



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERÍA

**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 31
SEMANAS CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO MÁS ASMA
BRONQUIAL.**

AUTOR

GUANULEMA CAPITO CRUSCAYA YACILA

TUTOR

LIC. MORAN CALDERON JOSE

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2020 – 2021

INDICE GENERAL

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
TEMA DEL CASO CLINICO.....	III
RESUMEN	IV
SUMMARY	V
INTRODUCCION	VI
1.1 JUSTIFICACION.....	9
1.2 OBJETIVOS.....	10
1.3 DATOS GENERALES.....	11
2. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO.....	12
2.1 ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. (HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE).....	12
2.2 PRINCIPALES DATOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS).....	12
2.3 EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA).....	13
2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.	17
2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO	18
2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.19	
2.7 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE LA SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.	23
2.8 SEGUIMIENTO	24
2.9 OBSERVACIONES.....	26
CONCLUSION	27
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	28
ANEXOS	30

DEDICATORIA

El presente trabajo va dedicado especialmente a Dios, a mis abuelitos que son mis ángeles guardianes, a mi amada y consentida hija Arianita a mis padres y hermanos y a toda mi familia, quienes siempre han estado conmigo y me han enseñado a seguir avanzando a pesar de las dificultades que me ha deparado el destino, porque son el pilar fundamental que sostiene mi vida, y sobre todo, son quienes me dieron los ánimos, enseñanzas, valor y perseverancia para cumplir con mi sueño de ser una profesional e instrumento de Dios a la hora de salvar vidas.

GUANULEMA CAPITO CRUSCAYA YACILA

AGRADECIMIENTO

Agradezco de todo corazón a Dios, a mis padres, a mis abuelitos que me cuidan del cielo, a mi consentida hija Arianita y a toda mi familia hermanos y familiares cercanos por apoyarme siempre, darme ánimos y confianza. Y sobre todo, por no dejarme sola tanto en los buenos y malos momentos. A mi tutor Lic. Moran Calderón José por guiarme, enseñarme, ser paciente y comprensivo en todo el proceso de realización de mi caso clínico que está realizado con mucho esfuerzo, dedicación y empeño. También agradezco a la Universidad Técnica de Babahoyo, a la Carrera de Enfermería y a la Escuela de Salud y Bienestar por abrirme las puertas y darme un lugar para aprender de los mejores docentes y ejercer mi noble profesión de licenciada en enfermería.

GUANULEMA CAPITO CRUSCAYA YACILA

TEMA DEL CASO CLINICO

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN GESTANTE DE 31 SEMANAS CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO MÁS ASMA BRONQUIAL.

RESUMEN

Se considera parto prematuro al que ocurre antes de las 37 semanas de gestación (Macias & Espinoza, 2019). Según la Organización Mundial de la Salud manifiesta que cada año nacen unos 15 millones de niños prematuros. Sin embargo, en los 184 países estudiados la tasa de nacimientos prematuros oscila entre el 5% y el 18% de los recién nacidos (OMS, 2017). Es importante mencionar que el cuadro clínico se presenta con sangrado y/o cólicos en el abdomen, contracciones con lumbago o presión en la ingle, menorragia, secreción espesa y mucosa con sangre proveniente del canal vagina y ruptura de membranas (González, 2016). El diagnóstico se puede realizar mediante una ecografía abdominal o vaginal, exámenes pélvicos y de laboratorio. Asimismo, en el tratamiento es importante recomendar mucho reposo en cama y reposo pélvico. Por otro lado, el pronóstico es buena señal cuando se resuelven la hemorragia y el dolor cólico (Vega & Butanda, 2020). El siguiente caso clínico elaborado durante mi etapa pre – profesional está basado en una paciente de 31 semanas de gestación que fue diagnosticada con amenaza de aborto más asma bronquial que acudió por el área de emergencia por presentar un cuadro clínico de dolor tipo cólico en la zona del hipogastrio más sangrado vaginal. Una vez hospitalizada en el área de ginecología se procedió inmediatamente a la elaboración de un plan de cuidados de enfermería para así restablecer la salud del paciente. Mediante la aplicación y ejecución el Proceso de Atención de Enfermería que nos ayudará a evaluar los resultados obtenidos del Nanda, Noc y Nic y los cuales se pusieron en práctica durante toda la estadía del paciente. Logrando una satisfactoria recuperación y cumpliendo con nuestras metas y objetivos propuestos.

Palabras claves: Amenorrea, amenaza de parto prematuro, hemorragias, vitalidad fetal, proceso de atención de enfermería.

SUMMARY

Preterm birth is considered to be that which occurs before 37 weeks of gestation (Macias & Espinoza, 2019). According to the World Health Organization, it states that about 15 million children are born prematurely each year. However, in the 184 countries studied, the preterm birth rate ranges between 5% and 18% of newborns (WHO, 2017). It is important to mention that the clinical picture is presented with bleeding and / or colic in the abdomen, contractions with lumbago or pressure in the groin, menorrhagia, thick and mucous discharge with blood from the vaginal canal and rupture of membranes (González, 2016). The diagnosis can be made by abdominal or vaginal ultrasound, pelvic and laboratory exams. Likewise, in the treatment it is important to recommend a lot of bed rest and pelvic rest. On the other hand, the prognosis is a good sign when the bleeding and colic pain resolve (Vega & Butanda, 2020). The following clinical case prepared during my pre-professional stage is based on a 31-week gestation patient who was diagnosed with threatened abortion plus bronchial asthma who came to the emergency area for presenting a clinical picture of colicky pain in the area from the hypogastrium plus vaginal bleeding. Once hospitalized in the gynecology area, a nursing care plan was immediately drawn up to restore the patient's health. By applying and executing the Nursing Care Process that will help us evaluate the results obtained from the Nanda, Noc and Nic and which were put into practice throughout the patient's stay. Achieving a satisfactory recovery and meeting our proposed goals and objectives.

Key words: Amenorrhea, threat of premature birth, hemorrhage, fetal vitality, nursing care process.

INTRODUCCION

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud, parto prematuro es aquel que ocurre antes de las 37 semanas de gestación. El límite inferior entre parto prematuro y aborto es, de acuerdo a la OMS, 22 semanas de gestación, 500 g de peso o 25 cm de longitud (Macias & Espinoza, 2019).

La prevalencia del parto pretérmino es del 7 – 10%. Supone un 65% de muertes perinatales y la principal causa de morbilidad neonatal. El 80% de las consultas por APP no terminarán en un parto prematuro. Dos tercios de las amenazas de parto prematuro no entraran en labor de parto en las siguientes 48 horas, y más de un tercio llegarán a término (OMS, 2020).

Unos de los factores de riesgo que conlleva a un riesgo de amenaza de aborto son el Stress, fatiga ocupacional, sobredistensión uterina, factores cervicales, infección, patología placentaria, misceláneas y factores fetales (Macias & Espinoza, 2019).

Las manifestaciones clínicas que se presenta en un riesgo de amenaza de parto prematuro es el sangrado y/o cólicos en el abdomen, contracciones con lumbago o presión en la ingle, menorragia, secreción espesa y mucosa con sangre, proveniente del canal vagina y ruptura de membranas. La amenaza de parto prematuro, puede diagnosticarse con la valoración física inicial más la sintomatología que presenta la paciente y empleando métodos como el examen pélvico, ecografía, exámenes de laboratorio (Dulay, 2019).

El presente caso clínico tiene como finalidad aplicar el Proceso de Atención de Enfermería en gestante de 31 semanas con diagnóstico definitivo de amenaza de parto prematuro más asma bronquial. No obstante, se realizará aplicando como base fundamental, científica y práctica la taxonomía Nanda, Nic y Noc en base a los patrones disfuncionales a tratar, para así poder obtener los resultados esperados por parte del personal de enfermería.

1. MARCO TEORICO

AMENAZA DE PARTO PREMATURO

El parto prematuro se produce cuando las contracciones regulares provocan la apertura del cuello del útero después de la semana 20 y antes de la semana 37 del embarazo (González, 2016).

EPIDEMIOLOGIA

El parto prematuro es la causa única más importante de morbilidad y mortalidad perinatal. Su incidencia se ha mantenido estable en el mundo alrededor del 10%. En Chile, los partos prematuros han aumentado en la última década, pero corresponden a menos del 6% de los nacimientos (OMS, 2017). Mientras que EEUU presenta una incidencia superior al 12%. Excluidas las malformaciones congénitas. El 75% de las muertes perinatales y el 50% de los problemas neurológicos postnatales son atribuibles directamente a la prematurez (OMS, 2017).

La mayoría de los partos prematuros ocurre entre las 34 y 37 semanas de gestación (prematuros tardíos). Alrededor de un 5% ocurre antes de las 28 semanas (prematuros extremos). Un 15% entre las 28 y 31 semanas (prematuros severos) y alrededor del 20% entre las 32 y 34 semanas (Dulay, 2019). Según el estudio publicado en la Revista Indexada *Pragmatic and Obsevational Reseach* reporta que durante el periodo 2004 – 2014 se reportaron un total de 745.614 parto prematuros en el territorio Ecuatoriano (Stewart, Scott, & Simbaña, 2017).

Las provincias donde más incidencia ha tenido en los partos prematuros es en Guayas, abarcando un 29.2% total. Seguida de Pichincha con el 21.5% y Manabí con el 7.3%. Sin embargo, el ajuste poblacional por provincia y número de habitantes en riesgo ha determinado que la tasa de aborto por cada nacimiento vivo es mucho mayor en la provincia de Pastaza, seguida de Pichincha, Guayas, Galápagos y Esmeraldas (Stewart, Scott, & Simbaña, 2017).

FISIOPATOLOGÍA

La fisiopatología causa una hemorragia en decidua basal que lleva a hemorragia vaginal e infiltración leucocitaria (la que también se produce por cambios necróticos). Se produce desprendimiento de pared uterina, en forma total o parcial. Se estimula contracción uterina y se generan cambios en cuello uterino, lo que lleva a la expulsión del embrión o feto (Weber, 2017).

CAUSAS DE AMENAZA DE ABORTO PREMATURO

- La hiperdistensión uterina.
- El aumento de receptores de oxitocina, hacia el final de la gestación, el metabolismo del calcio y la presencia de mediadores celulares como las prostaglandinas y las citocinas, son algunos de los mecanismos fisiológicos que se han relacionado con el inicio del parto prematuro (Rodríguez, 2018)

FACTORES DE RIESGOS EN LA AMENAZA DE PARTO PREMATURO

Los factores de riesgos que conllevan a una gestante a sufrir de una amenaza de aborto son las siguientes mencionadas:

Stress	<ul style="list-style-type: none">• Soltera• Bajo nivel socioeconómico y/o educacional• Ansiedad o depresión• Eventos estresantes (divorcio, muerte, etc.)• Cirugía abdominal durante el embarazo
Fatiga ocupacional	<ul style="list-style-type: none">• Trabajo de pie• Uso de maquinaria industrial• Agotamiento físico
Sobredistensión uterina	<ul style="list-style-type: none">• Embarazo múltiple• Polihidroamnios• Malformaciones uterinas o miomas.
Factores cervicales	<ul style="list-style-type: none">• Historia de aborto del segundo trimestre• Historia de cirugía cervical• Dilatación o borramiento cervical prematuro
	<ul style="list-style-type: none">• Enfermedades de transmisión sexual

Infección	<ul style="list-style-type: none"> • Pielonefritis • Infección sistémica • Bacteriuria • Enfermedad periodontal
Patología placentaria	<ul style="list-style-type: none"> • Placenta previa • Abruption placentae • Sangrado vaginal
Misceláneas	<ul style="list-style-type: none"> • Parto prematuro previo • Abuso de sustancias y/o tabaquismo • Edad materna (< 18 o > 40 años) • Raza afroamericana • Desnutrición • Control prenatal inadecuado • Anemia (hemoglobina < 10g/dl) • Excesiva contractibilidad uterina
Factores fetales	<ul style="list-style-type: none"> • Malformaciones congénitas • Restricción del crecimiento intrauterino

Elab por. (Macias & Espinoza, 2019).

CLASIFICACIÓN

Según el informe *Nacidos demasiado pronto* de la OMS, los partos prematuros se pueden clasificar acorde a su edad gestación:

Semanas de gestación	Clasificación
0 – 20	Aborto – FMR
21 – 26	Amenaza de parto prematuro, producto Inmaduro
27 – 36	Amenaza de parto prematuro, producto Prematuro
37 – 42	Parto a término, producto maduro
≥ 42	Parto Post-Termino

Elab por. (Vergara, 2017)

MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN LA AMENAZA DE PARTO PREMATURO

Entre los signos y síntomas más comunes en una amenaza de parto prematuro, tenemos:

- Sensaciones regulares o frecuentes de endurecimiento del abdomen (contracciones)
- Dolor sordo, leve y constante en la espalda.
- Sensación de presión en la pelvis o en la región inferior del abdomen
- Cólicos leves.
- Metrorragia.
- **Rotura prematura de las membranas:** Pérdida continua de líquido, en forma de chorro o goteo, después de que se rompa o se desgarre la membrana alrededor del bebé
- Cambio en el tipo de flujo vaginal (acuoso, con aspecto de mucosidad o sanguinolento) (Dulay, 2019).

DIAGNÓSTICO Y EXAMENES DE LABORATORIO

Es importante mencionar que si existe la sospecha de un cuadro clínico orientado hacia una amenaza de parto prematuro, se debe tener en cuenta diferentes parámetros:

- **Historia clínica:** contracciones, presión pélvica, dolor lumbar, hemorragia genital, menorragia.
- Antecedentes personales y antecedentes obstétricos
- **Exploración general:** pulso, tensión arterial y temperatura.
- **Estimación de la edad gestacional:** A partir de la fecha de la última regla o la fecha probable de parto calculada en la ecografía de primer trimestre.
- **Especulospia:** Sirve para ver las condiciones del cuello uterino, el estado de las membranas amnióticas y la presencia de hemorragia genital.
- **Recogida de cultivo vagino-rectal:** Para Estreptococo grupo B (EGB) y otros frotis y cultivos si fueran necesarios.

- **Ecografía abdominal:** Visualizar número de fetos, estática fetal, estimar peso fetal y volumen de líquido amniótico y ver localización placentaria.
- **Analítica básica:** hemograma, coagulación, bioquímica y sedimento de orina.
- Valorar realizar urocultivo previo a tratamiento con antibióticos si se decide ingreso de la paciente (Rodríguez, 2018).

Estudios complementarios:

- Ecografía obstétrica y de cérvix transvaginal (Rodríguez, 2018).

TRATAMIENTO EN LA AMENAZA DE ABORTO

Tratamiento general:

- Reposo absoluto.
- Hidratación con plan que no exceda los 3000 ml.
- **Profilaxis para estreptococo:** En pacientes sin cultivo la amenaza de parto prematuro es antecedente de riesgo y corresponde profilaxis.
- **Maduración con corticoides:** Entre las semanas 24 y 34 de gestación (González, 2016).

Tratamiento farmacológico.

- Antibióticos para estreptococos del grupo B, en espera de los resultados de los cultivos.
- Tocolíticos.
- Corticoides si la edad gestacional es < 34 semanas.
- Progestágenos en futuros embarazos.
- En principio, se indican reposo en cama e hidratación.

El manejo del trabajo de parto pretérmino también puede incluir antibióticos, Tocolíticos y Corticosteroides (León, González, & Yépez, 2016).

COMPLICACIONES EN LA AMENAZA DE PARTO PREMATURO

Complicaciones neonatales

- Prematuridad.
- Síndrome de dificultad respiratoria.
- Uso de ventilación mecánica al nacer.
- Hemorragias cerebrales.
- Enteritis necrosantes.

Complicaciones maternas

- Sepsis de herida quirúrgica.
- Placenta previa.
- Desprendimiento prematuro de placenta.
- Polihidramnios / embarazo múltiple.
- Sepsis por episiotomía.
- Hemorragias.
- (Vega & Butanda, 2020).

ASMA BRONQUIAL

CONCEPTO

Se define como asma bronquial al desorden inflamatorio crónico que se produce en las vía aérea y que tendrá como consecuencia una obstrucción reversible del flujo aéreo (GPC, 2016).

EPIDEMIOLOGIA

Es importante mencionar que la prevalencia de asma varía de acuerdo con la zona geográfica: Entre ellos; el clima, el estilo de vida y el desarrollo económico de cada región. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) manifiesta que afecta a 300 millones de personas y aún en la actualidad es causa de muerte en todo el mundo. Se estima que alrededor de 250. 000 personas fallecen por asma al año (Navarro, Castro, & Sienna, 2019).

FISIOPATOLOGIA DEL ASMA BRONQUIAL

La fisiopatología del asma es un proceso inflamatorio crónico que condiciona la resistencia al flujo aéreo de las vías respiratorias. Intervienen varios tipos de células inflamatorias y múltiples mediadores que producen los mecanismos fisiopatológicos característicos de inflamación, obstrucción, hiperrespuesta bronquial y remodelado de la vía aérea (García & Sánchez, 2016).

MANIFESTACIONES CLINICAS EN EL ASMA BRONQUIAL

- Disnea y sibilancias referidas por el paciente.
- Tos y presión torácica y empeoramiento nocturno.
- Sibilancias aisladas en período intercrítico (Santos, Fonseca, Martínez, Prendes, & Hernández, 2017)

FACTORES DE RIESGOS

- **Factores predisponentes:** atopía, género.
- **Factores etiológicos:** alérgenos ambientales, domésticos, ocupacionales, farmacológicos.
- **Factores facilitadores:** infecciones respiratorias, bajo peso al nacer, dieta, polución, tabaco.
- **Factores agravantes:** ejercicio, infecciones respiratorias, alimentos, fármacos (Santos, Fonseca, Martínez, Prendes, & Hernández, 2017).

CLASIFICACION DEL ASMA BRONQUIAL

El Programa Nacional de Educación y Prevención del Asma ha clasificado el asma del siguiente modo:

- Intermitente, persistente leve, persistente moderada y persistente grave (Alvarez & Sandoval, 2020).

DIAGNOSTICO Y EXAMENES DE LABORATORIO

- Historia clínica con episodios reversibles de broncoconstricción.

- Evidencias de atopia.
- Historia familiar positiva de alergia o asma.
- Examen físico.
- Rx de Tórax.
- **Exámenes de laboratorio:**
 - BH Eosinofilia ($\geq 250-400$ cels).
 - Examen de esputo y niveles séricos de inmunoglobulinas.
 - PO₂ y PCO₂ disminuidas.
 - Ph (García & Sánchez, 2016).

TRATAMIENTO EN EL ASMA BRONQUIAL

- **Medicamentos:** Broncodilatadores, esteroides y antiinflamatorios.
- **Cuidado personal:** Dejar los malos hábitos.
- **Soporte de apoyo:** Oxigenoterapia (Navarro, Castro, & Sienna, 2019).

COMPLICACIONES DEL ASMA BRONQUIAL

- Muerte, neumotórax, atelectasias y neumonitis obstructivas.
- Faltad de sueño debido a los síntomas nocturnos.
- Trastornos electrolíticos, accidente coronario agudo y lesiones cerebrales.
- Cambios permanente en la función pulmonar, tos persistente y disnea (OMS, 2017).

1. 1 JUSTIFICACION

Mediante la presente investigación realizada en una embarazada de 31 semanas de gestación con diagnóstico definitivo de amenaza de parto prematuro más asma bronquial, se justifica que fue importante la elaboración de este trabajo, debido a que se aprende a identificar las causas y los factores de riesgos que desencadenan las probabilidades de que una embarazada sufra de amenaza de aborto a temprana etapa gestación.

Esto se realizará mediante una inspección y valoración cefalocaudal para determinar el cuadro clínico que presenta la paciente, y así poder determinar el origen del problema.

Es importante tener conocimientos acerca de las intervenciones de enfermería que debemos ejecutar en las pacientes que ingresan al área de emergencias por presentar un cuadro clínico de sangrado uterino y dolor tipo cólico en el hipogástrico de magnitud variable. Siendo el personal de enfermería quien tendrá el primer y último contacto con la paciente desde su ingreso hasta su satisfactoria recuperación.

Por aquello, la presente investigación tiene como propósito elaborar el Proceso de Atención de Enfermería en proceso de atención de enfermería en gestante de 31 semanas con amenaza de parto prematuro más asma bronquial que radica en lo fundamental que es determinar las causas del problema y llevar a cabo las oportunas intervenciones de enfermería, para restaurar su salud y bienestar durante su hospitalización.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

- Elaborar el proceso de atención de enfermería en gestante de 31 semanas con amenaza de parto prematuro más asma bronquial.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mencionar las causas y los factores de riesgo que conlleve a una gestante a sufrir una amenaza de parto.
- Desarrollar un plan de cuidados de enfermería acorde a los patrones disfuncionales que afecta la salud del paciente.
- Analizar los resultados que se obtuvieron mediante la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en gestante de 31 semanas con amenaza de parto prematuro más asma bronquial.

CASO CLINICO

1.3 DATOS GENERALES

- **Nombre y Apellidos:** NNNN
- **Numero de historia clínica:** 147125
- **Edad:** 21 años.
- **Sexo:** Femenino.
- **Estado Civil:** Soltera.
- **Convivientes:** Mamá.
- **Lugar de nacimiento:** Bolívar.
- **Fecha de nacimiento:** 20-01-20
- **CI:** 0605951300
- **Etnia:** Mestizo.
- **Lugar de residencia:** Chillanes.
- **Nivel de estudios:** Secundaria.
- **Nivel sociocultural/económico:** Bajo
- **Grupo Sanguíneo:** O Rh+
- **Religión:** Católica.
- **Ocupación:** Ninguna.

2. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO

2.1 ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. (HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE).

Paciente de sexo femenino acude con personal médico al Hospital por presentar amenaza de parto prematuro con embarazo de 31 semanas de gestación por FUM con cuadro clínico desde hace 15 horas de evolución de dolor abdominal tipo contracción y hace aproximadamente \pm 6 días presenta signos de dificultad respiratoria más taquipnea. Motivo por cual médico del área de emergencia ordena hospitalización inmediata al área de ginecología.

ANTECEDENTES QUIRURGICOS	Apendicectomía hace 5 años
ALERGIAS	No refiere.
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES	Madre: No refiere. Padre: Diabético.
ANTECEDENTES GINECOLOGICOS	<ul style="list-style-type: none">• Menarquia: 13 años.• Ciclos menstruales: Irregular• Inicio de vida sexual: 17 años.• Parejas sexuales: 2• FUM: 09/06/20• Gestas: 1• Partos: 0• Aborto: 0• ITS: No refiere.• Anticonceptivo: Ninguno.• Inmunizaciones: antitetánica.• Control: 1

2.2 PRINCIPALES DATOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS).

Se recibe paciente de sexo femenino de 21 años de edad, por presentar amenaza de parto prematuro con embarazo de 31 semanas de gestación por FUM, refiere dificultad respiratoria de \pm 6 días de evolución más tos de

moderada intensidad, náuseas, cansancio progresivo hace \pm 15 de evolución y dolor abdominal tipo contracción uterina.

Al examen físico se evidenció tórax con sibilancias y murmullo vesicular disminuido. Mientras que en la toma de signos vitales se apreció TA: 120/80, FC: 95x/min, FR: 32r/min, SPO₂: 94%, T°: 36.7°C. Paciente al momento se encuentra con oxígeno cánula nasal 3lt.

Médico ordena realizar gasometría, exámenes de laboratorio, prueba de SarsCovid-19, ecografía y radiografía de tórax. Mas dieta blanda más líquidos, control de signos vitales más score mama C/2 horas, control obstétrico C/6 horas, monitoreo fetal C/8 horas, posición semifowler, reposo absoluto. En cuanto a la medicación médico prescribe piperacilina más tazobactam 4.5gr IV C/6h, Ibuprofeno 400mg VO C/8h, Nifedipino 10mg VO C/6h, oxígeno por cánula nasal. Paciente queda bajo vigilancia médica y bajo el cuidado por parte del personal de enfermería.

2.3 EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA)

VALORACION CÉFALO-CAUDAL.

- **Piel:** Turgencia y elasticidad conservada.
- **Cabeza:** Normocefálica. Cabello con buena implantación y distribución sin presencia de lesiones craneales.
- **Ojos:** Pupilas isocóricas. Buena reacción a los reflejos de la luz
- **Nariz:** Fosas nasales simétricas
- **Oído:** Pabellones auriculares simétricos y agudeza auditiva en óptimas condiciones.
- **Boca:** Sin anomalías. Labios y lengua con buena pigmentación. Placas dentarias completas.
- **Cuello:** Simétrico, flexible sin presencia de adenopatías.
- **Tórax:** Simétrico, expansible. Apéndice xifoideo prominente, glándulas mamarias normales. Tórax con sibilancias y murmullo vesicular disminuido.

- **Abdomen:** Globuloso. Útero gestante ocupado por feto único vivo en dorso derecho cefálico.
- **Ano:** Perforado y sin lesiones.
- **Extremidades:** En su extremidad superior derecha consta con una vía periférica permeable por donde se realiza la administra de medicación y plan de hidratación. Extremidades inferiores simétricas. No presenta malformaciones, ni edemas distales.

MEDIDAS ANTROPOMETRICAS

- **Peso:** 76.5Kg
- **Talla:** 154cm

SIGNOS VITALES

- **Presión arterial:** 120/68 mmHg.
- **Frecuencia cardiaca:** 95xmin.
- **Frecuencia respiratoria:** 32rxmin.
- **Temperatura axilar:** 36.7°C
- **Saturación de Oxígeno:** 94%

ESCALA DE GLASGOW

Apertura ocular	Respuesta verbal	Respuesta motora	Total
4	5	6	15

SCORE MAMA

Presión sistólica:	120 mmHg
Presión diastólica:	68 mmHg
Frecuencia respiratoria:	32 respiraciones X ¹
Temperatura:	36.7 °C
Saturación de oxígeno:	94%
Estado de conciencia	Responde al dolor
Proteinuria	0

Score mama = 5

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES (TEORÍA DE MARJORY GORDON).

PATRÓN 1. –PERCEPCIÓN DE LA SALUD

- Paciente refiere dificultad respiratoria de \pm 6 dias de evolución más tos de moderada intensidad, nauseas, cansancio progresivo hace \pm 15 de evolución y dolor abdominal tipo contracción uterina. Menciona tambien en cuanto a lo personal que no ingiere sustancias ilícitas, no ingiere alcohol y que no ha sufrido accidentes, pero si una apendicectomía a los 15 años de edad. Comenta que tiene todas las vacunas al día y que no es alérgica a ningún medicamento.

PATRÓN 2. – NUTRICIONAL – METABÓLICO.

- Paciente recibe dieta blanda y líquidos. Pesa 76.5kg. Recibe plan de hidratación de cloruro de sodio 0.9% IV a 50ml/H, Ceftriaxona 1gr en 50ml de cloruro de sodio al 0.9% C/8h, Betametasona STAT, Nifedipino 20mg V.O C/6h, Piperacilina mas Tazobactam 4.5gr IV C/6h, Ibuprofeno 400mg VO C/8h, Oxigeno por cánula nasal.

PATRÓN 3. – ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO

- Paciente realiza eliminación de diuresis sin dificultad. También refiere que realiza deposiciones blandas y que no sufre de estreñimiento. No toma ningún tipo de laxante.

PATRÓN 4. – ACTIVIDAD / EJERCICIO

- Paciente se encuentra en reposo absoluto. A la hora de movilizarse o realizarle los cambios posturales se requiere asistencia del personal de enfermería

PATRÓN 5. – SUEÑO Y DESCANSO

- Paciente menciona que no puede conciliar el sueño debido a la preocupación que siente de perder a su bebé. Sin embargo, refiere que duerme por episodios de 3 a 4 horas y que no depende de ningún somnífero para dormir.

PATRÓN 6 – PERCEPCIÓN Y COGNICIÓN

- Paciente se encuentra estable, consciente, orientado en tiempo y espacio. No presenta problemas al comunicarse con el personal de salud para satisfacer sus necesidades básicas. No presenta alteraciones perceptivas, pero sí dolor abdominal tipo contracciones uterinas. Respecto a lo neurológico, no presenta ningún déficit que altere este patrón.

PATRÓN 7 – AUTOPERCEPCIÓN – AUTOCONCEPTO

- Paciente refiere que se siente nerviosa y preocupada por lo que pueda pasarle a su bebé. No presenta signos de bipolaridad, ni problemas conductuales. Sabe quién es, donde vive y con quien. No presenta dificultad para ver o leer. Y menciona que fue irresponsable de su parte no acudir antes al hospital y al resto de controles con su ginecóloga.

PATRÓN 8 – ROL – RELACIONES

- Paciente convive con sus padres y tienen una buena relación intrafamiliar, a pesar de su condición de salud por la cual está cursando junto a su mamá.

PATRÓN 9 – SEXUALIDAD – REPRODUCCIÓN

- Paciente menciona que el padre de su bebé la abandonó cuando se enteró que estaba embarazada, pero prosiguió con su embarazo junto con el apoyo de sus padres. Menciona que no se cuidaba, pero su novio

usaba preservativo y a veces no, debido a que aplicaban el método de ritmo, conocido como método de calendario (método Ogino-Knaus).

ANTECEDENTES GINECOLOGICOS	<ul style="list-style-type: none"> • Menarquia: 13 años. • Ciclos menstruales: Irregular • Inicio de vida sexual: 17 años. • Parejas sexuales: 2 • FUM: 09/06/20 • Gestas: 1 Partos: 0 Aborto: 0 • ITS: No refiere. • Anticonceptivo: Ninguno. • Inmunizaciones: antitetánica. • Control: 1
-----------------------------------	---

PATRÓN 10 – ADAPTACIÓN – TOLERANCIA AL ESTRÉS

- Paciente se encuentra en estado angustiada por estar hospitalizada y por lo que pueda pasarle a su bebé.

PATRÓN 11 – VALORES Y CREENCIAS

- Paciente refiere que es de religión católica.

2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

BIOMETRIA HEMATICA		
	RESULTADO	VAL.REFER
• HEMATÍES	4`500.000Xmm3	4`000.000 – 6`000.000
• LEUCOCITOS	12.300Xmm3	5.000 – 10.000
• HEMOGLOBINA	12.3g/dl	12.0 – 16,0
• HEMATOCRITO	37%	36,0 – 42,0
• LINFOCITOS	17%	20% a 40
• MONOCITOS	5.1%	3.0 – 12.0
• EOSINOFILOS	1%	0.5 – 5.0
• BASOFILOS	0.0%	0 – 1.0
• SEG	82%	
• PLAQUETAS	412.000Xmm3	150.000 – 400.000

BIOQUIMICOS		
• GLUCOSA	110,3 mg/dL	75.0 – 115.0
• UREA	36.9	
• CREATININA	0.62	
• COLESTEROL	126 MG/DL	HASTA 200
• TRIGLICERIDOS	85 MG/DL	HASTA 150.0

OTRAS PRUEBAS	
Prueba de SarsCovid-19	Negativo
Prueba de Virus de Inmunodeficiencia humana	Negativo
Prueba de espirometría	Positivo

ANÁLISIS DE LOS EXÁMENES DE LABORATORIO

Al interpretar los resultados de los exámenes de laboratorio se observó que los valores referenciales de los linfocitos están por debajo de los valores normales con un 17%. Mientras que los leucocitos se encuentran elevados con 12.300Xmm³. Lo que hace posible que el paciente tenga riesgo de infección.

En cuanto a las pruebas complementarias se descartó SarsCovid-19, al igual que la prueba de Virus de Inmunodeficiencia Humana. Sin embargo, salió positivo en la prueba de espirometría confirmando su diagnóstico de Asma bronquial.

2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO

Diagnostico presuntivo

- Embarazo de 31 semanas + amenaza de parto pretérmino.
- Neumonía adquirida en la comunidad.
- Sepsis de foco pulmonar.
- Bronquitis pulmonar

Diagnóstico diferencial

- Embarazo de 31 semanas + amenaza de parto pretérmino.
- Neumonía por Covid-19.
- Asma bronquial.

Diagnóstico definitivo

- Embarazo de 31 semanas con amenaza de parto prematuro más asma bronquial.

2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.

ANALÍTICA DE LA VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Mediante el estudio de mi caso clínico en un paciente de sexo femenino de 21 años de edad, por presentar amenaza de parto prematuro con embarazo de 31 semanas de gestación por FUM, puedo determinar que el origen del problema fue causado por el asma bronquial. Y si no es tratado a tiempo, puede causar sufrimiento fetal por el poco aporte de oxígeno al feto y altas probabilidades de amenaza de aborto o cesárea inmediata dependiendo de la edad gestacional de la paciente.

Uno de los procedimientos a realizar sería estabilizar al paciente, mediante la aplicación del proceso de atención de enfermería, utilizando los cuidados de enfermería acorde a las taxonomías del Nanda, Noc y Nic.

LOS PATRONES DISFUNCIONALES A TRATAR SON:

- **PATRÓN 4:** Actividad / reposo.

DOMINIOS ALTERADOS (NANDA)

- **DOMINIO 12:** Confort

NANDA: 00032
NOC:
NIC:

Dominio 4: Actividad / reposo **Clase 4:** Respuesta cardiovasculares / pulmonares
Etiqueta: 00032 **Dx:** Patrón respiratorio ineficaz

M
E
T
A
S

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

R/C: Asma bronquial

DOMINIO II: Salud fisiológica

Clase E: Cardiopulmonar

Etiqueta 0415: Estado respiratoria

Campo 2: Fisiológico completo

Clase K: Control respiratorio

Etiqueta 3210: Manejo del asma

E/P: Disnea, taquipnea, patrón respiratoria anormal

ESCALA DE LIKERT
Grave (1) Sustancial (2) Moderado (3) Leve (4) Ninguno (5)

INDICADORES	Antes		Después		
	1	2	3	4	5
041508: Saturación de oxígeno			X		X
041551: Frecuencia respiratoria	X				X
041514: Disnea		X			X
041528: Aleteo nasal	X				X
041532: Vías aéreas permeable		X			X

- ACTIVIDADES**
- Control de signos vitales
 - Comparar el estado respiratorio con el estado anterior para redactar cambios.
 - Monitorizar el flujo respiratorio máximo, según corresponde.
 - Observar la frecuencia de las crisis asmáticas.
 - Enseñar al paciente y familiar las medicaciones antiinflamatorias y broncodilatadoras y su uso adecuado.
 - Enseñar al paciente a identificar y evitar desencadenante para evitar los ataques de asma.
 - Ayudar a reconocer signos y síntomas inminentes de las crisis asmáticas a implantar medidas de respuestas adecuadas
 - Auscultar sonidos pulmonares después de tratamiento, para determinar los resultados.

NANDA: 00132
NOC: 2102
NIC:

DOMINIO 12: CONFORT CLASE 1: CONFORT FISICO
ETIQUETA 00132 Dx: DOLOR AGUDO

R/C: Amenaza de parto prematuro.

E/P: Ansiedad, facies de dolor, inquietud, dolor lumbar y en zona pélvica.

M
E
T
A
S

DOMINIO V: Salud percibida

ESCALA DE LIKERT
Grave (1) sustancial (2) Moderado (3) Leve (4) Ninguno (5)

INDICADORES	Antes		Después		
	1	2	3	4	5
210201: Dolor referido		X		X	
210204: Duración de los episodios de dolor			X		X
210208: Inquietud		X			X
210210: Frecuencia respiratoria	X			X	
210211: Frecuencia cardiaca.			X		X
210226: Diaforesis		X			X

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

Clase V: Sintomatología

Etiqueta 2102: Nivel del dolor

- ACTIVIDADES**
- Control de signos vitales
 - Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, característica, duración, frecuencia, intensidad y factores desencadenantes.
 - Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondiente.
 - Explorar con el paciente los factores que alivian el dolor / empeoran el dolor.
 - Proporcionar información acerca del dolor, como las causas del dolor, el tiempo que durará y las incomodidades que se espera.
 - Proporcionar a la persona un alivio de dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.
 - Monitorizar el grado de satisfacción del paciente con el control del dolor a intervalos especificados.

Campo I: Fisiológico básico

Clase E: Fomento de la comodidad física

Etiqueta 1400: Manejo del dolor

2.7 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE LA SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.

Relaciono mi trabajo investigativo con la teoría de Dorothea Orem, debido a que su "Teoría de enfermería del déficit de autocuidado" hace referencia a mi estudio caso clínico, porque para brindar un cuidado eficiente y eficaz se debe hacer énfasis en sus tres teorías relacionadas que son:

- **La teoría del autocuidado:** Toda embarazada debe cuidarse a sí mismo durante sus 37 y 40 semanas de embarazo. Ser responsable en acudir a sus controles médicos.
- **La teoría de déficit de autocuidado:** Como profesional de Salud sabemos que tenemos la obligación y el compromiso de ayudar a nuestros pacientes que dependen de nuestros cuidados para restaurar su estado de salud.
- **La teoría de sistemas de enfermería:** Como profesional de Salud debemos mantener esa comunicación y empatía a la hora de tratarlos, debido a que muchas veces no tienen a nadie a su lado.

La amenaza de parto pretérmino se define como la presencia de contracciones con un ritmo de 4 cada 20 minutos o de 8 en 60 minutos entre la 22 y 37 semanas de gestación (Dulay, 2019).

Se procede a la toma de signos vitales donde se evidencia TA: 120/680, FC: 95xmin, FR: 32rmin, SPO2: 94%, T°: 36.7°C. Paciente al momento se encuentra con oxígeno cánula nasal 3lt y es trasferida de emergencia al área de ginecología.

Mediante la valoración física, los exámenes de laboratorio y el diagnóstico definitivo nos confirmaron que estamos frente un caso de: Embarazo de 31 semanas con amenaza de parto prematuro más asma bronquial.

2.8 SEGUIMIENTO

AL PRIMER DÍA DE HOSPITALIZACIÓN

Paciente de sexo femenino de 21 años de edad, ingresa al área de Ginecología, consciente, orientada en tiempo y espacio con un Glasgow de 15/15 por presentar amenaza de parto prematuro con embarazo de 31 semanas de gestación por FUM con cuadro clínico desde hace 15 horas de evolución de dolor abdominal tipo contracción y hace aproximadamente \pm 6 días presenta signos de dificultad respiratoria más taquipnea.

Por el momento se encuentra en NPO y en reposo absoluto con vía periférica calibre #18 en su miembro superior izquierdo, por donde se le administra:

Plan de hidratación

- Cloruro de sodio 0.9% IV a 50ml/H.

Tratamiento farmacológico:

- Ceftriaxona 1gr en 50ml de cloruro de sodio al 0.9% C/8h
- Betametasona STAT
- Nifedipino 20mg V.O C/6h
- Piperacilina mas Tazobactam 4.5gr IV C/6h
- Ibuprofeno 400mg VO C/8h
- Oxígeno por cánula nasal 3lt.

AL SEGUNDO DÍA DE HOSPITALIZACIÓN

Médico ordenó realizar gasometría, exámenes de laboratorio, prueba de SarsCovid-19, ecografía y radiografía de tórax. Donde horas más tarde se evidenció que los valores de los linfocitos estaban por debajo de los valores normales con un 17%. Mientras que los leucocitos se encontraban elevados con 12.300Xmm³. Lo que hace posible que el paciente tenga riesgo de infección.

En cuanto a las **pruebas complementarias** se descartó SarsCovid-19, al igual que la prueba de Virus de Inmunodeficiencia Humana. Sin embargo, salió positivo en la prueba de espirometría confirmando su diagnóstico de Asma bronquial.

En la **ecografía** se evidenció feto único vivo con presentación cefálica dorso derecho, situación longitudinal. Actividad cardiaca positiva, movimientos fetales presentes. Cerebro sin alteraciones, corazón con cuatro cavidades y movimientos cardiacos rítmicos. Textura pulmonar dentro de la normalidad. Contenido gástrico presente sin anormalidades de la pared abdominal. Riñones sin patología. FCF: 142xmin, DBP: 76mm, CC: 278mm, fémur: 57mm, CA: 247mm. Peso aproximado de 1.658 gramos. Sexo femenino. Líquido amniótico normal. Placenta fúndica anterior grado II de maduración. No previa

AL TERCER DÍA DE HOSPITALIZACIÓN

Médico de guardia refiere que descartemos del KARDEX Betametasona y Piperacilina mas Tazobactam 4.5gr IV C/6h y el Ibuprofeno quedará PRN y que continuemos con la oxigenoterapia por cánula nasal, pero ahora el flujo a 1lt. Y que eduquemos al paciente a hacerse terapia con salbutamol (inhalador).

AL CUARTO DÍA DE HOSPITALIZACIÓN

Medico realiza visita diurna y refiere que el paciente ha tenido una favorable evolución. Paciente no presenta amenaza de aborto prematura, y el asma fue controlada a tiempo, antes de que sus consecuencias afectaran al feto

Se entrega alta médica junto a su madre, quien ha estado atenta y al cuidado de su hija desde el primer día de su hospitalización. Se educó al paciente acerca de los controles que debe tener en el centro de salud más cercano y la medicación que debe tomar en casa.

2.9 OBSERVACIONES

Paciente de sexo femenino de 21 años de edad con diagnóstico definitivo de embarazo de 31 semanas con amenaza de aborto más asma bronquial que fue traída al hospital por ambulancia y hospitalizada en el área de ginecología por presentar amenaza de parto prematuro, dificultad respiratoria de \pm 6 días de evolución más tos de moderada intensidad, náuseas, cansancio progresivo hace \pm 15 de evolución y dolor abdominal tipo contracción uterina.

Durante el tiempo de hospitalización ha tenido un avance significativo en cuanto a la recuperación de su salud, gracias a las intervenciones de enfermería. También podemos mencionar que la paciente se encuentra tranquila, debido a que se le explicó que la amenaza de aborto fue causada por el asma y el déficit de oxígeno que recibía el feto. Y que no hay de qué preocuparse, debido que en la ecografía se evidenció un bebé en óptimas condiciones.

Paciente se mostró muy colaboradora a la hora de la administración de los medicamentos y los cuidados de enfermería aplicados durante su estancia hospitalaria. Antes de que recibiera el alta médica, se educó sobre la importancia de una planificación familiar y los controles que debía tener en un centro de salud más cercano, tanto ahora como después del nacimiento de su niño.

CONCLUSION

Se concluye que durante mi estudio de caso clínico realizado en una paciente de sexo femenino de 21 años de edad en gestante de 31 semanas con amenaza de parto prematuro más asma. Fue traída de emergencia al hospital por presentar un cuadro clínico desde hace 15 horas de evolución de dolor abdominal tipo contracción y \pm 6 días de presentar signos de dificultad respiratoria más taquipnea.

Se procede a la valoración de enfermería y se evidencia por medio del cuadro clínico, exámenes de laboratorio y ecografía que el factor de riesgo que conllevó a sufrir una amenaza de aborto fue causada por el asma, debido al déficit de oxígeno que recibía el feto.

Inmediatamente se identificó los patrones disfuncionales: Actividad / ejercicio, seguridad / protección y confort, los cuales comprometen el estado de salud del paciente. Motivo por cual se procede a la elaboración del proceso de atención de enfermería, utilizando como herramienta las taxonomías Nanda, Noc y Nic.

Es importante mencionar que el paciente estuvo hospitalizado en el área de ginecología, por unos cuatros días. Donde tuvo una evolución favorable en su salud, gracias a la aplicación del proceso de atención de enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Alvarez, M., & Sandoval, M. (2020). ASMA BRONQUIAL. *Guías Prácticas Clínicas del Sistema Respiratorio*.
- Dulay, A. (04 de Julio de 2019). Amenaza de aborto y aborto espontáneo. *Manual MSD*, 09-14.
- García, R., & Sánchez, P. (2016). Asma: concepto, fisiopatología, diagnóstico y clasificación. *Revista Pediátrica de Atención Primaria*., 80-93.
- González, A. (2016). Amenaza de aborto. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 495-498.
- GPC. (21 de Agosto de 2016). Asma bronquial en adultos. *Guía Práctica Clínica (GPC)*.
- León, W., González, F., & Yépez, E. (11 de Octubre de 2016). Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente. (M. Malo, Ed.) *Guía de Práctica Clínica (GPC)*, I(2), 41.
- Macías, G., & Espinoza, C. (2019). Amenaza de Aborto y Aborto Habitual. *Revista de diagnóstico y tratamiento*., 1-14.
- Navarro, B., Castro, E., & Sienna, J. (2019). Asma. *Medigraphic* , 1-30.
- OMS. (2017). Prevalencia en el aborto a nivel mundial. *Organización Mundial de la Salud*, 3-5.
- OMS. (06 de Marzo de 2020). *Quemaduras*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/burns>
- Rodríguez, A. (21 de Septiembre de 2018). Guía Práctica Clínica en la atención del aborto. *Revista de la Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología*, 4-15.

- Santos, M., Fonseca, M., Martínez, M., Prendes, P., & Hernández, J. (2017). ASMA BRONQUIAL. *Revista de las Ciencias de la Salud de Cienfuegos*, XI(2).
- Stewart, A., Scott, L., & Simbaña, K. (31 de Mayo de 2017). Estudio afirma que el 85% de los abortos registrados en el Ecuador son por causas desconocidas. *Revista* .
- Vega, L., & Butanda, V. (2020). *Amenaza de Aborto*. Hospital de Beneficiencia Española de Puebla, Departamento de Medicina. España: Editorial Universitaria Española Central.
- Vergara, G. (2017). Clasificación, diagnóstico y tratamiento de una aborto. *Revista Ginecológica y Obstétrica: Protocolo de aborto*, 3-11.
- Weber, F. (2017). Fisiopatología: Aborto espontáneo y amenaza de aborto. *Revista Obstetricia y Ginecología*, 2-6.

ANEXOS

HOSPITAL "ALFREDO NOBOA MONTENEGRO"

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO	N° HOJA	N° HISTORIA CLÍNICA
Hospital	Betty Susana	Rosucha Colache	F	01	05027100

1 ADMINISTRACION

PRESENTACION VIA		DIA Y MES			
DOSIS	ENTRADA	HORA	FECHA	HORA	FECHA
0.50	03	10	06	03	06
0.50	03	04	06	03	06
0.50	03	05	06	03	06
0.50	03	06	06	03	06
0.50	03	07	06	03	06
0.50	03	08	06	03	06
0.50	03	09	06	03	06
0.50	03	10	06	03	06
0.50	03	11	06	03	06
0.50	03	12	06	03	06
0.50	03	13	06	03	06
0.50	03	14	06	03	06
0.50	03	15	06	03	06
0.50	03	16	06	03	06
0.50	03	17	06	03	06
0.50	03	18	06	03	06
0.50	03	19	06	03	06
0.50	03	20	06	03	06
0.50	03	21	06	03	06
0.50	03	22	06	03	06
0.50	03	23	06	03	06
0.50	03	24	06	03	06
0.50	03	25	06	03	06
0.50	03	26	06	03	06
0.50	03	27	06	03	06
0.50	03	28	06	03	06
0.50	03	29	06	03	06
0.50	03	30	06	03	06

ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS (2)

Imagen 1. – Kardex: Administración de medicamentos

HOSPITAL GENERAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO

INSTITUCION DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	COD. USI	COD. LOCALIZACION	NUMERO DE HISTORIA CLINICA
HSP	HOSPITAL GENERAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO	708	PARRAGUA CANTON PROVINCIA	05027100

1 REGISTRO DE ADMISION

NOMBRES		N° CÉDULA DE CIUDADANÍA
APPELLIDOS	BETTY SUSANA	05027100

2 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALERGIAS: CLÍNICO, GINECOLÓGICO, TRAUMÁTICO, QUIRÚRGICO, FARMACOLÓGICO, PSICOLÓGICO, OTRO

2. CLÍNICO: NO REFERIR

3. GINECOLÓGICO: CA ANO C/P, SIN SÍNTOMAS

4. TRAUMÁTICO: NO REFERIR

5. QUIRÚRGICO: CESÁREA, HACE A AÑOS

6. ENFERMEDAD ACTUAL Y REVISIÓN DE SISTEMAS

VIA AREA LIBRE VIA AREA DEBILITADA CONDICION ESTABLE CONDICION INESTABLE

Imagen 2. Hoja 008 de enfermería

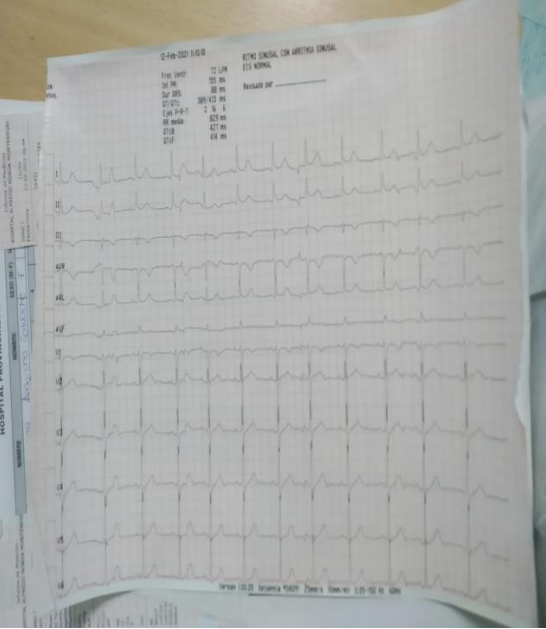


Imagen 3.- Electrocardiograma fetal

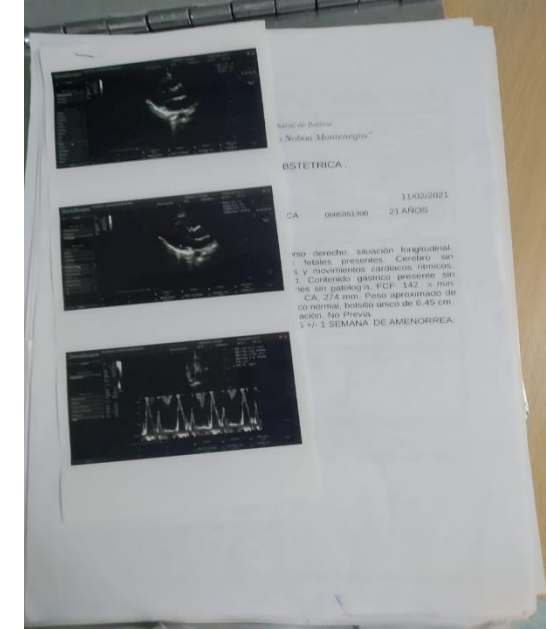


Imagen 4.- Resultados de ecografía