de la familia.

Disposición para mejorar el proceso de maternidad (00208)^(12,17)

Patrón de preparación, mantenimiento y refuerzo de un embarazo, alumbramiento y cuidado del recién nacido saludable.

Características definitorias durante el embarazo:

- Informa del estilo de vida antes del parto.
- Informa de una preparación física apropiada.
- Informa del manejo de los síntomas molestos durante el embarazo.
- Demuestra respeto por el bebé no nacido.
- Busca los conocimientos necesarios.
- Realiza visitas prenatales regulares.

Resultados de enfermería (NOC)^(13,16)

- Conocimiento: gestación (1810)

Puntuación diana del resultado: Aumentar a 5.

NOC inicial: 3.

Indicadores:

- 181018 Signos y síntomas del parto.
- 181020 Métodos de prevención de la infección.

Intervenciones de enfermería (NIC)^(14,16)

- 6760 Preparación al parto.

Proporcionar información y apoyo para facilitar el parto y potenciar la capacidad de desarrollo y realización por parte de una persona del papel parental.

Actividades:

- Enseñar a la madre y a la pareja la fisiología de los dolores y el parto.
- Examinar el plan de nacimiento para los dolores y el parto (quién asistirá a la madre, que tecnología se utilizará, quien cortará el cordón, preferencias de alimentación y planes para el alta).
- Instruir a la madre y pareja sobre los signos del parto.
- Informar a la madre de las opciones del parto si surgen complicaciones.
- Enseñar a la madre y al asistente las técnicas de respiración y relajación que se van a utilizar durante los dolores y el parto.
- Revisar las recomendaciones de la American Academy of Pediatrics sobre lactancia materna.

- Determinar el conocimiento y la actitud de la paciente sobre la maternidad.
- Proporcionar asesoramiento por anticipado sobre la maternidad/paternidad.

Riesgo de alteración de la diada materno/fetal (00209)^(12,17)

Riesgo de alteración de la diada simbiótica materno-fetal como resultado de comorbilidad o condiciones relacionadas con el embarazo.

Factores de riesgo:

- Complicaciones del embarazo: rotura prematura de membranas.

Resultados de enfermería (NOC)^(13,16)

- Conocimiento: proceso de la enfermedad (1803).

Puntuación diana del resultado: Aumentar a 5.

NOC inicial: 1.

Indicadores:

180302 Proceso de la enfermedad.

- Estado fetal: prenatal (0111)

Puntuación diana del resultado: Aumentar a 5.

NOC inicial: 2.

Indicadores:

011101 Frecuencia cardíaca fetal (120-160).

011102 Patrones de desaceleración en los hallazgos electrónicos del monitor fetal.

011104 Medidas ecográficas del crecimiento fetal.

011107 Prueba no estresante.

011110 Puntuación del perfil biofísico.

011112 Velocidad del flujo sanguíneo de la arteria umbilical.

- Conocimiento: cuidados del recién nacido pretérmino (1840).

Puntuación diana del resultado: Aumentar a 4.

NOC inicial: 1

184002 Características del lactante prematuro.

- 184018 Importancia de los cuidados canguro.
- 184020 Estrategias de crianza en el hospital.
- 184021 Estrategias para potenciar el vínculo.
- 184024 Grupos de apoyo disponibles.

Intervenciones de enfermería (NIC)^(14,16)

- Cuidados prenatales (6960).

Control y seguimiento de la paciente durante el embarazo para evitar complicaciones y promover un resultado saludable tanto para la madre como para el bebé.

Actividades:

- Animar al padre a que participe en los cuidados prenatales.
- Vigilar la presión sanguínea.
- Controlar los niveles de glucosa y proteínas en orina.
- Vigilar el nivel de hemoglobina.
- Observar tobillos manos y cara para ver si hay edema.
- Instruir a la paciente sobre los signos de peligros que impliquen una notificación inmediata.
- Medir la altura del fundus y compararlo con la edad gestacional.
- Instruir a la paciente en el crecimiento y desarrollo fetales.
- Comprobar la frecuencia cardíaca fetal (FCF).
- Enseñar a la paciente a monitorizar la actividad fetal.
- Instruir a la paciente sobre los efectos dañinos que produce el tabaco en el feto.
- Monitorización fetal electrónica: antes del parto (6771).
- Evaluación electrónica de la respuesta cardíaca fetal al movimiento, estímulos externos contracciones uterinas durante la prueba anterior al parto.

Actividades:

- Revisar el historial obstétrico para determinar los factores de riesgo obstétricos o médicos referentes al estado fetal que requieran la realización de pruebas anteriores al parto para comprobarlo.
- Determinar el conocimiento de la paciente acerca de las razones de la prueba anterior al parto.
- Determinar signos vitales maternos.
- Averiguar ingesta oral, incluyendo dieta.
- Etiquetar tira de monitorización, según protocolo.
- Revisar pruebas anteriores al parto.
- Verificar FCF y materna antes de iniciar la monitorización fetal electrónica.

- Instruir a la paciente sobre la razón de la monitorización electrónica, así como de los tipos de información que se pueden obtener.
- Realizar maniobra de Leopold para determinar la posición fetal.
- Aplicar de forma cómoda tócos transductores para observar la frecuencia y duración de las contracciones.
- Aplicar transductores de ultrasonidos a la zona del útero en la que se oyen los sonidos cardíacos fetales y trazarlos claramente.
- Comentar la tira de ritmo con la madre y la persona de apoyo.
- Asegurarse de los signos de FCF normales, incluyendo características típicas como artefacto, pérdida de señal con el movimiento fetal, frecuencia alta y aspecto irregular.
- Ajustar los movimientos para conseguir y mantener la claridad de los trazados
- Interpretar la tira de monitorización electrónica para FCF, variabilidad a largo plazo y presencia de aceleraciones, desaceleraciones o contracciones espontáneas.
- Observar la tira de monitorización para ver si hay presencia o ausencia de desaceleraciones tardías.
- Comunicar los resultados de las pruebas al médico responsable.
- Programar la prueba anterior al parto, según protocolo u órdenes médicas.

Temor (00148)^(12,17)

Definición: Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.

Características definitorias:

- Informes de alarma.
- Informes de aprensión.
- Informes de intranquilidad.
- Informes de inquietud.

Fisiológicas:

- Anorexia.

Factores relacionados:

- Separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante (hospitalización, procedimientos hospitalarios).
- Falta de familiaridad con la experiencia o experiencias ambientales.

Resultados de enfermería (NOC)^(13, 16)

- Autocontrol del miedo (1404).

Puntuación diana del resultado: Aumentar a 5.

NOC inicial: 3.

Indicadores:

140407 Utiliza técnicas de relajación para reducir el miedo.

- Afrontamiento de problemas (1302).

Puntuación diana del resultado: Aumentar a 5.

NOC inicial: 3

Indicadores:

130210 adopta conductas para reducir el estrés.

Intervenciones de enfermería (NIC)^(14,16)

- Aumentar el afrontamiento (5230) (desarrollado en pág. 17. Diagnóstico 00120).
- Potenciación de la seguridad (5380).

Intensificar el sentido de la seguridad física y psicológica de un paciente.

Actividades:

- Disponer de un ambiente no amenazador.
 - Permanecer con la paciente para fomentar su seguridad durante los periodos de ansiedad.
 - Escuchar los miedos de la paciente y familia.
 - Explicar a la paciente/familia todas las pruebas y procedimientos.
 - Responder a las preguntas sobre su salud de forma sincera.
-
- 5270 Apoyo emocional (desarrollado en pág. 16. Diagnóstico 00120).

Ansiedad (00146)^(12,17)

Definición: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontar la amenaza.

Características definitorias:

- Conductuales: expresión de preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales, insomnio.
- Afectivas: Aprensión, angustia, temor, atención centrada en el yo, preocupación creciente, incertidumbre, preocupación.
- Fisiológicas: Tensión facial.
- Simpáticas: Anorexia, debilidad.
- Parasimpáticas: Dolor abdominal, trastornos de sueño.
- Cognitivas: Conciencia de los síntomas fisiológicos, temor a consecuencias inespecíficas, preocupación, tendencia a culpar a otros.

Factores relacionados:

- Cambio en el entorno, el estado de salud.
- Crisis situacionales.
- Estrés.
- Amenaza para el entorno, el estado de salud, autoconcepto.
- Conflicto inconsciente sobre los objetivos vitales esenciales.

Resultados de enfermería (NOC) ^(13,16)

- Autocontrol de la ansiedad (1402).

Puntuación diana del resultado: Aumentar a 5.

NOC inicial: 2.

Indicadores:

140207 Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad.

Intervenciones de enfermería (NIC) ^(14,16)

- Imaginación simple dirigida (6000).

Utilización intencionada de la imaginación para conseguir un estado, resultado o acción particular o para apartar la atención de las sensaciones indeseables.

Actividades:

- Animar a la persona a elegir entre una variedad de técnicas de imaginación dirigida (dirigida por cuidador o con cinta).
- Discutir una imagen que la paciente haya experimentado y sea relajante y placentera, como estar tumbado en la playa, mirar como cae la nieve, flotar sobre una balsa o mirar una puesta de sol.

- Enseñar a la paciente a practicar la imaginación.
- Planificar con el paciente un tiempo adecuado para realizar la imaginación dirigida.
- Técnica de relajación (5880).

Disminución de la ansiedad de la paciente que experimenta angustia aguda.

Actividades:

- Favorecer una respiración lenta, profunda, intencionadamente.
- Instruir a la paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad.
- Terapia de relajación simple (6040).

Uso de técnicas para favorecer e inducir la relajación con objeto de disminuir los signos y síntomas indeseables como dolor, tensión muscular o ansiedad.

Actividades:

- Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles (musicoterapia, meditación, respiración rítmica, relajación mandibular y relajación muscular progresiva).
- Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones, con luces suaves y una temperatura agradable, cuando sea posible.
- Inducir conductas que estén condicionadas para producir relajación, como respiración profunda, bostezos, respiración abdominal e imágenes de paz.
- Mostrar y practicar la técnica de relajación con la paciente.

Duelo (00136)^(12,17)

Definición: Complejo proceso normal que incluye respuestas y conductas emocionales, físicas, espirituales, sociales e intelectuales mediante las que las personas, familias y comunidades incorporan en su vida diaria una pérdida real, anticipada o percibida.

Características definatorias:

- Alteración del patrón de los sueños.

Factores relacionados:

- Anticipación de la pérdida de una persona significativa.

Resultados de enfermería (NOC)^(13,16)

- Autocontrol del miedo (1404).

Puntuación diana del resultado: Aumentar a 5.

NOC inicial: 3.

140407 Utiliza técnicas de relajación para reducir el miedo.

Intervenciones de enfermería (NIC)^(14,16)

- Escucha activa (4920)

Gran atención y determinación de la importancia de los mensajes verbales y no verbales del paciente.

Actividades:

- Establecer el propósito de la interacción.
- Mostrar interés en el paciente.
- Mostrar conciencia y sensibilidad a las emociones.
- Utilizar la comunicación no verbal para facilitar la comunicación (p.ej. saber que la posición física expresa mensajes no verbales).
- Utilizar el silencio/escucha para animar a expresar sentimientos, pensamientos y preocupaciones.

- Disminución de la ansiedad (5820)

Minimizar la aprensión, temor o presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado.

Actividades:

- Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.
- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Escuchar con atención.
- Crear un ambiente que facilite la confianza.
- Instruir a la paciente sobre el uso de técnicas de relajación.

- Distracción (5900)

Enfoque intencionado de la atención para alejarla de sensaciones indeseables.

Actividades:

Enseñar a la paciente los beneficios de estimular varios sentidos (p. ej., a través de la música, contando, viendo la televisión y leyendo)

Riesgo de infección (00004)^(12,17)

Definición: Aumento del riesgo de ser invadido por organismos patógenos.

Factores de riesgo:

- Defensas primarias inadecuadas (rotura de la piel).
- Procedimientos invasivos.
- Rotura prematura de las membranas amnióticas.

Resultados de enfermería (NOC)^(13,16)

- Termorregulación (0800).

Puntuación diana del resultado: Mantener a 5.

NOC inicial: 5

Indicadores:

080019 Hipertermia.

- Conocimiento: control de la infección (1842).

Puntuación diana del resultado: Aumentar a 5.

NOC inicial: 2.

Indicadores:

184204 Signos y síntomas de la infección.

184208 Actividades para aumentar la resistencia a la infección.

Intervenciones de enfermería (NIC)^(14,16)

- Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (DAV)(2440).

Manejo del paciente con acceso venoso prolongado mediante catéteres perforados o no perforados y los implantados.

Actividades:

- Determinar el tipo de catéter venoso a colocar.
 - Mantener una técnica aséptica siempre que se manipule el catéter venoso.
 - Mantener las precauciones universales.
 - Verificar las órdenes a refundir.
 - Determinar la frecuencia del flujo, capacidad del depósito y colocación de las bombas de perfusión.
 - Determinar si el catéter venoso se utiliza para obtener muestras de sangre.
 - Cambiar los sistemas, vendajes y tapones de acuerdo con el protocolo del centro.
 - Mantener vendaje oclusivo.
 - Observar si hay signos de oclusión del catéter.
 - Llevar el registro preciso de solución de infusión.
 - Observar si hay signos y síntomas asociados con infección local o sistémica (enrojecimiento, tumefacción, sensibilidad, fiebre, malestar).
 - Instruir a la paciente en el mantenimiento del dispositivo.
-
- Ayuda con los autocuidados: baño/higiene (1801).

Ayudar al paciente a realizar la higiene personal.

Actividades:

- Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesitada.
 - Colocar toallas, jabón, desodorante y demás accesorios necesarios a pie de cama o en el baño.
 - Proporcionar los objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes, jabón de baño, champú, loción y productos de aromaterapia).
 - Proporcionar un ambiente terapéutico que garantice una experiencia cálida, relajante, privada y personalizada.
 - Proporcionar ayuda hasta que la paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.
-
- Cuidados embarazo de alto riesgo (6800).

Identificación y manejo de un embarazo de alto riesgo para fomentar los resultados óptimos en la madre y el bebé.

Actividades:

- Revisar el historial obstétrico para ver si hay factores de riesgo relacionados con el embarazo (prematuridad, rotura prematura de membranas).
- Reconocer los factores demográficos y sociales relacionados con malos resultados del embarazo (abuso de sustancias nocivas).
- Determinar el conocimiento de la paciente de los factores de riesgo identificados.
- Instruir a la paciente en técnicas de autocuidados para aumentar las posibilidades de un resultado saludable (hidratación, dieta, modificación de actividades).
- Remitir si procede, a programas específicos (dejar de fumar).
- Discutir los riesgos fetales asociados con partos antes de término en las diversas edades de gestación.
- Enseñar a contar los movimientos fetales.
- Realizar pruebas para evaluar el estado fetal y la función de la placenta. Falta de estrés, perfiles biofísicos y pruebas de ultrasonidos.
- Obtener cultivos de cerviz.
- Ayudar en los procedimientos de diagnóstico fetal. Estudios de flujo de sangre de Doppler.
- Interpretar las explicaciones médicas de los resultados de las pruebas y procedimientos.
- Fomentar la pronta asistencia a clases prenatales o proporcionar materiales de educación sobre el parto para las pacientes que guarden cama.
- Informar sobre desviaciones que se aparten de lo normal en el estado materno y/o fetal inmediatamente al médico o matrona.
- Documentar la educación de la paciente, resultados de laboratorio, resultados de pruebas fetales y respuestas de la paciente.

Problemas de colaboración⁽¹⁸⁾

- 1) Administración de la medicación oral y parenteral.
 - 2) Colaboración con el Obstetra.
 - 3) Monitorización de signos vitales.
 - 4) Monitorización de dinámica uterina y FCF.
 - 5) Realización de pruebas diagnósticas.
 - 6) Requerimientos terapéuticos.
 - 7) Extracción de sangre para control analítico.
 - 8) Riesgo de infección.
 - 9) Riesgo de parto pretérmino.
-
- 1) Administración de la medicación oral y parenteral

Resultados de enfermería NOC^(13,16)

- **Conocimiento: cuidados en la enfermedad (1824)**

Puntuación diana del resultado: Aumentar a 5.

NOC inicial: 2.

Indicadores:

182405 Uso correcto de la medicación prescrita.

Intervenciones de enfermería (NIC)^(14,16)

- Administración de medicación oral (2304).

Preparación y administración de medicamentos por la boca.

Actividades:

- Seguir los cinco principios de la administración de medicación.
- Tomar nota del historial médico y de alergias de la paciente.
- Determinar el conocimiento de la medicación y la comprensión del método de administración por parte de la paciente.
- Observar la fecha de caducidad en el envase del fármaco.
- Administrar los alimentos con el estómago vacío o con comida.

- Administración de medicación: intramuscular (i.m.) (2313).

Preparación y administración de medicamentos por vía intramuscular.

Actividades:

- Las cuatro primeras actividades son las mismas que las del apartado anterior.
- Tener en cuenta las indicaciones y contraindicaciones de la inyección i.m.
- Elegir la aguja y la jeringa adecuadas según la información del paciente y de la medicación.
- Administrar la inyección utilizando técnicas asépticas y el protocolo adecuado.

- Administración de medicación: intravenosa (i.v.) (2314).

Preparación y administración de medicamentos por vía intravenosa.

Actividades:

- Las cuatro primeras actividades son las mismas que las del apartado anterior.
- Comprobar posibles incompatibilidades entre fármacos i.v.
- Preparar correctamente el equipo para la administración de la medicación.
- Preparar la concentración adecuada de medicación i.v. de una ampolla o vial.
- Verificar la colocación y la permeabilidad del catéter i.v. en la vena.
- Mantener la esterilidad del sistema i.v. abierto.
- Administrar la medicación i.v. con la velocidad adecuada.
- Mezclar suavemente la solución si se añade medicación al recipiente de líquido i.v.
- Limpiar la llave i.v. con una solución adecuada antes y después de administrar la medicación, según protocolo del centro.
- Rellenar la etiqueta de la medicación y colocar en el recipiente del líquido i.v.
- Verificar si se producen infiltración y flebitis en el lugar de infusión.
- Documentar la administración de la medicación y la respuesta de la paciente, de acuerdo con las normas de la institución.

Resultados de enfermería NOC^(13,16)

- **Conocimiento: procedimiento terapéutico.**

Indicadores:

181401 Procedimiento terapéutico.

181402 Propósito del procedimiento.

181403 Pasos del procedimiento.

Intervenciones de enfermería (NIC)^(14,16)

- Monitorización de líquidos (4130). (Descrito en la pág. 12).
- Flebotomía: vía canalizada (4235).

Extracción de una muestra de sangre a través de un catéter vascular permanente para pruebas de laboratorio.

Actividades:

- Montar el equipo, lavarse las manos y ponerse guantes.
- Parar cualquier infusión intravenosa que puede contaminar la muestra de sangre.
- Quitar el tapón o el tubo para acceder a la conexión, limpiar la conexión con alcohol y dejarla secar.
- Aplicar un torniquete central al lugar i.v. periférico.

- Conectar un adaptador sin aguja y un vacutainer, o jeringa, a la conexión de acceso vascular; abrir la vía a la paciente ajustando la llave de cierre.
- Aspirar suavemente la sangre en la jeringa o en el tubo de muestras adecuados; desechar la primera cantidad según el catéter utilizado para las pruebas de laboratorio prescritas, recoger la sangre necesaria para las pruebas de laboratorio.
- Quitar el torniquete.
- Limpiar la conexión y el catéter con la solución adecuada. Prevenir que se introduzcan burbujas de aire o coágulos en la línea.
- Colocar un tapón limpio en la línea de acceso y reanudar las infusiones que se hayan interrumpido.
- Llenar tubos de muestras de la jeringa del vacutainer de la manera adecuada.
- Etiquetar y empaquetar las muestras, enviar al laboratorio indicado.
- Colocar los utensilios contaminados en el contenedor adecuado.
- Extracción de muestras.

2) Colaboración con el Obstetra.

Intervenciones de enfermería (NIC)^(14,16)

- Ayuda en la exploración (7680).
- Apoyo médico (7710).
- Transcripción de órdenes (8060).

3) Monitorización de signos vitales.

Resultados de enfermería NOC^(13,16)

- Estado de signos vitales (0802).

Intervenciones de enfermería (NIC)^(14,16)

- Monitorización signos vitales (6680).

4) Monitorización de dinámica uterina y FCF.

Intervenciones de enfermería (NIC)^(14,16)

- Monitorización fetal electrónica: antes del parto (6771). (Descrito en la pág. 20).

5) Realización de pruebas diagnósticas.

6) Requerimientos terapéuticos.

7) Extracción de sangre para control analítico (descrito en pág. 28).

8) Riesgo de infección.

Intervenciones de enfermería (NIC)^(14,16)

- Control de infecciones (6540). (Desarrollado en pág. 24, diagnóstico: Riesgo de infección (00004).)

10) Riesgo de parto pretérmino.

Intervenciones de enfermería (NIC)

- Supresión de las contracciones de parto (6866).

Intervenciones generales (NIC)^(14,16)

- Cuidados de enfermería al ingreso (7310).

Facilitar el ingreso del paciente en un centro sanitario.

Actividades:

- Presentarse a sí mismo y su función en los cuidados.
- Disponer una intimidad adecuada para la paciente/familia.
- Orientar a la paciente/familia en las instalaciones del centro.
- Obtener la historia al ingresar, incluyendo la información sobre enfermedades médicas anteriores, medicaciones y alergia.
- Realizar la valoración física en el momento del ingreso.
- Realizar la valoración psicosocial en el momento del ingreso.
- Proporcionar a la paciente el “Documento de Derechos del Paciente”.
- Establecer el plan de cuidados de la paciente, los diagnósticos de enfermería, resultados e intervenciones.
- Obtener las órdenes del médico sobre los cuidados que hay que efectuar a la paciente.

- Documentación (7920).

Registro de los datos pertinentes del paciente en una historia clínica.

Actividades:

- Registrar las valoraciones de cuidados, diagnósticos de enfermería, intervenciones de enfermería y los resultados de los cuidados proporcionados.

- Anotar las valoraciones y las actividades de cuidados mediante los formularios/hojas de informes específicos de la unidad.
 - Registrar la fecha y hora precisas de los procedimientos o consultas de otros cuidadores sanitarios.
 - Describir las conductas del paciente de manera objetiva y precisa.
 - Registrar que el médico ha sido informado de los cambios en el estado del paciente.
 - Registrar la conducta específica del paciente, utilizando las palabras exactas del mismo, si procede.
 - Registrar la implicación de los seres queridos, si procede.
 - Registrar la resolución/estado de los problemas identificados.
 - Guardar la confidencialidad del registro.
 - Utilizar los datos de la documentación como garantía de calidad y acreditación.
-
- Informe de turnos (8140)

Intercambio de información esencial de cuidados de pacientes con otro personal de cuidados al cambiar el turno.

Actividades:

- Identificar las enfermedades y razones principales del ingreso.
 - Presentar la información de forma sucinta, centrándose en los datos recientes e importantes necesarios para el personal que asume la responsabilidad de los cuidados.
 - Describir el régimen de tratamiento, incluyendo la dieta, terapia de líquidos, medicamentos y ejercicios.
 - Identificar las pruebas de laboratorio y de diagnósticos que deban completarse en las próximas 24 horas.
 - Describir los datos de estado de salud, incluyendo signos vitales y los signos y síntomas presentes durante el turno.
 - Describir la respuesta del paciente y de la familia a las intervenciones de enfermería.
-
- Planificación del alta (7370).

Preparación para trasladar al paciente desde un nivel de cuidados a otro dentro o fuera del centro de cuidados de salud.

Actividades:

- Colaborar con el médico, paciente/familiar/ser querido y demás miembros del equipo sanitario en la planificación de la continuidad de los cuidados.

- Identificar la comprensión de los conocimientos o habilidades necesarios por parte del paciente y del cuidador principal para poner en práctica después del alta.
- Identificar lo que debe aprender el paciente para los cuidados posteriores al alta.
- Establecer el alta al siguiente nivel de cuidados.

- Manejo ambiental: confort (6482).

Manipulación del entorno para facilitar una comodidad óptima.

Actividades:

- Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo.
- Proporcionar una cama limpia, cómoda.
- Ajustar la temperatura ambiental que sea más cómoda para la persona, si fuera posible.
- Controlar ruidos indeseables o excesivos en lo posible.
- Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad (utilizando principios de alineación corporal, apoyo con almohadas, apoyo de las articulaciones durante el movimiento, etc).

- Intercambio de información de cuidados de salud (7960).

Proporcionar información a los profesionales de la salud de otros centros acerca de los cuidados del paciente.

Actividades:

- Informar de los diagnósticos de cuidados actuales.
- Describir las intervenciones de enfermería llevadas a cabo.
- Informar del equipo y suministros necesarios para el cuidado.
- Fijar la cita de retorno para el seguimiento de los cuidados.
- Describir el papel de la familia en la continuidad de cuidados.
- Coordinar los cuidados con otros profesionales de la salud.

- Reunión multidisciplinar sobre cuidados (8020).

Planificación y evaluación de los cuidados del paciente con profesionales de la salud de otras disciplinas.

Actividades:

- Reunir los datos del estado de salud correspondiente a la planificación de

cuidados del paciente.

- Identificar los diagnósticos de cuidados actuales.
 - Explicar las intervenciones de enfermería que se han de poner en práctica.
 - Describir la respuesta del paciente y la familia a las intervenciones de enfermería.
 - Buscar las bases de apoyo para la efectividad de las intervenciones de enfermería.
 - Debatir el progreso alcanzado en las metas establecidas.
 - Revisar el plan de cuidados del paciente si procede.
 - Solicitar las bases de apoyo para la planificación de cuidados del paciente.
 - Analizar los planes de alta.
 - Comentar las recomendaciones si es preciso.
 - Aportar los datos que faciliten la valoración del plan de cuidados del paciente.
 - Aclarar las responsabilidades con la puesta en práctica del plan de cuidados del paciente.
-
- Informe de incidencias (7980).

Informe escrito y oral de cualquier suceso del proceso de cuidados de la paciente que sea inconsistente con los resultados esperados de la paciente o con las operaciones de rutina del centro de cuidados sanitarios.

Actividades:

- Notificar al médico para que evalúe a la paciente, si procede.
- Documentar en el registro de la paciente que se ha notificado al médico.
- Documentar las valoraciones e intervenciones de los cuidados después del suceso.

Evaluación

Se llevará a cabo una evaluación de cada diagnóstico que permita estimar si los objetivos se van consiguiendo o se han cumplido. Permite comprobar el resultado de la planificación de cuidados para la paciente.

Si no se alcanzan los resultados esperados, habrá que examinar si las intervenciones elegidas fueron las adecuadas para conseguir los objetivos o se precisaría plantear intervenciones nuevas para llegar a cumplirlos⁽¹⁹⁾.

Estándar de calidad⁽²²⁾.

1. Existencia de un mecanismo de asignación enfermera-paciente en el sentido de que la paciente identifica el nombre de su enfermera.

2. Existencia de un documento de valoración enfermera integral en el que constan datos del grado de satisfacción de las necesidades de la paciente.
3. Existencia de un documento donde consten los problemas interdependientes presentes al ingreso.
4. Existencia de un documento donde constan claramente diferenciados, los diagnósticos enfermeros de autonomía y de independencia pertenecientes a la Taxonomía NANDA.
5. Existencia de un documento donde conste la planificación de los cuidados del paciente.
7. Existencia de un registro de cuidados donde queda constancia de las intervenciones enfermeras llevadas a cabo identificando con nombre y apellidos la enfermera responsable y el turno de trabajo en el que llevó a cabo la intervención.
10. Utilización en la documentación clínica enfermera un lenguaje enfermero profesional extraído de las Taxonomías NANDA, NOC, y NIC.

Indicadores de calidad del Plan de Cuidados

1. Realización la valoración de enfermería al ingreso.
2. Registro de cuidados y observaciones de enfermería.
3. Cumplimentación de las gráficas clínicas.
4. Realización de la valoración de signos y síntomas de la gestación de alto riesgo a las 24, 48, y 72 horas tras el ingreso.
5. Grado de información/participación de la paciente sobre el proceso/tratamiento de su enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Control prenatal del embarazo normal [Internet]. Madrid: SEGO; 2010 [citado 24 enero 2011]. Disponible en: <http://www.prosego.com/index.php?option=content&task=view&id=552&Itemid=141>

2. Cararach Ramoneda V, Tamayo Rojas O, Botet Mussons F. Rotura prematura de membranas. En: Cabero Roura L. Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción. Madrid. Médica Panamericana; 2006. p. 598-606.
3. Miguel JR de, Usandizaga R. Patología del Amnios. En: Usandizaga JA, Fuente P de la, coordinadores. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 2ª ed. Madrid. McGraw-Hill-Interamericana; 2005. p. 317-28.
4. González Bosquet E. Rotura prematura de las membranas amnióticas. En: González- Merlo J, Laila Vicens JM, Fabre-González E, González Boquet E, coordinadores. Obstetricia. 5ª ed. Barcelona: Masson; 2006. p. 563-76.
5. Kenyon S, Bouvain M, Neilson J. Antibióticos para la rotura prematura de membranas. (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008. Número 2. Oxford: Update Software Ltd. [28 de mayo de 2012. Disponible en: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD001807> (traducida de The Cochrane Library 2008, número 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd).
6. Roberts D, Dalziel S. Corticosteroides prenatales para la aceleración de la maduración del pulmón fetal en mujeres con riesgo de parto prematuro (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. [15, mayo, 2009] Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
7. Dare MR, Middleton P, Crowther CA, Flenady VJ, Varatharaju B. Parto temprano programado versus conducta expectante (espera) para la rotura de membranas antes del trabajo de parto a término (37 semanas o más) (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. [01, octubre, 2005]. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
8. Gilbert ES, Harmon JS. Manual de embarazo y parto de riesgo. 3ª ed. Madrid: Elsevier; 2003.
9. Donat Colomer, F. Enfermería maternal y ginecológica. Barcelona: Masson; 2000.
10. Seguranyes Guillot G. Enfermería maternal. Barcelona: Masson; 2006.
11. Ladewig PW, London ML, Moberly S, Olds SB. Enfermería maternal y del recién nacido. Madrid: McGraw-HillInteramericana; 2006.

12. Herdman TH, editor. NANDA. Diagnósticos enfermeros: Definición y Clasificación 2009-2011. Barcelona: Elsevier; 2010.
13. Moorheads S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editores. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Madrid. Elsevier; 2009.
14. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, editores. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.
15. Phaneuf M. Cuidados de enfermería: el proceso de atención de enfermería. 2ª ed. Madrid: McGraw- Hill Interamericana; 1998.
16. Johnson M, Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey Dochterman J, Maas M, Moorheads S, et al, editores. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC: diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Madrid: Elsevier; 2007.
17. Luis Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 8ª ed. Barcelona: Elsevier; 2008.
18. Carpenito LJ. Manual de diagnósticos de enfermería. 9ª ed. Madrid. McGraw-Hill Interamericana; 2002.
19. Servicio Andaluz de Salud. Manual de Intervenciones Enfermeras. Protocolo de procedimientos enfermeros [Internet]. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2009 [citado el 22 de enero de 2011]. Disponible en: http://www.urv.cat/media/upload/arxiu/Biblioteca/Infermeria/intervenciones_enfermeras.pdf.
20. Luis Rodrigo MT, Fernández Ferrín C, Navarro Gómez MV. De la teoría a la práctica: el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2007.
21. Rivero Cuadrado A, Pajares Costal C, Pacheco del Cerro E, Rodríguez Gómez JA, Cozar Ruiz R, Cobos Serrano JL, et al. Proyecto NIPE: Normalización de las intervenciones para la práctica de la enfermería. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Consejo General de Enfermería; 2002.
22. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Dossier para la realización de planes de cuidados. Dirección de Enfermería [Internet]. Cádiz: Hospital Universitario Puerta del Mar; 2004 [consultado el 26 de enero de 2011]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hpm/descargas/enfermeria/proyecto_calidad.pdfnidad

Recibido: 5 noviembre 2012.
Aceptado: 9 noviembre 2012.