



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERIA

CARRERA DE ENFERMERIA

**Dimensión Práctico del Examen Complexivo previo a la
obtención del grado académico de Licenciado(a) en Enfermería**

TEMA:

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN GESTANTE DE 36
SEMANAS CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA Y
OLIGOHIDRAMNIOS SEVERO**

AUTOR:

Anabela Del Rosario Guerrero Lema

TUTORA:

Lcda. Ingrid Sandra Aguirre Rodríguez

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2022

INDICE

DEDICATORIA.....	3
AGRADECIMIENTO.....	4
RESUMEN.....	5
ABSTRACT.....	6
INTRODUCCION.....	7
I. MARCO TEORICO.....	8
1.1. JUSTIFICACION.....	12
1.2. OBJETIVOS.....	13
1.2.1. OBJETIVO GENERAL.....	13
1.2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	13
1.3. DATOS GENERALES.....	14
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO.....	15
2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.....	15
2.2. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).....	15
2.3. Examen físico (Exploración clínica).....	16
2.4. Información de exámenes complementarios realizados.....	19
2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.....	20
2.6. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.....	21
2.7. Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.....	24
2.8. Seguimiento.....	24
2.9. Observaciones.....	26
CONCLUSIÓN.....	27
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	28

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado a mi familia en especial a mis padres los cuales me brindaron apoyo incondicional en mis estudios logros y desventuras a lo largo de mi vida ya que gracias a ellos he podido culminar con éxito mi carrera, venciendo obstáculos y que no hay nada imposibles en la vida, por la paciencia y consejos en los momentos difíciles que se me ha presentado y que gracias a sus palabras de aliento he sabido salir adelante.

AGRADECIMIENTO

Mi más grande agradecimiento en primer lugar a Dios por darme la oportunidad de vivir una de las experiencias más hermosas e importantes en mi vida, por la salud y sabiduría para culminar con éxito este estudio de caso clínico y la vocación de servicio hacia los demás.

A mis padres, hermanos por su constante amor, cariño por cada uno de sus sacrificios, porque con ello me enseñaron que todo sacrificio tiene su recompensa, gracias sin ustedes nada de esto hubiese sido posible.

A mis docentes quienes fueron el pilar fundamental en mi formación a lo largo de la carrera, porque no solo transportaron sus conocimientos si no sus experiencias vividas y más que docentes formaron parte de mi diario vivir en la carrera. En especial a mi tutora Lcda. Ingrid Sandra Aguirre Rodríguez que con sus saberes me ha guiado durante el proceso de elaboración de mi estudio de caso clínico.

RESUMEN

El proceso de atención de enfermería es de vital importancia ya que permite a los profesionales de salud prestar cuidados que necesita el paciente para ayudar a una pronta recuperación mediante las actividades y procedimientos a realizar.

La ruptura prematura de membranas (RPM) se define como la ruptura de las membranas ovulares antes de que inicie el trabajo de parto, mientras que oligohidramnios se define como la poca cantidad de líquido amniótico en el embarazo.

El objetivo de este estudio de caso es elaborar el proceso de atención en gestante de 36 semanas con ruptura prematura de membrana y oligohidramnios severo.

La ruptura prematura de membrana es una de las complicaciones más frecuentes y uno de los problemas médicos obstétricos de mayor controversia en su manejo; afecta negativamente al embarazo y se asocia a mayor morbi-mortalidad materna neonatal.

Se sustenta en la Teoría de Dorothea Orem, dado que este modelo plantea procedimientos que debe realizar un enfermero para orientar el autocuidado a mujeres en estado de embarazo con problemas y que comprometan la vida de la madre y del bebé.

PALABRAS CLAVES: Ruptura prematura de membrana, Oligohidramnios, Flujo vaginal, Líquido amniótico, Ecografía.

ABSTRACT

The nursing care process is of vital importance as it allows health care professionals to provide the care needed by the patient to aid in early recovery through the activities and procedures to be performed.

Premature rupture of membranes (PROM) is defined as rupture of the ovular membranes before labor begins, while oligohydramnios is defined as low amniotic fluid in pregnancy.

The aim of this case study is to elaborate the process of care in a 36-week pregnant woman with premature rupture of membranes and severe oligohydramnios.

Premature rupture of membrane is one of the most frequent complications and one of the most controversial obstetric medical problems in its management; it negatively affects pregnancy and is associated with greater maternal and neonatal morbidity and mortality.

It is based on Dorothea Orem's Theory, since this model proposes procedures that a nurse must carry out to guide self-care for pregnant women with problems and that compromise the life of the mother and the baby.

KEY WORDS: Premature rupture of membrane, Oligohydramnios, Vaginal discharge, Amniotic fluid, Ultrasound.

INTRODUCCION

En la investigación realiza por Montaner (2021) define al embarazo como el periodo comprendido entre la fecundación de un óvulo y el nacimiento del recién nacido. En la raza humana este periodo es de unos nueve meses.

Durante la semana 36 de embarazo el bebé sigue considerándose prematuro. Ya que el límite de la prematuridad está en la semana 37. Sin embargo, con 36 semanas ya no se frena el parto (Fernández-Miranda, 2022).

La ruptura prematura de membranas (RPM) es la ruptura de las membranas ovulares antes del inicio del parto, con la consiguiente salida de líquido amniótico (T. Cobo, 2022). Mientras que el oligohidramnios se define como volumen anormalmente bajo de líquido amniótico (Giancarlo Sante-Farfán, 2016).

(Izquierdo, 2017), en su investigación determina que los factores que incrementan el riesgo de Ruptura Prematura de Membranas son: Infecciones del tracto vaginal, conductuales, complicaciones obstétricas y cambios ambientales.

El diagnóstico se debe efectuar mediante la historia clínica y observación de salida de líquido amniótico por el canal cervical con especuloscopia. Se recomienda evitar tactos vaginales cuando se sospecha RPM. La cristalografía y nitrazina son pruebas útiles para confirmar el diagnóstico. La presencia ultrasonografía de oligohidramnios puede ser útil para el diagnóstico de RPM (MSP, 2015). También es importante la realización de una ecografía lo cual ayudara a saber el estado del feto.

El objetivo de este trabajo es presentar, explicar y desarrollar la importancia de realizar un cuidado individualizado en paciente con ruptura prematura de membrana teniendo en cuenta los agentes que la pueden causar y las diferencias que presentan entre ellas, así como verlos desde la perspectiva de la enfermería y poder emitir diagnóstico de enfermería y plantear los cuidados desde un punto de vista holístico.

I. MARCO TEORICO

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

La ruptura prematura de membranas (RPM) se define como la ruptura de las membranas ovulares antes de que inicie el trabajo de parto, cuando ocurre antes de las 36 semanas de edad gestacional se le conoce como ruptura prematura de membranas pretérmino (RPMP), (Vásquez, 2020).

ETIOLOGIA

En la mayoría de los casos, se desconoce la causa de la RPM. Algunas causas o factores de riesgo pueden ser:

- Infecciones del útero, el cuello uterino o la vagina.
- Demasiado estiramiento del saco amniótico (esto puede ocurrir si hay demasiado líquido o más de un bebé ejerciendo presión sobre las membranas).
- Fumar.
- Si le han realizado cirugía o biopsias del cuello uterino.
- Si usted estuvo embarazada antes y tuvo una RPM o una RPMP.
- La mayoría de las mujeres que rompen fuente antes del trabajo de parto no tienen un factor de riesgo (MedlinePlus, 2020).

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Típicamente, a menos que aparezcan complicaciones de la RPM, el único síntoma es la pérdida de un chorro repentino de líquido por la vagina. La presencia de fiebre, flujo vaginal abundante o fétido, dolor abdominal y taquicardia fetal, especialmente si no tiene proporción con la temperatura materna, sugiere una infección intraamniótica (Moldenhauer, 2021).

DIAGNOSTICO

Habitualmente con la anamnesis y la exploración física suele ser suficiente. En caso de duda, serán de utilidad las pruebas complementarias (Elsevier, 2005).

Anamnesis

En ocasiones la incontinencia de orina y el aumento del flujo vaginal pueden hacer sospechar y diagnosticar una RPM y, consecuentemente, condicionar una actitud errónea (Elsevier, 2005).

Para reducir los falsos positivos de la historia clínica, se debe explorar a la paciente y realizar las pruebas diagnósticas pertinentes (Elsevier, 2005).

Exploración física

Genitales externos. Se puede observar la salida de líquido amniótico (LA) a través de la vagina (Elsevier, 2005).

EPIDEMIOLOGIA

La ruptura prematura de membrana constituye una de las cinco patologías de ingreso en las unidades de alto riesgo obstétrico, con alta tasa de incidencia a nivel mundial, en Latinoamérica la incidencia es del 11 al 15 %⁵. En Ecuador según investigaciones realizadas indican una prevalencia de 15,7 % de gestantes con RPM, aproximadamente el 8 % de las mujeres tiene rotura prematura de membranas antes del trabajo de parto, y más del 90 % de estas mujeres entran en trabajo de parto en forma espontánea dentro de las 24 horas.

(Capelo Jiménez, 2015), indica que acorde a datos estadísticos obtenidos en el 2011 por parte del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, su prevalencia es del 10% de los embarazos, de los cuales el 20% ocurre en el tercer trimestre de la gestación.

Mientras que en la investigación realizada por Flores & Carlos (2013), atribuyen que en Ecuador la ruptura prematura de membranas para el 2012 constituye entre el 5 al 14% de todos los embarazos, y es el causante del 50% de partos pre-termino y contribuyen al 20% de muertes perinatales.

TRATAMIENTO

- Si el embarazo ya ha llegado a la semana 34 o la ha superado, por lo general se inicia el trabajo de parto (inducción).
- Si la duración del embarazo es inferior a 34 semanas, por lo general se indica reposo, vigilancia estrecha en el hospital, antibióticos y, a veces, corticoesteroides.
- Si la duración del embarazo es inferior a 32 semanas, por lo general se indica sulfato de magnesio para prevenir hemorragia cerebral y problemas en el desarrollo cerebral del recién nacido (Moldenhauer, 2021).

OLIGOHIDRAMNIOS

En la investigación realiza por Segura & Salvador (2020), refiere el término oligohidramnios como la poca cantidad de líquido amniótico en el embarazo. Esta alteración afecta a menos del 10% de las mujeres embarazadas, aunque solo son diagnosticadas alrededor del 5%.

ETIOLOGIA

Las causas de oligohidramnios incluyen las siguientes:

- Insuficiencia útero-placentaria (p. ej., debido a preeclampsia, hipertensión crónica, desprendimiento prematuro de placenta, un trastorno trombotico, u otro trastorno materno).
- Fármacos (p. ej., inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina [ACE], antiinflamatorios no esteroideos).
- Embarazo postérmino.
- Malformaciones fetales, particularmente las que disminuyen la producción de orina
- Restricción del crecimiento intrauterino
- Muerte fetal
- Alteraciones cromosómicas fetales (p. ej., aneuploidías)
- Rotura de membranas (prematuro o a término)
- Idiopática (Dulay, 2020)

SIGNOS Y SÍNTOMAS

En la mayoría de casos, el oligohidramnios no provoca ningún síntoma en la mujer y, por ello, sólo será diagnosticado en una ecografía de control. El único síntoma posible es la pérdida de líquido amniótico si hay una rotura de membrana (Segura & Salvador, 2020).

DIAGNOSTICO

La ecografía puede mostrar qué tan bien está creciendo su bebé. También puede mostrar la estructura de los riñones y del tracto urinario de su bebé y mostrar la orina en la vejiga de su bebé. Es posible que necesite un tipo especial de ecografía (estudio de flujo Doppler) para controlar el flujo sanguíneo a través de los riñones del bebé y la placenta (Health Library, 2019).

TRATAMIENTO

El tratamiento del oligohidramnios consiste en hacer un control más exhaustivo del embarazo. La mujer tendrá que hacerse varias ecografías para asegurarse de que el feto crece al ritmo adecuado (Segura & Salvador, 2020).

Otras indicaciones para tratar la falta de líquido amniótico son beber mucho, controlar las patadas y la actividad del bebé, hacer reposo parcial o absoluto, etc. Todo esto dependerá de lo avanzado que esté el embarazo y de si existen otras alteraciones asociadas (Segura & Salvador, 2020).

Si la mujer se encuentra es un estado avanzado de la gestación, es muy probable que le induzcan el parto, sobre todo si se confirma que hay sufrimiento fetal (Segura & Salvador, 2020).

Una técnica novedosa que puede ayudar a mantener los niveles de líquido amniótico durante el parto es la amnio-infusión. Consiste en introducir un catéter a través del cuello uterino y bombear una solución salina hacia el saco amniótico de forma constante. Con esto se reduce el riesgo de compresión del cordón umbilical y se aumenta la probabilidad de tener un parto natural (Segura & Salvador, 2020).

1.1. JUSTIFICACION

Por medio del presente estudio de caso podemos justificar que el propósito del estudio de caso es dar conocer más sobre las complicaciones que se pueden dar tanto para la madre como para el feto y de tal manera pueda tratarse de manera oportuna.

Se sustenta en la Teoría de Dorothea Orem, dado que este modelo plantea procedimientos que debe realizar un enfermero para orientar psicológicamente a mujeres en estado de embarazo con problemas y que comprometan la vida de la madre y del bebé.

La ruptura prematura de membrana constituye una de las cinco patologías de ingreso en las unidades de alto riesgo obstétrico, con alta tasa de incidencia a nivel mundial, en Latinoamérica la incidencia es del 11 al 15 %⁵. En Ecuador según investigaciones realizadas indican una prevalencia de 15,7 % de gestantes con RPM, aproximadamente el 8 % de las mujeres tiene rotura prematura de membranas antes del trabajo de parto, y más del 90 % de estas mujeres entran en trabajo de parto en forma espontánea dentro de las 24 horas. (Salinas, Poma, & Porras, 2022)

Por lo consiguiente, la frecuencia del oligohidramnios es variable y depende de la población, pero para la mayoría de los investigadores esto oscila entre el 0,4 % y el 5,5 % (Sánchez, García, & Sánchez, 2005).

La ruptura prematura de membrana es una de las complicaciones más frecuentes y uno de los problemas médicos obstétricos de mayor controversia en su manejo; afecta negativamente al embarazo y se asocia a mayor morbi-mortalidad materna neonatal (MSP, 2015).

El diagnóstico se debe efectuar mediante la historia clínica y observación de salida de líquido amniótico por el canal cervical con especuloscopia. Se recomienda evitar tactos vaginales cuando se sospecha RPMP. La cristalografía y nitrazina son pruebas útiles para confirmar el diagnóstico. La presencia ultrasonografía de oligohidramnios puede ser útil para el diagnóstico de RPM (MSP, 2015).

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. OBJETIVO GENERAL

- Elaborar el proceso de atención en gestante de 36 semanas con ruptura prematura de membrana y oligohidramnios severo.

1.2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar los factores de riesgo que se dan en ruptura prematura de membrana y oligohidramnios.
- Ejecutar el plan de cuidados a fin de contribuir en la pronta recuperación de la paciente.
- Evaluar los resultados del Proceso de Atención de Enfermería, en gestante de 36 semanas con ruptura prematura de membrana y oligohidramnios severo.

1.3. DATOS GENERALES

Nombres y apellidos: NN

Sexo: femenino

Raza: mestiza

Edad: 19 años

Estado civil: Unión libre

Instrucción: Bachiller

Profesión: No refiere

Ocupación: Estudiante

Lugar de Nacimiento: Babahoyo

Nacionalidad: ecuatoriana

Fecha de nacimiento: 13/03/2003

Residencia actual

Cantón: Montalvo

Ciudad: Montalvo

Provincia: Los Ríos

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.

Motivo de consulta: Paciente de sexo femenino de 19 años de edad con un embarazo de 36 semanas acude al área de emergencia del Hospital Martín Icaza de Babahoyo por presentar cuadro clínico de pérdida de líquido en genitales de +/- 24 horas de evolución acompañado de dolor pélvico abdominal de leve intensidad.

Antecedentes:

- **Personales:** No refiere (No consume ningún tipo de droga, alcohol, no fuma).
- **Familiares:** Madre es diabética
- **Quirúrgicos:** No refiere
- **Ginecobstétrico:** Menarquia 12 a los años de edad con ciclos irregulares normales, Gesta previa 1.
- **Alérgicos:** No refiere

2.2. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).

Paciente de sexo femenino de 19 años de edad con un embarazo de 36 semanas acude al área de emergencia del Hospital Martín Icaza de Babahoyo acompañada de su esposo manifestando un cuadro clínico de pérdida de líquido en genitales de +/- 24 horas de evolución acompañado de dolor pélvico abdominal de leve intensidad es valorada por ginecóloga de turno, latidos fetales presentes, al control de signos vitales presión arterial 116/69 mm/hg, frecuencia cardiaca de 79 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 20 rpm, temperatura 36,8 °C, saturación de oxígeno 99%, score mama 0. Se procede a canalizar vía periférica y se administra medicación prescrita por el médico.

2.3. Examen físico (Exploración clínica).

Se realiza un examen cefalocaudal.

Cabeza: Normo cefálico, simétrica, sin presencia de masas, buena implantación de cabello.

Cara: Facie pálida, sin alteraciones.

Boca: Mucosa oral húmeda, en condiciones óptimas para masticar, saborear y deglutir alimentos, piezas dentales completas.

Nariz: Tabique proporcional a la cara, simétricas y permeables.

Cuello: Sin presencia de adenopatías ni tumoraciones, no doloroso a los movimientos de flexión.

Tórax: Simétrico, no presenta lesiones, mamas simétricas, sin alteraciones.

Abdomen: Globuloso relacionado con la edad gestacional, doloroso a la palpación a nivel del epigastrio.

Pulmones: A la auscultación adecuada ventilación de campos pulmonares.

Extremidades Superiores e Inferiores: No presencia de edemas.

SIGNOS VITALES

PA: 116/69 mm/Hg

FC: 79 latidos por minutos

FR: 20

T°: 36.8 °C

SAT O2: 99 %

VALORACION DE ENFERMERIA POR PATRONES FUNCIONALES (TEORIA DE MARJORY GORDON)

PATRON 1: PERCEPCION – MANEJO DE LA SALUD:

Paciente refiere llevar un buen cuidado personal, manifiesta que siempre mantiene el lugar donde reside de manera ordenada y al momento de guardar reposo el esposo le ayudaba.

Se realizó 5 controles prenatales durante su embarazo, se aplica vacunas contra la influenza 1 dosis, tétanos 2 dosis y covid 2 dosis.

Durante las primeras semanas del embarazo paciente fue ingresa por presentar infección renal (Pielonefritis).

No presenta problemas relacionados con el alcohol y drogas.

PATRON 2: NUTRICIONAL – METABOLICO

El IMC durante el embarazo es de 33.2 lo cual se considera sobrepeso.

Realiza sus 3 comidas al día, consume frutas, verduras, carnes, pescado y legumbres.

No presenta ningún tipo de problema para masticar y deglutir los alimentos.

Mediante los controles de odontología se evidencia caries.

En cuanto a la dieta de la paciente en su primer día de ingreso al hospital no se le administra nada por vía oral, al segundo día el médico prescribe dieta líquida hiposódica.

PATRON 3: ELIMINACION

Paciente manifiesta durante el embarazo no tener problemas para miccionar y defecar.

En el Hospital durante el ingreso de la paciente a quirófano se aplica Sonda Foley.

PATRON 4: ACTIVIDAD/EJERCICIO

Actividad respiratoria: Patrón respiratorio regular de 20 rpm y Saturación de Oxígeno del 99%.

Actividad Circulatoria: Presión arterial regular de 116/69 mm/Hg, frecuencia cardiaca 79 latidos por minutos

No existe presencia de edema, al momento con reposo absoluto.

PATRON 5: SUEÑO – DESCANSO

Paciente refiere que el lugar de descanso es adecuado y se siente cómoda.

Refiere periodos de sueños de 8 a 10 horas en la noche durante su embarazo, en el día refiere periodos de sueños de 2 horas.

Refiere no consumir ningún tipo de fármacos para conciliar el sueño.

PATRON 6: COGNITIVO PERCEPTUAL

Paciente alerta, no presenta dificultad al expresarse, no presenta alteraciones (visuales, auditivas, gustativas, táctiles, olfatorias)

Presenta alteración del bienestar por riesgo de muerte fetal.

PATRON 7: AUTOPERCEPCION/AUTOCONCEPTO

Paciente manifiesta ser una persona alegre y muy social.

PATRON 8: ROL – RELACIONES

Paciente vive con la familia del esposo, refiere tener una buena relación con la pareja.

Tiene buena relación con sus amigos.

PATRON 9: SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN

Paciente manifiesta menarquia a los 12 años de edad con ciclos irregulares.

Métodos anticonceptivos: Soluna una sola vez.

Refiere 0 abortos.

PATRON 10: ADAPTACION/TOLERANCIA AL ESTRÉS

Paciente refiere no tener ningún problema, siempre se ha caracterizado por ser sonriente, amigable.

No he tenido necesidad de recurrir tomar malas decisiones, ni al uso de alcohol y drogas.

Manifiesta tener una buena relación con la pareja y siempre le brinda apoyo.

PATRON 11: VALORES/CREENCIAS

Paciente refiere ser evangélica.

2.4. Información de exámenes complementarios realizados

HEMATOLOGIA

Examen	Resultado	Unidad	Rango referencial
HEMATIES	4.89	$\times 10^6/uL$	3.5 - 5
HEMOGLOBINA	12.2	g/dl	11 – 15
HEMATOCRITO	38.4	%	37 – 47
MCV (Volumen Corpuscular Medio)	78.5	fL	80 – 100
MCH (Hemoglobina Corpuscular Media)	24.9	Pg	27 – 34
RDW-CV (Ancho de distribución de eritrocitos – Coeficiente de variación)	14.0	%	11 - 16
PLAQUETAS	296	$10^3/uL$	150 - 450
VPM (Volumen Plaquetario Medio)	9.4	fL	6.5 – 12
LEUCOCITOS	13.81	$10^3/uL$	5 - 10
NEUTROFILOS%	10.42	$10^3/uL$	1.5 - 7
LINFOCITOS %	2.21	$10^3/uL$	1.6 - 4
MONOCITOS %	0,92	$10^3/uL$	>0.90
EOSINOFILOS %	0.21	$10^3/uL$	>0.40
BASOFILOS %	0.01	$10^3/uL$	>0.10
NEUTROFILOS %	75.4	%	50 – 70
LINFOCITOS %	16.0	%	20 – 40
MONOCITOS %	6.7	%	3 – 12

EOSINOFILOS %	1.5	%	0.5 – 5
BASOFILOS %	0.1	%	0 - 1
MCHC (Concentración de Hemoglobina Corpuscular Media)	31.8	g/dl	32 - 38
RDW-SD (Ancho de distribución de eritrocitos – Desviación estándar)	48.4	fL	35 - 56
GRUPO SANGUINEO			
GRUPO SANGUINEO	O		
FACTOR RH	POSITIVO		

HEMOSTASIA

Examen	Resultado	Unidad	Rango referencial
Tiempos			
TP (Tiempo de protrombina)	11.8	seg	10 – 14
TPT (Tiempo parcial de tromboplastina)	28	seg	26 – 40
INR (Pruebas de tiempo de protrombina)	1.0	%	VN. 09 – 1.2 Pacientes con tratamiento con anticoagulante 2.0 – 3.0

- Se realiza una ecografía doppler
- Monitoreo fetal
- Tacto vaginal
- Especuloscopia

2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

Diagnóstico presuntivo: Embarazo de 36 semanas por FUM + Pelviana

Diagnóstico diferencial: Ruptura Prematura de Membranas

Diagnóstico definitivo: Oligohidramnios severo

2.6. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.

Mediante el Proceso de Atención de Enfermería pudimos mejorar los cuidados que se le brinda al paciente ya que contribuye a tener una mejor perceptiva del problema presentado y los pasos a seguir para una pronta recuperación.

Por otra parte, mediante la valoración de los patrones funcionales de Marjory Gordon, se puede dar conocer los patrones que se encuentran alterados, lo cual facilita la aplicación del PAE Proceso de Atención de Enfermería.

Dentro de los patrones funcionales alterados se encuentran:

- **Patrón 1:** Percepción – Manejo de la salud.
- **Patrón 2:** Nutricional – Metabólico.
- **Patrón 6:** Cognitivo Perceptual.

Plan Farmacológico:

A la paciente se le administró el tratamiento indicado por el médico:

- Lactato de ringer 1000cc iv 30gts x min
- Ampicilina 2g iv stat, luego 1g iv c/6h

NANDA: 00004
NOC: 1902
NIC: 6610

Dominio 11: Seguridad/protección
Clase 01: Infección **Etiqueta:** 00004
Dx: Riesgo de infección

R/C: Riesgo de infección

E/P: Ruptura prematura de membrana amniótica

M
E
T
A
S

Dominio 04: Conocimiento y conducta de salud

Clase T: Control del riesgo y seguridad

Etiqueta 1902: Control del riesgo

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E

Campo 04: Seguridad

Clase v: Control de riesgos

Etiqueta 6610: Identificación de riesgos

ESCALA DE LIKERT ANTES Y DESPUES

INDICADORES	1	2	3	4	5
Reconoce los factores de riesgos.		X			
Efectúa vacunaciones recomendadas					X
Modifica el estilo de vida para reducir los riesgos				X	

- ACTIVIDADES**
- Instruir sobre los factores de riesgos y planificar la reducción del riesgo.
 - Fijar objetivos mutuos si procede
 - Determinar el cumplimiento de los tratamientos médicos y de enfermería.

NANDA:00126
 NOC: 1843
 NIC: 1400

Dominio 05: Percepción/Cognición
Clase 04: Cognición **Etiqueta:** 00126
Dx: Conocimientos Deficientes

R/C: Información insuficiente

E/P: Conocimiento insuficiente

M
E
T
A
S

Dominio 04: Conocimiento y conducta de salud

Clase S: Conocimientos sobre salud

Etiqueta 1843: Conocimiento: Manejo del dolor

ESCALA DE LIKERT ANTES Y DESPUES

INDICADORES	1	2	3	4	5
Reconoce las causas y factores que contribuyen al dolor.			X		
Estrategias para el control preventivo del dolor.		X			
Descripción del uso correcto de la medicación prescrita.			X		

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E

Campo 01: Fisiológico: Básico

Clase E: Fomento de la comodidad física

Etiqueta 1400: Manejo del dolor

- ACTIVIDADES**
- Proporcionar información acerca del dolor sus causas el tiempo que durara y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.
 - Animar al paciente al utilizar medicación de manera adecuada.
 - Fomentar periodos de descanso/sueño adecuados que faciliten el alivio del dolor.
 - Integrar a la familia en la modalidad de alivio del dolor si fuera posible.

2.7. Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.

El presente estudio de caso en donde se estudia a una paciente de 19 años de edad con ruptura prematura de membranas y oligohidramnios severo se basa en la teoría de Dorotea Orem, ya que esta se centra en el arte y la práctica de enfermería ayudando a la paciente a mejorar el autocuidado y a modificar ciertas actividades con la finalidad de conservar y recuperar la salud.

2.8. Seguimiento

DIA 1

Paciente femenino de 19 años de edad primigesta consciente, orientada en tiempo y espacio, afebril que ingresa por el área de emergencia obstétrica del Hospital Martín Icaza de Babahoyo por presentar pérdida de líquido en genitales +/- 24 horas de evolución acompañado de dolor pélvico abdominal de leve intensidad, se realiza ecografía movimientos fetales presentes.

Signos vitales:

- **PA:** 116/69 mmHg
- **FC:** 79 lpm
- **FR:** 20 rpm
- **T:** 36.8°C
- **SPO2:** 99%

Indicaciones:

- NPO
- Control de Signos Vitales
- Monitoreo Fetal
- Reposo Absoluto

Plan de tratamiento:

Lactato de Ringer 1000cc IV 30 gts x min.

Ampicilina 2g IV stat, luego 1g IV cada 6hrs

DIA 2

Paciente consciente, orientada en tiempo y espacio es ingresada a quirófano para realización de cesárea por presentar pérdida total del líquido amniótico y los latidos fetales disminuidos, se explica los riesgos los familiares tanto para la madre como para el bebé, se firma el consentimiento informado. Luego de la intervención paciente pasa al área de pos-quirúrgico donde se controlará por 3 horas signos vitales, se realiza masajes uterinos, se controlan los loquios. Una vez estable se pasa al área de maternidad para su recuperación y se administra medicación prescrita por el médico.

Signos vitales:

- **PA:** 121/72 mmHg
- **FC:** 82 lpm
- **FR:** 20 rpm
- **T:** 36.3°C
- **SPO2:** 99%

DIA 3

Paciente consciente, orientada en tiempo y espacio, muestra notable mejoría a la valoración médica por lo que procede a dar el alta médica, se brinda consejería acerca de los métodos anticonceptivos y se envía medicación de levonorgestrel para el hogar y referencia al centro de salud para los controles correspondientes.

2.9. Observaciones

El presente estudio de caso el cual hace referencia a una paciente de 19 años de edad con diagnóstico de Ruptura Prematura de Membrana y Oligohidramnios Severo. Al momento de acudir al hospital lo hace acompañada de su esposo en donde refiere pérdida de líquido y dolor abdominal, luego de la valoración el médico explica tanto a la paciente como al esposo que debe ser referida a un hospital de 3er nivel por no contar con área de UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales) donde el esposo acepta y firma al consentimiento y la paciente es ingresada para la espera de un cupo. El personal de salud al ver el riesgo que presentaba la mama y él bebe decidieron realizar la cesaría por urgencia. En cuanto al tratamiento recibido y los cuidados de enfermería brindados fueron los más certeros consiguiendo una evolución favorable durante los 3 días de hospitalización de la paciente

CONCLUSIÓN

Mediante la elaboración del estudio de caso en una paciente de 19 de años con diagnóstico de ruptura prematura de membrana más oligohidramnios severo podemos concluir que es un tema de mucha importancia por las complicaciones que se pueden generar si no se toman medidas necesarias para su prevención.

Con la valoración funcionales de Marjory Gordon se pudo conocer cuales patrones se encontraban alterados y de tal manera poder brindar una atención de enfermería de forma oportuna en función a ello.

El Proceso de Atención de Enfermería en su etapa de la valoración me ayudo obtener resultados mediante el conocimiento de antecedentes patológicos, sintomatología, edad del paciente, antecedente clínico para sí establecer un buen diagnóstico de enfermería y elaborar un plan de cuidado efectivo para este Caso Clínico.

El rol de la enfermera me permitió brindar un cuidado directo a la usuaria y además dar consejería sobre planificación familiar y la importancia de los controles prenatales, y que sepan reconocer los signos de alarma para evitar posibles complicaciones.

Por lo que se logró la pronta recuperación de la salud de la paciente evitando complicaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Capelo Jiménez, K. E. (2015). *Repositorio Universidad Católica de Cuenca*. Obtenido de Repositorio Universidad Católica de Cuenca: <https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/7505>
- Dulay, A. T. (OCTUBRE de 2020). *Manual MSD*. Obtenido de Manual MSD: <https://www.msmanuals.com/es-ec/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/oligohidramnios>
- Elsevier. (2005). Diagnostico de la ruptura prematura de membranas. *PROTOCOLO SEGO, Vol.48(Núm.11.)*, Pag. 565-566. doi:10.1016/S0304-5013(05)72455-9
- Fernández-Miranda, D. M. (2022). *Natalben*. Obtenido de Natalben: <https://www.natalben.com/embarazo-semana-36#:~:text=Semana%2036%20de%20embarazo%3A%20C%C3%B3mo,le%20considera%20un%20feto%20prematuro.>
- Flores, G., & Carlos, L. (Mayo de 2013). *Repositorio Universidad Tecnica de Ambato*. Obtenido de Repositorio Universidad Tecnica de Ambato: <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/3692/1/GABRIEL%20FLORES%20LENIN%20CARLOS.pdf>
- Giancarlo Sante-Farfán, E. S.-R. (1 de Junio de 2016). Oligohidramnios en el Hospital Regional Hipólito Unanue. *Acta Médica Peruana*, 33(2), Pag. 165-166. Obtenido de <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v33n2/a17v33n2.pdf>
- Health Library*. (3 de Enero de 2019). Obtenido de Health Library: <https://healthlibrary.brighamandwomens.org/spanish/diseasesconditions/Adult/134,597es>
- Izquierdo, D. W. (Abril de 2017). *TESIS_WILBER VIVERO*. Obtenido de TESIS_WILBER VIVERO: http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/13287/TESIS_WILBER%20VIVERO.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=La%20Ruptura%20Prematura%20de%20Membranas,inicio%20de%20trabajo%20de%20parto.

- Mancia, D. W., & Pereira, D. K. (Julio de 2020). *Universidad de el Salvador*. Obtenido de Universidad de el Slavador: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/11/1128233/27-11106281.pdf>
- MedlinePlus. (31 de Marzo de 2020). *Ruptura prematura de membranas*. Obtenido de MedlinePlus: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000512.htm>
- Moldenhauer, J. S. (JULIO de 2021). *Manual MSD*. Obtenido de Manual MSD: <https://www.msmanuals.com/es-ec/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-y-complicaciones-del-trabajo-de-parto-y-el-parto/rotura-prematura-de-membranas-rpm>
- Montaner, D. N. (2 de Febrero de 2021). *Salud Blogs Mapfre*. Obtenido de Salud Blogs Mapfre: <https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/mujer/embarazo/definicion/>
- MSP. (2015). Ruptura prematura de membrana pretermino. *Guia Pratica Clinica*, Pag. 12. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/GPC-RPMP-FINAL-08-10-15.pdf>
- Ramos, M. G. (2018). Manejo actual de la rotura prematura de membranas en embarazos pretérmino. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 64(3), Pag. 405-414. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000300014
- Salinas, C. B., Poma, M. I., & Porras, A. d. (Enero-Abril de 2022). Proceso de atención de enfermería en gestante con ruptura prematura de membranas en el Hospital General Isidro Ayora de Loja. *QHALIKAY. REVISTA DE CIENCIAS DE LA SALUD ISSN: 2588-0608*, 39-51. Obtenido de QHALIKAY. REVISTA DE CIENCIAS DE LA SALUD : <https://revistas.utm.edu.ec/index.php/QhaliKay>
- Sánchez, D. J., García, D. G., & Sánchez, D. S. (2005). Resultados del oligohidramnios en el parto y el recién nacido. Análisis caso-control. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 31(1). Obtenido de

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2005000100001

Segura, D. R., & Salvador, Z. (10 de Febrero de 2020). Oligohidramnios: causas, diagnostico y tratamiento en el embarazo. *Reproducción Asistida ORG*.

T. Cobo, A. D. (18 de Abril de 2022). *PROTOCOLO: ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS A TÉRMINO Y PRETÉRMINO*. Obtenido de PROTOCOLO: ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS A TÉRMINO Y PRETÉRMINO: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/rotura%20prematuara%20de%20membranas%20hcp-hsjd.pdf>

Vásquez, D. M. (2020). Ruptura prematura de membranas. *Revista Médica Sinergia*, 5(11), Pag. 1-11. Obtenido de <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/606/1041>

Document Information

Analyzed document	ANABELA.GUERRERO.CASO.CLINICO.PARA.ANALISIS.docx (D142059373)
Submitted	2022-07-15 01:43:00
Submitted by	
Submitter email	loterot@utb.edu.ec
Similarity	9%
Analysis address	loterot.utb@analysis.orkund.com

Sources included in the report



Firmado electrónicamente por:
INGRID SANDRA
AGUIRRE
RODRIGUEZ

