



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2013/14

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**ASPECTOS FÍSICOS Y EMOCIONALES DURANTE LA
ESTANCIA HOSPITALARIA DE GESTANTES CON
AMENAZA DE PARTO PREMATURO**

Autor/a: MARINA CALVO MOVILLA

Tutor/a: ROSA MARIA HERNANDEZ SALGADO

RESUMEN

La amenaza de parto de prematuro es una de las principales patologías que requieren el ingreso hospitalario de las mujeres gestantes, pues puede ocasionar problemas de salud en el futuro recién nacido.

Este riesgo provoca serias alteraciones en el estado de salud físico y emocional de la embarazada, ya que la gestación no ha llegado a su fin y esa situación no es lo que la mujer considera como normal, de manera que presenta miedo y ansiedad por el proceso.

El objetivo de este trabajo es abordar los problemas presentes en la gestante derivados de esta patología. Para ello, se analizarán dos casos clínicos de pacientes ingresadas en la planta de Obstetricia de un hospital con diagnóstico de amenaza de parto prematuro. Para ello, se creará un plan de cuidados que resuelva las necesidades alteradas en el plano emocional de la gestante y durante el puerperio.

Los cuidados de Enfermería destinados al tratamiento de estas pacientes son muy importantes, especialmente en esta etapa de la vida de la mujer. Por ello, se deben conocer los sentimientos y las inquietudes que la mujer pueda mostrar y el correcto tratamiento para evitar su aparición. Asimismo, hay que potenciar la prevención de la amenaza de parto prematuro, mediante una adecuada comunicación con los profesionales de los centros de atención primaria.

Palabras clave: amenaza de parto prematuro, plano emocional.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	2
JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS.....	3
MATERIAL Y MÉTODOS.....	5
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	7
CONCLUSIONES.....	23
BIBLIOGRAFÍA.....	23
ANEXOS.....	26

INTRODUCCIÓN

El parto prematuro, definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el nacimiento que ocurre antes del transcurso de 37 semanas completas de embarazo o en menos de 259 días de gestación ⁽¹⁻³⁾, es una de las principales causas de ansiedad y temor en las mujeres embarazadas.

La amenaza de parto prematuro (APP) se puede definir como el proceso clínico sintomático que, sin tratamiento o cuando este fracasa, puede desembocar en el parto antes de que se complete la semana 37 de gestación ^(4,5).

En relación a su etiología, no se conoce un motivo exacto que provoque esta patología. Sin embargo, puede estar provocada por diferentes causas ⁽⁶⁻⁸⁾ como, por ejemplo: infección genital, pielonefritis, afecciones maternas, enfermedades inmunológicas: lupus eritematoso sistémico, traumatismos, causas fetales: retraso de crecimiento intrauterino o muerte fetal, u otras alteraciones derivadas del embarazo: desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa, rotura prematura de membranas ^(9, 10) o distensión de las fibras miométriales.

La manifestación de la APP se caracteriza porque las mujeres refieren molestias abdominales similares a las de la menstruación, dolor lumbar constante, contracciones uterinas, cambios en la secreción vaginal o una pequeña hemorragia ⁽¹¹⁾.

Para determinar el diagnóstico ⁽¹²⁾ de APP el equipo sanitario deberá evaluar la historia clínica y el desarrollo del embarazo en primer lugar. Después, se realizará una exploración vaginal para comprobar el estado del cuello uterino y de las membranas amnióticas y si tiene sangrado. También se puede hacer una exploración mediante ecógrafo y realizar el test de fibronectina fetal ⁽¹³⁾. Este último se caracteriza porque la fibronectina, una glucoproteína sintetizada hasta la semana 24 de la gestación, está presente en una muestra tomada a la mujer embarazada. Si se encuentra en el análisis, la madre tendrá más riesgo de sufrir un parto prematuro.

En cuanto al tratamiento de esta patología se debe monitorizar a la madre y al niño mediante control tocográfico. Se recomienda el reposo absoluto en cama y se estimula la hidratación a la madre ^(3, 4).

Por otro lado, también se utilizan fármacos para retrasar el nacimiento del niño, como son atosibán (antagonista de la oxitocina), ritodrina (betamimético), indometacina (antiprotaglandínico) o nifedipino (bloqueadores de los canales del calcio), administrados en el orden citado en cuanto a relevancia y preferencia ⁽¹²⁾.

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

He decidido tratar el tema de la APP tras mi paso por la unidad de Obstetricia del Hospital Universitario Río Hortega (H.U.R.H.) de Valladolid debido a que observé que es uno de los principales motivos de ingreso de las pacientes.

Asimismo, tras conocer la etiología, el diagnóstico y el tratamiento de esta patología, los motivos que me impulsaron al desarrollo de este trabajo fueron el aumento de la incidencia, lo que conlleva a un elevado uso de los servicios asistenciales, y las implicaciones emocionales para la gestante durante su ingreso y en el puerperio.

Aumento de la incidencia

Es un problema sanitario que cada vez afecta a más mujeres embarazadas en el continente europeo, debido al aumento de su incidencia, en torno a un 5-9%. Además, es un motivo de preocupación a nivel mundial, pues la OMS elaboró un boletín en el que se analizó la incidencia de este problema en los diferentes países para, tras la evaluación de esos datos, profundizar en el abordaje de esta situación ⁽¹⁾.

Como consecuencia, al ser tema tratado en todos los lugares del mundo, el objetivo de Enfermería será reducir la incidencia de esta patología mediante la aplicación de distintas guías con actividades para prevenirla.

Aumento del uso de servicios asistenciales

En relación al estado de salud de la madre, la amenaza de parto prematuro constituye un factor de riesgo alto o muy alto, es decir, de nivel 2 o nivel 3, dentro de los 4 niveles de riesgo definidos ⁽⁴⁾. Por este motivo, las mujeres con APP deberán ser tratadas y controladas por el servicio de Obstetricia del hospital de referencia.

Además, este factor unido al aumento de la incidencia, hacen que cada vez sea mayor la disposición de los servicios asistenciales para el diagnóstico y tratamiento de la APP.

Por otra parte, los partos prematuros son la principal causa de muerte perinatal en países desarrollados, por lo que los cuidados proporcionados en los hospitales no sólo irán dirigidos a la mujer, sino también al recién nacido para que salga adelante. ⁽⁶⁾

De este modo, Enfermería se encargará de reducir el uso de los servicios asistenciales a nivel hospitalario mediante técnicas de prevención y control por parte de los centros de salud.

Alteraciones en el plano emocional de la mujer

Las complicaciones durante el embarazo, junto con la preocupación de la futura madre por su hijo, son uno de los factores que más afectan a la esfera emocional que rodea a la mujer.

La madre acude con sentimientos de ansiedad y temor tanto por la preocupación por el correcto desarrollo del feto como por el desconocimiento de la actuación ante la situación que está viviendo.

Por lo tanto, el objetivo de Enfermería se centrará en disminuir esa ansiedad, dando confianza y explicando los procedimientos a la madre.

MATERIAL Y MÉTODOS

Exposición de dos casos clínicos de pacientes hospitalizadas en el servicio de Obstetricia del H.U.R.H. de Valladolid para su posterior análisis en relación con la labor de enfermería en la planta de hospitalización.

CASO 1

Paciente de 31 años con 36 semanas de gestación que ingresa por cesárea electiva debido a sus antecedentes obstétricos.

Antecedentes personales: fumadora de 20 cigarrillos al día, no consumidora de alcohol habitualmente. Variables clínicas dentro de sus rangos normales. No es diabética ni hipertensa. No presenta alergias.

Historia obstétrica:

- 3 partos anteriores: los dos primeros prematuros, de 31 semanas, con ambos fetos muertos, y el último a término, vivo, una hembra de 3340g.
- Embarazo actual: seguido en su centro de salud, con controles normales hasta la semana 35. Además, se controla la gestación por el servicio de bienestar fetal desde la semana 30 por sus antecedentes de APP.

A las 35 semanas de gestación, en la ecografía realizada de control, se sospecha un crecimiento intrauterino retardado (CIR). Asimismo, el feto presenta bradicardias, por lo que se realiza una prueba de pose con oxitocina que resulta no concluyente. A las 24h se repite la prueba, obteniendo el mismo resultado.

Parto actual: a las 36 semanas de embarazo se decide el ingreso mediante cesárea electiva. Durante el trabajo de parto se observa líquido amniótico claro. Nace un varón vivo de 2170g, de bajo peso en relación con la edad gestacional.

CASO 2

Paciente de 38 años con 34+2 semanas de gestación que ingresa por sospecha de rotura prematura de membranas (RPM).

Antecedentes personales: no fumadora ni consumidora de alcohol. Presión arterial ligeramente elevada. Resto de variables clínicas dentro de los rangos normales. No es diabética. Alérgica a metales de contacto.

Historia obstétrica:

- Parto anterior, caracterizado por preeclampsia durante la gestación.
- Embarazo actual: seguido por la unidad de alto riesgo debido a los antecedentes de la gestación anterior. Cumplimiento del tratamiento ambulatorio con metildopa (Aldomet®) 500mg en desayuno y comida y 250mg en cena para regular las cifras de tensión arterial.

Parto actual: a las 34+2 semanas de embarazo se decide el ingreso por sospecha de RPM. En las primeras 24h se administra tractocile (Atosibán®) hasta el quinto y sexto vial, cuando se decide su suspensión. Durante el trabajo de parto se observa líquido amniótico claro. El feto es un recién nacido sano, de bajo peso para la edad de gestación, que es llevado a la unidad de Neonatología del hospital.

En ambos casos, además de valorar el estado de salud físico que presenta la paciente antes y después del parto, se deben tener en cuenta los factores emocionales y evaluar el estado de ansiedad de la mujer durante su estancia hospitalaria. Para ello, se puede tomar de referencia el test de ansiedad de Hamilton realizado a las pacientes (Anexo 2) –tras la confección de un consentimiento previo (Anexo 1) –, cuyos resultados mostraré en los siguientes apartados.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En este apartado se detallan las actividades de enfermería empleadas para solucionar los problemas detectados en las pacientes anteriormente citadas. Para ello, se va a crear un plan de cuidados basado en la valoración previa de las pacientes y en la síntesis de las intervenciones enfermeras necesarias para el tratamiento de estas mujeres.

En primer lugar, la valoración de Enfermería se realiza en base a las 14 necesidades de Virginia Henderson ⁽¹⁴⁻¹⁷⁾, expuestas a continuación:

1. Necesidad de respiración

Se mantiene una respiración controlada, sin alteraciones respiratorias.

2. Necesidad de nutrición

Se mantendrá en dieta absoluta hasta el nacimiento del bebé. Posteriormente se va reinstaurando progresivamente la dieta, pasando desde la tolerancia oral a líquidos, por una dieta blanda hasta una dieta libre.

3. Necesidad de eliminación

Si es por parto eutócico, la paciente presentará riesgo de estreñimiento debido a una alteración del patrón de eliminación causado por el ingreso en el hospital.

Si es por realización de cesárea, la paciente tendrá colocada una sonda vesical que se retirará al día siguiente del parto y, además, podrá presentar estreñimiento como en el caso anterior.

4. Necesidad de movilidad

Es una necesidad alterada pues durante las primeras horas tras el parto la paciente tendrá molestias y, si se hubiera realizado cesárea, la mujer tendría pautado reposo en cama.

5. Necesidad de sueño/descanso

Se encuentra alterada esta necesidad debido al llanto del niño, la ansiedad, el afrontamiento del proceso y el dolor por la herida quirúrgica, en el caso de cesárea.

6. Necesidad de vestirse/desvestirse

Correcto arreglo de las mujeres.

7. Necesidad de termorregulación

Se mantiene la temperatura dentro de los límites de normalidad.

8. Necesidad de higiene y protección de la piel

Aunque presentan piel y mucosas en correcto estado, las mujeres tienen colocadas un catéter venoso periférico para administrar sueroterapia y medicación. Además, aquellas a las que se ha realizado cesárea entrañan más riesgo de infección por la herida quirúrgica.

9. Necesidad de seguridad

Las pacientes tienen sentimientos de ansiedad y preocupación relacionados con el cuidado de sus hijos. Asimismo, si la madre tiene a su hijo en la unidad de Neonatología, presentará un estado de ánimo más depresivo.

10. Necesidad de comunicación

No presentan alteraciones en esta necesidad.

11. Necesidad de vivir según sus creencias y valores

No presentan alteraciones.

12. Necesidad de trabajo/realización

Las mujeres se encontrarán de baja por maternidad y, posteriormente, estarán implicadas en el futuro cuidado de sus hijos.

13. Necesidad de participar en actividades recreativas

Invierten su tiempo libre en la práctica de diferentes actividades.

14. Necesidad de aprendizaje

Las pacientes muestran interés por la situación que están viviendo y quieren conocer más información acerca del estado de sus hijos.

A continuación, se desarrolla el plan de cuidados en relación a los diagnósticos de enfermería (NANDA) ⁽¹⁸⁻¹⁹⁾, los resultados e indicadores (NOC) ⁽²⁰⁾ y las intervenciones y actividades de enfermería (NIC) ⁽²¹⁾ definidas de acuerdo a las alteraciones de las necesidades anteriormente citadas.

Este apartado se centrará en los diagnósticos NANDA que han sido considerados específicos del puerperio. Los demás resultados e intervenciones se explican en los documentos anexos (Anexo 3).

Diagnóstico NANDA: Dolor agudo relacionado con el trabajo de parto y dolores de entuertos manifestado por expresiones verbales y no verbales de la paciente.

La paciente experimenta molestias y sensaciones desagradables en un periodo menor de seis meses. La etiología se debe al esfuerzo al que ha sido sometida, al postparto y a la inmovilización en la cama (0028, 0075, 0092).

Entre las manifestaciones clínicas la mujer refiere dolor en la zona perineal y se observa un cambio en su gesto a la palpación del abdomen (0811, 0814).

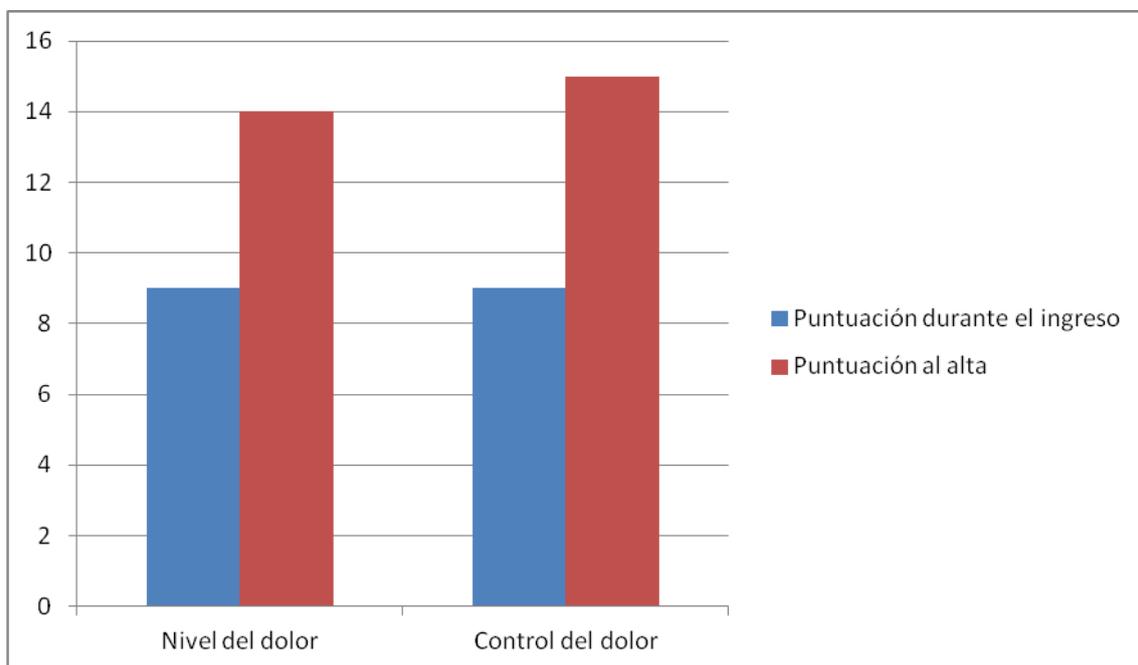
Los resultados y actividades de enfermería destinados a solucionar el problema son los siguientes:

Resultados e indicadores (NOC):

- 2102-Nivel del dolor
 - 210201-Dolor referido: evolucionará inicialmente de 2 (sustancial) a 4 puntos (leve) antes del alta.
 - 210206-Expresiones faciales de dolor: evolucionará inicialmente desde 3 (moderado) a 5 puntos (ninguno) antes del alta médica.

- 210208-Inquietud: evolucionará inicialmente de 4 (leve) a 5 puntos (ninguno) antes del alta.
- 1605-Control del dolor
 - 160504-Utiliza medidas de alivio no analgésicas: pasará de una puntuación inicial de 3 (a veces demostrado) a 5 (siempre demostrado) antes del alta.
 - 160505-Utiliza los analgésicos de forma apropiada: pasará de una puntuación inicial de 4 (frecuentemente demostrado) a 5 (siempre demostrado) antes del alta.
 - 160511-Refiere dolor controlado: pasará de una puntuación inicial de 2 (raramente demostrado) a 5 (siempre demostrado) antes del alta.

En total, aumentará la puntuación de 9 a 14 durante su ingreso en el nivel de dolor y 9 a 15 en el control de dolor, como se muestra en el siguiente gráfico:



Intervenciones y actividades (NIC):

- 1400-Manejo del dolor

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.
 - Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
 - Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognoscitiva, humor, relaciones, trabajo y responsabilidad de roles).
 - Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (miedo, fatiga, monotonía y falta de conocimientos).
- 1380-Aplicación de calor o frío
 - Explicar la utilización del calor o del frío, la razón del tratamiento y la manera en que afectará a los síntomas del paciente.
 - Envolver el dispositivo de aplicación de calor/frío con un paño de protección, si corresponde.
 - Aplicar calor/frío directamente cerca del sitio afectado, si fuera posible.
 - Instruir acerca de las indicaciones, frecuencia y procedimiento de la aplicación.
 - Evaluar y documentar la respuesta a la aplicación de calor/frío.
- 2210-Administración de analgésicos
 - Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente.
 - Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.
 - Comprobar el historial de alergias a medicamentos.

- Evaluar la capacidad del paciente para participar en la selección del analgésico, vía y dosis, e implicar al paciente si procede.
- Instruir para que se solicite la medicación según necesidades para el dolor antes de que el dolor sea severo.
- Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.
- 2214-Administración de analgésicos: intraespinal
 - Asegurar que el acceso i.v. está bien colocado en todo momento durante la terapia.
 - Comenzar la infusión continua del agente analgésico después de que se ha comprobado la correcta colocación del catéter, y controlar el flujo para asegurar el aporte de la dosis prescrita de la medicación.
 - Controlar la temperatura, presión sanguínea, respiración, pulso y nivel de conciencia a intervalos regulares y registrarlos en el diagrama gráfico.
 - Administrar cuidados en el sitio de colocación del catéter de acuerdo con el protocolo de la institución.
 - Aumentar la dosis epidural, en función de la intensidad del dolor.
 - Extraer o ayudar en la extracción del catéter de acuerdo con el protocolo de la institución.

Diagnóstico NANDA: Trastorno del patrón del sueño relacionado con dolor pélvico y llanto del bebé manifestado por expresiones verbales y no verbales de la paciente.

Se observa una alteración del patrón normal de sueño de la mujer que disminuye la cantidad y calidad del mismo en relación a como era antes del parto. Los factores etiológicos que lo provocan son las molestias en la zona perineal y ansiedad y preocupación por el cuidado de su hijo (00374, 00389, 00479).

Este problema se manifiesta por cansancio y desvelo prolongado de la paciente, que refiere no dormir más de tres horas seguidas (00451, 00532).

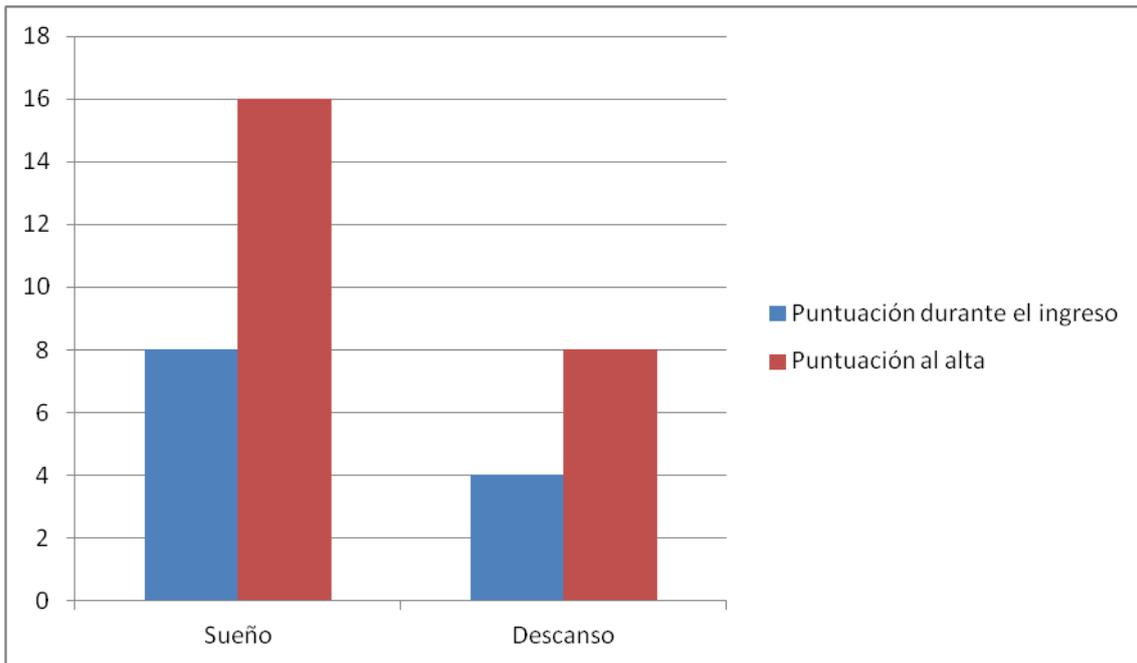
Los resultados y actividades de enfermería destinados a solucionar el problema son los siguientes:

Resultados e indicadores (NOC):

- 0004-Sueño
 - 000401-Horas de sueño: pasará de una puntuación inicial de 2 (sustancialmente comprometido) a 4 (levemente comprometido) antes del alta.
 - 000403-Patrón del sueño: pasará de una puntuación inicial de 2 (sustancialmente comprometido) a 4 (levemente comprometido) antes del alta.
 - 000404-Calidad del sueño: pasará de una puntuación inicial de 2 (sustancialmente comprometido) a 4 (levemente comprometido) antes del alta.
 - 000406-Sueño interrumpido: pasará de una puntuación inicial de 2 (sustancial) a 4 (leve) al alta.

- 0003-Descanso
 - 000302-Patrón del descanso: pasará de una puntuación inicial de 2 (sustancialmente comprometido) a 4 (levemente comprometido) antes del alta.
 - 000304-Descansado físicamente: pasará de una puntuación inicial de 2 (sustancialmente comprometido) a 4 (levemente comprometido) antes del alta.

En total, la puntuación aumentaría de 8 puntos durante el ingreso a 16 puntos en el caso del sueño y 4 a 8 puntos al alta respecto al descanso, como se indica a continuación:



Intervenciones y actividades (NIC):

- 1850-Mejorar el sueño
 - Observar/registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente.
 - Comprobar el esquema de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (apnea del sueño, vías aéreas obstruidas, dolor/molestias y frecuencia urinaria) y/o psicológicas (miedo o ansiedad) que interrumpen el sueño.
 - Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño.

Diagnóstico NANDA: Ansiedad relacionada con ingreso hospitalario y cuidado del recién nacido manifestada por expresiones verbales de la paciente.

La paciente muestra sentimientos de preocupación hacia su hijo e incertidumbre al no saber cómo controlar su llanto. Además, en la etiología se incluye que ha sufrido estrés debido a la anticipación de su fecha probable de parto y que ahora está dolorida por el procedimiento (0019, 0055, 0066).

Por lo tanto, entre las manifestaciones clínicas de este sentimiento caben citar inquietud y desasosiego, preocupación por el cuidado de su hijo y trastorno del sueño, como ya se ha dicho en el diagnóstico anterior (00395, 00507, 00604).

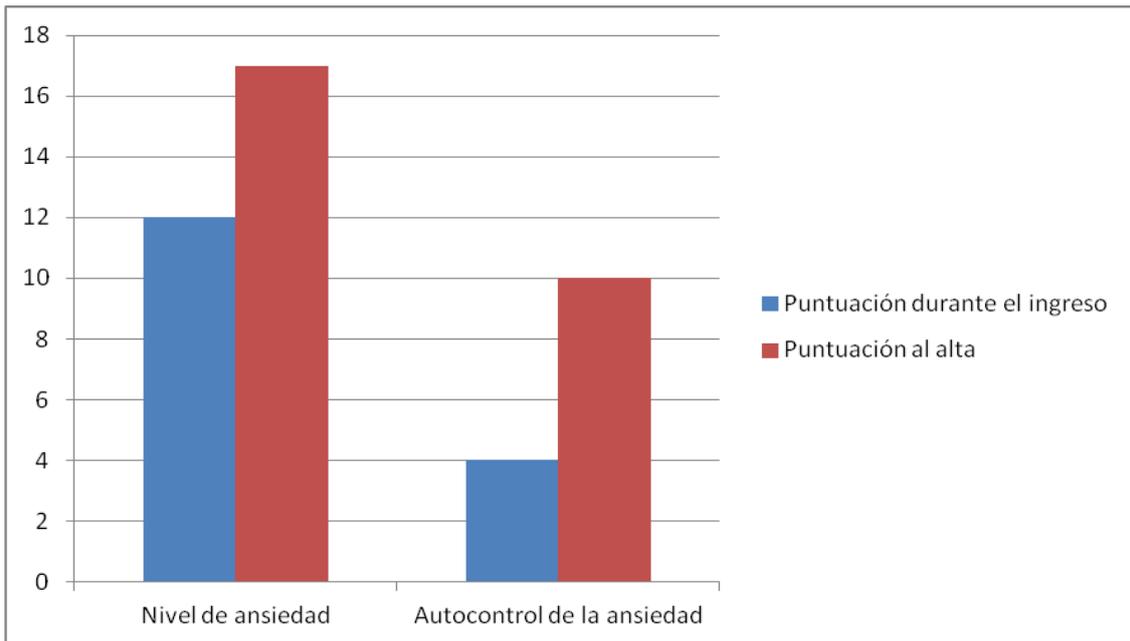
Los resultados e intervenciones de enfermería destinados a solucionar el problema son los siguientes:

Resultados e indicadores (NOC):

- 1211-Nivel de ansiedad
 - 121101-Desasosiego: pasará de una puntuación inicial de 3 (moderado) a 4 (leve) al alta.
 - 121105-Inquietud: pasará de una puntuación inicial de 3 (moderado) a 4 (leve) al alta.
 - 121117-Ansiedad verbalizada: pasará de una puntuación inicial de 4 (leve) a 5 (ninguno) al alta.
 - 121129-Trastorno del sueño: pasará de una puntuación inicial de 2 (sustancial) a 4 (leve) al alta.

- 1402-Autocontrol de la ansiedad
 - 140202-Elimina precursores de la ansiedad: pasará de una puntuación inicial de 1 (nunca demostrado) a 5 (siempre demostrado) al alta.
 - 140204-Busca información para reducir la ansiedad: pasará de una puntuación inicial de 3 (a veces demostrado) a 5 (siempre demostrado) al alta.

En total, la puntuación se modificaría de 12 puntos durante la hospitalización a 17 puntos al alta en el caso del nivel de ansiedad y de 4 a 10 puntos antes del alta con respecto al autocontrol de la ansiedad, como se muestra en la siguiente gráfica:



Intervenciones y actividades (NIC):

- 5270-Apoyo emocional
 - Comentar la experiencia emocional con el paciente.
 - Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.
 - Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.
 - Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.
 - Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.
- 5820-Disminución de la ansiedad
 - Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.
 - Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.
 - Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.

Diagnóstico NANDA: Conocimientos deficientes relacionados con rol parental manifestado por expresiones verbales de la paciente sobre los cuidados tras el parto.

La paciente presenta un déficit de conocimientos sobre los cuidados a aplicar en esta etapa de su vida, pues no ha recibido la información necesaria (00014) y, al ser una nueva experiencia, muestra nerviosismo e inseguridad sobre las actividades a realizar en relación al cuidado de su hijo y su propia recuperación tras el parto.

Los resultados y actividades de enfermería destinados a solucionar el problema son los siguientes:

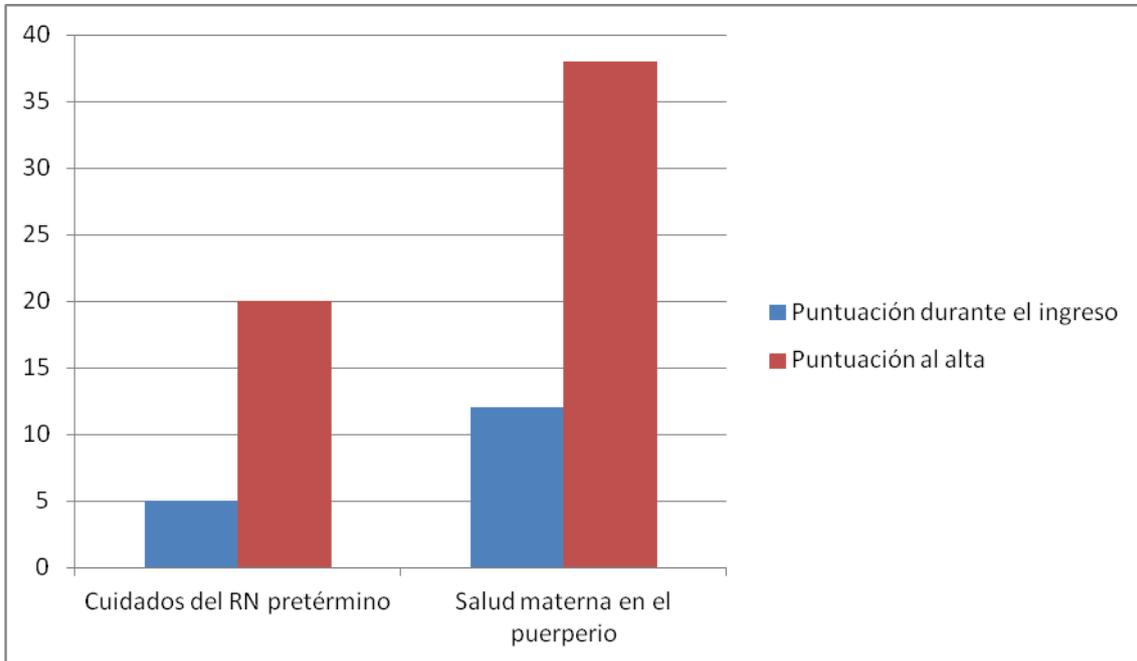
Resultados e indicadores (NOC):

- 1840-Conocimiento: cuidados del recién nacido pretérmino
 - 184002-Características del lactante prematuro: pasará de 1 (ningún conocimiento) a 4 puntos (conocimiento sustancial) durante su estancia en la planta hospitalaria.
 - 184004-Posición adecuada del lactante: aumentará de 1 (ningún conocimiento) a 4 puntos (conocimiento sustancial) durante su estancia en la planta hospitalaria.
 - 184005-Patrón sueño-vigilia del lactante: pasará de 1 (ningún conocimiento) a 4 puntos (conocimiento sustancial) durante su ingreso en el hospital.
 - 184016-Necesidades nutricionales: pasará de 1 (ningún conocimiento) a 4 puntos (conocimiento sustancial) durante su estancia en el hospital.
 - 184018-Beneficios del método canguro: pasará de 1 (ningún conocimiento) a 4 puntos (conocimiento sustancial) durante su estancia en la planta hospitalaria.

- 1818-Conocimiento: salud materna en el puerperio

- 181801-Sensaciones físicas normales después del parto: pasará de 2 (conocimiento escaso) a 5 puntos (conocimiento extenso) durante su estancia en el hospital.
- 181804-Cambios mamarios: aumentará de 2 (conocimiento escaso) a 5 puntos (conocimiento extenso) durante su estancia en el hospital.
- 181808-Cuidados de la episiotomía: aumentará de 1 (ningún conocimiento) a 4 puntos (conocimiento sustancial) durante su estancia en la planta hospitalaria.
- 181809-Cuidados de incisión de la cesárea: aumentará de 1 (ningún conocimiento) a 4 puntos (conocimiento sustancial) durante su estancia en la planta hospitalaria.
- 181812-Estrategias para equilibrar el descanso y la actividad: pasará de 1 (ningún conocimiento) a 4 puntos (conocimiento sustancial) en su estancia en el hospital.
- 181823-Cambios del cuerpo durante el puerperio: pasará de 2 (conocimiento escaso) a 4 puntos (conocimiento sustancial) en su estancia en el hospital.
- 181824-Rendimiento del papel materno: aumentará de 1 (ningún conocimiento) a 4 puntos (conocimiento sustancial) durante su ingreso en el hospital.
- 181825-Estrategias para manejar la depresión posparto: aumentará de 1 (ningún conocimiento) a 4 puntos (conocimiento sustancial) durante su ingreso en el hospital.
- 181826- Estrategias para manejar el estrés: aumentará de 1 (ningún conocimiento) a 4 puntos (conocimiento sustancial) durante su ingreso en el hospital.

En total aumentará de 5 a 20 puntos durante su ingreso en los cuidados del recién nacido pretérmino y de 12 puntos a 38 puntos mientras esté ingresada en relación a la salud materna en el puerperio, como se indica a continuación:



Intervenciones y actividades (NIC):

- 5244-Asesoramiento en la lactancia
 - Instruir a la madre o al padre acerca de la alimentación del bebé para que pueda realizar una toma de decisión informada.
 - Proporcionar información acerca de las ventajas y desventajas de la alimentación de pecho.
 - Determinar el deseo y motivación de la madre para dar de mamar.
 - Determinar la frecuencia con que se da el pecho en relación con las necesidades del bebé.
 - Evaluar la forma de succión/deglución del recién nacido.
 - Mostrar la forma de amamantar si procede.

- Instruir en técnicas de relajación, incluyendo el masaje de los pechos.
 - Fomentar que la madre utilice ambos pechos en cada toma.
 - Proporcionar información acerca de la fórmula para cuando haya problemas de suministro insuficiente temporal.
 - Demostrar el masaje de los pechos y comentar sus ventajas para aumentar el suministro de leche.
 - Fomentar la estimulación del pecho entre tomas si se sospecha que el suministro de leche es bajo.
 - Monitorizar la integridad de la piel de los pezones.
 - Recomendar el cuidado de los pezones, si es necesario.
- 6930-Cuidados posparto
 - Controlar signos vitales.
 - Vigilar los loquios para determinar el carácter, cantidad, olor y presencia de coágulos.
 - Masajear suavemente el fundus hasta que esté firme, si es necesario.
 - Intentar exprimir los coágulos hasta que el fundus esté firme.
 - Poner al bebé contra el pecho para estimular la producción de oxitocina.
 - Vigilar el estado de la episiotomía para ver si hay enrojecimiento, edema, equimosis, supuración y aproximación.
 - Colocar una bolsa de hielo en el perineo después del parto para minimizar la inflamación.
 - Fomentar el consumo de líquidos y fibra para evitar el estreñimiento.
 - Fomentar una deambulación precoz para promover la movilidad intestinal y evitar tromboflebitis.

- Instruir a la paciente en los ejercicios posparto.
- Mostrar confianza en la capacidad de la madre para cuidar al recién nacido.
- Observar si hay signos de depresión posparto.

En relación al plan de cuidados diseñado para el tratamiento de las mujeres que ingresan en el hospital con diagnóstico de APP, a continuación se van a detallar los cambios que se producirían en los casos expuestos en el apartado de material y métodos.

En el **caso 1**, la paciente embarazada de 36 semanas que ingresa por cesárea electiva, tras el nacimiento de su hijo presenta dolor agudo debido a la herida quirúrgica, alteración en el patrón de eliminación por estreñimiento y colocación de sondaje vesical durante las 24h siguientes y disminución de la movilidad, pues se le ha pautado reposo en cama.

Por otra parte, muestra una alteración del patrón de sueño porque refiere no descansar lo suficiente, y expresa sentimientos de ansiedad y preocupación por el cuidado del recién nacido debido a que es prematuro, a pesar de que tiene otra hija de un parto anterior.

Durante su ingreso hospitalario estas alteraciones evolucionan favorablemente. De este modo, el dolor remite gracias a la administración de medicamentos analgésicos (paracetamol e ibuprofeno) y se inicia tolerancia oral a las 8h, obteniendo un resultado favorable.

Asimismo, la paciente recupera la movilidad de forma progresiva y regulariza su patrón de eliminación, retirándole la sonda vesical. A las 24h se realiza una analítica de control, la ginecóloga le pauta hierro debido a que la cifra de hemoglobina es baja, y se retira el apósito que cubre la sutura de la cesárea, comprobando que está en buen estado.

Respecto al plano emocional, se solucionan las dudas que presenta sobre ofrecer lactancia materna y los cuidados del recién nacido. También se dan consejos acerca de cómo proteger las mamas y la correcta nutrición del niño. De esta forma, la ansiedad

relacionada con el proceso disminuye en el ingreso y se acostumbra a las modificaciones del patrón de sueño/descanso.

En el **caso 2**, la paciente embarazada de 34+2 semanas de gestación que ingresa por sospecha de RPM, presenta tensión arterial elevada, que se controla y se mantiene dentro de los rangos de normalidad durante su estancia en el hospital.

Tras el parto, muestra dolor en la zona pélvica, estreñimiento por la falta de movilidad y porta un catéter epidural mediante el cual le ha sido administrada anestesia. Asimismo, se observa que está levemente deprimida y refiere no dormir lo suficiente y sentir ansiedad por la separación del recién nacido, que ha sido llevado a la unidad de Neonatología.

Mientras se encuentra ingresada, estas alteraciones progresan adecuadamente hacia un estado de normalidad. Así, el dolor disminuye por la administración de analgésicos por vía oral y recupera su patrón habitual de eliminación a medida que aumenta la movilidad. A las 24h se realiza analítica de control y no precisa ferroterapia.

Por otro lado, se indican las ventajas de la lactancia materna y se explica la técnica para usar sacaleches, pues decide alimentar a su hijo de esta manera. Además, muestra inquietud por el estado del recién nacido, que disminuye durante su estancia, ya que va a visitar a su hijo y se observa que está más animada.

En relación al test de ansiedad realizado a las pacientes, mostraban un nivel ligero-moderado de ansiedad, pues una de ellas tuvo una puntuación de 8 y la otra, en cambio, de 20, siendo 18 el límite de sospecha de un trastorno por ansiedad.

CONCLUSIONES

Como conclusión, por tanto, cabe decir que es de vital importancia para aplicar unos cuidados de enfermería, la elaboración de un plan de cuidados estandarizado. Como se ha comprobado en los casos clínicos desarrollados, será similar en algunos diagnósticos; sin embargo, deberá ser modificado y adaptado a cada paciente durante el ingreso hospitalario.

Asimismo, hay que destacar la comunicación que debe haber entre los distintos profesionales sanitarios para la prevención y control de las gestantes con APP; principalmente, con la Matrona y la Enfermera de Atención Primaria.

Por otro lado, aunque la población diana sobre la que se ha realizado este trabajo pueda ser insuficiente para llegar a unas conclusiones definitivas sobre la efectividad del plan de cuidados elaborado, se tiene que reconocer que los resultados obtenidos en ambos casos han sido mejores de los que se esperaban alcanzar.

Por último, se debe fomentar la participación de los profesionales en la elaboración de planes de cuidados normalizados que faciliten la actividad enfermera y que se empleen, entre otros aspectos, en el tratamiento personalizado de los pacientes o en la formación de nuevos estudiantes de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Beck S, Wojdyla D, Say L, Betran AP, Merialdi M, Harris J, et al. The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. Bull World Health Organization 2010; 88:31-38. [citado 2014 Mar 25]. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/1/08-062554.pdf>
- (2) World Health Organization (WHO). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10). Vol 2. Instruction manual. 10ª revisión. WHO; 2010 [citado 2014 Mar 28]. Disponible en: http://www.who.int/classifications/icd/ICD10Volume2_en_2010.pdf?ua=1

- (3) Cabero Roura L. Parto prematuro. España: Editorial Médica Panamericana; 2006.
- (4) Castán S, Tobajas JJ. Obstetricia para matronas. Guía práctica. Madrid: Médica Panamericana; 2013. p: 111-119.
- (5) Sánchez-Cruzat, C. Amenaza de parto prematuro: una revisión bibliográfica. Metas de Enfermería. [revista en Internet]. 2012 Nov [citado 2014 Abr 04]. [about 1 p]. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80374/>
- (6) Ovalle A, Kakarieka E, Rencoret G, Fuentes A, del Río MJ, Morong C, et al. Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago. Rev. méd. Chile [revista en Internet]. 2012 Ene [citado 2014 Abr 04]; 140(1):19-29. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012000100003&lng=es
- (7) Lantigua I. Las causas de los partos prematuros. El Mundo [periódico en Internet]. 2008 Ene 11 [citado 2014 Abr 21]. Disponible en: <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2008/01/08/mujer/1199810463.html>
- (8) Burroughs A. Complicaciones del trabajo de parto y nacimiento. Trabajo de parto prematuro. Enfermería materno-infantil. 6ª ed. México: McGraw Hill Interamericana; 1994. p. 426-429.
- (9) Ochoa A, Pérez DJ. Amenaza de parto prematuro: Rotura prematura de membranas. Corioamnionitis. Anales Sis San Navarra [revista en Internet]. [citado 2014 Abr 19]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200011&lng=es.
- (10) Molina RC, Ortiz AMD, Garrote FA. Complicaciones en el embarazo: rotura prematura de membranas y factores de riesgo. Metas de Enfermería. [revista en Internet]. 2002 Jul [citado 2014 Abr 19]. [about 1 p]. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/4705/>
- (11) Burroughs A, Leifer G. Complicaciones del parto y el nacimiento. Enfermería materno-infantil. 8ª ed. México: McGraw Hill; 2002. p: 252-255.

- (12) Ladewig PW, London ML, Moberly S, Olds SB. Asistencia a la mujer con riesgo de parto pretérmino. Enfermería maternal y del recién nacido. 5ª ed. Madrid: McGraw Hill Interamericana; 2006. p. 340-346.
- (13) López FJA, Sánchez THB, Gámez GC, et al. Fibronectina fetal y longitud cervical como predictores tempranos de parto pretérmino. Ginecol Obstet Mex [revista en Internet] 2011 [citado 2014 Abr 23]; 79(6):337-343. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2011/gom116b.pdf>
- (14) Fernández C, Luis MT, Navarro V. de la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3ªed. Barcelona: Elsevier Masson; 2005.
- (15) Observatorio de Metodología Enfermera [homepage on the Internet]. Madrid: Arribas CAA; [citado 2014 May 17]. Disponible en: http://www.ome.es/04_01_desa.cfm?id=424#ancla7
- (16) Alba RMA, Bellido VJC, Cárdenas CV, Ibáñez MJ, López MA, Millán CMD, et al. Capítulo 2. Modelo de cuidados de Virginia Henderson. En: Bellido VJC, Ríos AA, Fernández SS, editors. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN. Jaén: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2011. p. 17-22.
- (17) García González, M. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. 2ª ed. México D.F.: Progreso; 2004.
- (18) Carpenito LJ. Manual de diagnósticos enfermeros. 14ª ed. Estados Unidos: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
- (19) Arribas CAA, et al. Diagnósticos enfermeros normalizados. España: Fuden. Proyecto CENES; 2012.
- (20) Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editors. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Medición de Resultados en Salud. 5ª ed. España: Elsevier Mosby; 2014.
- (21) Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey DJ, editors. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2009.

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en la realización de un cuestionario una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

El cuestionario en el que se le pide participar formará parte de un Trabajo de Fin de Grado de Enfermería de la Universidad de Valladolid. El trabajo trata sobre los aspectos físicos y emocionales durante la estancia hospitalaria de gestantes con amenaza de parto prematuro y pretende estudiar el tema desde varios puntos de vista (social, biológicos y económicos), así como estudiar cuales son causas y consecuencias del aumento de la tasa de amenazas de parto prematuro.

Si usted accede a participar en este trabajo, se le pedirá responder preguntas de dos tests, que le llevará aproximadamente 5 minutos de su tiempo. Su participación sería muy importante para obtener datos para el trabajo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de este trabajo. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Si alguna de las preguntas de la encuesta le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

He leído la hoja de información del Consentimiento Informado, he recibido una explicación satisfactoria sobre los procedimientos del estudio y su finalidad.

He quedado satisfecha con la información recibida, la he comprendido y se me han respondido todas mis dudas. Comprendo que mi decisión de participar es voluntaria.

Presto mi consentimiento para la recolección de datos mediante la realización del cuestionario propuesto.

FIRMA DE LA PARTICIPANTE

Anexo 2. Test de ansiedad de Hamilton.

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los 14 ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad ligera
- 2. Intensidad media
- 3. Intensidad elevada
- 4. Intensidad máxima (invalidante)

		0	1	2	3	4
1	Estado ansioso: Inquietud. Expectativas de catástrofe. Aprensión (anticipación con terror). Irritabilidad.	<input checked="" type="checkbox"/>				
2	Tensión: Sensaciones de tensión. Fatiga. Imposibilidad de estar quieto. Reacciones de sobresalto. Llanto fácil. Temblores. Sensaciones de incapacidad para esperar.	<input checked="" type="checkbox"/>				
3	Miedos: A la oscuridad. A los desconocidos. A quedarse solo. A los animales. A la circulación. A la muchedumbre.	<input checked="" type="checkbox"/>				
4	Insomnio: Dificultades de conciliación. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio, con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos.	<input checked="" type="checkbox"/>				
5	Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración. Falta de memoria.	<input checked="" type="checkbox"/>				
6	Estado de ánimo depresivo: Pérdida de interés. No disfruta del tiempo libre. Depresión. Insomnio de madrugada. Variaciones anímicas a lo largo del día.	<input checked="" type="checkbox"/>				
7	Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares. Rigidez muscular. Sacudidas musculares. Sacudidas clónicas. Rechinar de dientes. Voz quebrada.	<input checked="" type="checkbox"/>				
8	Síntomas somáticos generales: Zumbido de oídos. Visión borrosa. Oleadas de calor o frío. Sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos u hormigueos).	<input checked="" type="checkbox"/>				
9	Síntomas cardiovasculares: Taquicardia. Palpitaciones. Dolor torácico. Sensación pulsátil en	<input checked="" type="checkbox"/>				

	vasos. Sensaciones de "baja presión" o desmayos. Extrasístoles (arritmias cardíacas benignas).					
10	Síntomas respiratorios: Opresión pretorácica. Constricción precordial. Sensación de ahogo o falta de aire. Suspiros. Disnea (dificultad para respirar).	<input checked="" type="checkbox"/>				
11	Síntomas gastrointestinales: Dificultades evacuatorias. Gases. Dispepsia: dolores antes o después de comer, ardor, hinchazón abdominal, náuseas, vómitos, constricción epigástrica. Cólicos (espasmos) abdominales. Diarrea. Pérdida de peso. Estreñimiento.	<input checked="" type="checkbox"/>				
12	Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes. Micción imperiosa. Amenorrea (falta del período menstrual). Metrorragia (hemorragia genital). Frigidez. Eyaculación precoz. Impotencia. Ausencia de erección.	<input checked="" type="checkbox"/>				
13	Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca. Accesos de enrojecimiento. Palidez. Tendencia a la sudoración. Vértigos. Cefalea (dolor de cabeza) de tensión.	<input checked="" type="checkbox"/>				
14	Conducta en el transcurso del test: Tendencia al abatimiento. Agitación: manos inquietas, juega con los dedos, cierra los puños, tics, aprieta el pañuelo en las manos. Inquietud: va y viene. Temblor en las manos. Rostro preocupado. Aumento del tono muscular o contracturas musculares. Respiración entrecortada. Palidez facial. Traga saliva. Eructos. Taquicardia o palpaciones. Ritmo respiratorio acelerado. Sudoración. Pestaño.	<input checked="" type="checkbox"/>				

Anexo 3. Continuación del plan de cuidados.

En primer lugar, al momento de la llegada de la paciente a la planta de hospitalización, se aplicarán las intervenciones y actividades de enfermería (NIC) destinadas facilitar su ingreso:

- 7310-Cuidados de enfermería al ingreso
 - Presentarse a sí mismo y su función en los cuidados.
 - Disponer una intimidad adecuada para el paciente/familia/seres queridos.

- Orientar al paciente/familia/seres queridos en las instalaciones del centro.
- Obtener la historia al ingresar, incluyendo información sobre enfermedades médicas anteriores, medicaciones y alergias.
- Realizar la valoración física y psicosocial en el momento del ingreso, si procede.
- Mantener la confidencialidad de los datos del paciente.
- Establecer el plan de cuidados del paciente, los diagnósticos de cuidados de enfermería, resultados e intervenciones.

Luego se elaborará el plan de atención de enfermería en base a las necesidades que se encontraban alteradas, recordando los detallados en apartados previos:

Diagnóstico NANDA: Deterioro de la movilidad física relacionado con dolor por el procedimiento manifestado por encamamiento.

Debido al trabajo de parto, la paciente debe permanecer en la cama disminuyendo, de esta forma, su actividad física y deambulación habitual. Asimismo, el dolor dificulta la recuperación de la mujer (0090, 0092, 0208).

Los resultados y actividades de enfermería destinados a solucionar el problema son los siguientes:

Resultados e indicadores (NOC):

- 0208-Movilidad
 - 020803-Movimiento muscular: pasará de una puntuación inicial de 3 (moderadamente comprometido) a 5 (no comprometido) antes del alta.
 - 020806-Ambulación: pasará de una puntuación inicial de 3 (moderadamente comprometido) a 5 (no comprometido) antes del alta.
 - 020814-Se mueve con facilidad: pasará de una puntuación inicial de 3 (moderadamente comprometido) a 5 (no comprometido) antes del alta.

En total, aumentará de 9 a 15 puntos durante su ingreso en el hospital.

- 0200-Ambular
 - 020014-Anda por la habitación: aumentará de 1 (gravemente comprometido) a 5 puntos (no comprometido) durante su ingreso.

Intervenciones y actividades (NIC):

- 0221-Terapia de ejercicios: ambulaci3n
 - aconsejar al paciente que use un calzado que facilite la deambulaci3n y evite lesiones.
 - Colocar el interruptor de posici3n de la cama al alcance del paciente.
 - Animar al paciente a sentarse en la cama, en un lado de la cama o en una silla, seg3n tolerancia.
 - Ayudar al paciente en el traslado, cuando sea necesario.

Diagn3stico NANDA: Estreñimiento relacionado con actividad f3sica insuficiente y reposo en cama manifestado por expresiones verbales de la paciente.

Se produce una alteraci3n en el patr3n normal de eliminaci3n y en la frecuencia de la paciente de ir al baño. La etiolog3a de este proceso se debe a la gestaci3n, a la falta de movilidad de la mujer tras el parto y a la modificaci3n de los h3bitos diet3ticos durante el ingreso hospitalario (00007, 00233, 00147).

Las variables que nos permiten confirmar este diagn3stico nos las aporta la paciente ya que refiere que lleva varios d3as sin defecar, con dolor y distensi3n abdominal (0501, 0506, 0507).

Los resultados y actividades de enfermer3a destinados a solucionar el problema son los siguientes:

Resultados e indicadores (NOC):

- 0501-Eliminaci3n intestinal

- 050101-Patrón de eliminación: pasará de una puntuación inicial de 3 (moderadamente comprometido) a 5 (no comprometido) antes de que se le entregue el alta.
- 050105-Heces blandas y formadas: pasará de una puntuación inicial de 3 (moderadamente comprometido) a 5 (no comprometido) antes de que se le entregue el alta.
- 050110-Estreñimiento: pasará de una puntuación inicial de 3 (moderado) a 5 (ninguno) antes del alta.

En total evolucionará de 9 a 15 puntos antes del alta hospitalaria.

- 2109-Nivel de malestar
 - 210932-Estreñimiento: pasará de una puntuación inicial de 3 (moderado) a 5 (ninguno) antes del alta.
- 2010-Estado de comodidad física
 - 201002-Bienestar físico: pasará de una puntuación inicial de 2 (sustancialmente comprometido) a 4 (levemente comprometido) antes del alta médica.
 - 201024-Estreñimiento: pasará de una puntuación inicial de 3 (moderado) a 5 (ninguno) antes del alta médica.

En total evolucionará de 5 a 9 puntos durante su estancia en el hospital.

Intervenciones y actividades (NIC):

- 0450-Manejo del estreñimiento/impactación
 - Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento.
 - Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que puedan ser causa del estreñimiento o que contribuyan al mismo.

- 1804-Ayuda con los autocuidados: baño
 - Ayudar al paciente en el aseo/cuña/cuña de fractura/orinal a intervalos especificados.
 - Disponer intimidad durante la eliminación.
 - Facilitar la higiene de aseo después de terminar con la eliminación.

Diagnóstico NANDA: Deterioro de la integridad cutánea relacionado con dispositivos de acceso venoso e intervención quirúrgica manifestado por vía venosa periférica y herida quirúrgica.

Se observa falta de continuidad en las capas superficiales de la piel provocada por la colocación de un catéter venoso periférico para administrar sueroterapia y medicación. Asimismo, otros factores que pueden influir en la falta de integridad cutánea serían la implantación de un catéter epidural para disminuir la percepción del dolor, o la presencia de una herida quirúrgica en las pacientes sometidas a cesárea (00247, 00248).

Los resultados y actividades de enfermería destinados a solucionar el problema son los siguientes:

Resultados e indicadores (NOC):

- 1101-Integridad tisular: piel y membranas mucosas
 - 110113-Integridad de la piel: pasará de 3 (moderadamente comprometido) a 5 (no comprometido) puntos antes del alta.

Intervenciones y actividades (NIC):

- 3440-Cuidados del sitio de incisión
 - Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera enrojecimiento, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración.
 - Observar si hay signos y síntomas de infección en la incisión.

- Instruir al paciente acerca de la forma de cuidar la incisión durante el baño o la ducha.
- 1750-Cuidados perineales
 - Ayudar con la higiene.
 - Inspeccionar el estado de incisión o desgarro (episiotomía).

Diagnóstico NANDA: Riesgo de infección relacionado con herida quirúrgica, sondaje vesical y mantenimiento de dispositivos de acceso venoso.

Hace referencia al aumento de la probabilidad de contaminación por microorganismos patógenos de los elementos que el organismo considera como extraños, es decir, el catéter venoso periférico y la sutura de la herida quirúrgica y la sonda vesical en el caso de cesárea.

Los resultados y actividades de enfermería destinados a solucionar el problema son los siguientes:

Resultados e indicadores (NOC):

- 1102-Curación de la herida: por primera intención
 - 110214-Formación de cicatriz: pasará de 2 a 3 puntos durante su estancia en el hospital.

Intervenciones y actividades (NIC):

- 6540-Control de infecciones
 - Cambiar el equipo de cuidados del paciente según el protocolo del centro.
 - Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes.
 - Garantizar una manipulación aséptica de todas las líneas i.v.
 - Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada.

- Instruir al paciente y a la familia de los signos y síntomas de infección y cuándo debe informarse de ellos al cuidador.
- 3660-Cuidados de las heridas
 - Cuidar el sitio de incisión, según sea necesario.
 - Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje.
- 2440-Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso
 - Mantener una técnica aséptica siempre que se manipule el catéter venoso.
 - Cambiar los sistemas, vendajes y tapones de acuerdo con el protocolo del centro.
 - Observar si hay signos de oclusión del catéter.
 - Mantener suero salino, si procede.

Diagnóstico NANDA: Perfusión tisular periférica ineficaz relacionado con involución uterina manifestado por loquios.

Aparece una disminución del aporte de oxígeno en los tejidos del organismo debido a distintos procesos como pueden ser, en este caso, hemorragias, inmovilidad o una insuficiente circulación sanguínea periférica (0074, 0090, 0027).

Para confirmar la existencia de este diagnóstico, se definirán una serie de variables determinantes, signos y síntomas que mostrará la paciente, como son hipotonía muscular, inmovilización o edemas (1112, 1206, 2602).

Los resultados y actividades de enfermería destinados a solucionar el problema son los siguientes:

Resultados e indicadores (NOC):

- 0407-Perfusión tisular: periférica
 - 040712-Edema periférico: pasará de 4 (leve) a 5 puntos (ninguno) durante su estancia en el hospital.

- 040744-Debilidad muscular: pasará de 3 (moderado) a 5 puntos (ninguno) durante su ingreso en el hospital.

En total aumentará de 7 a 10 puntos durante su ingreso.

Intervenciones y actividades (NIC):

- 4026-Disminución de la hemorragia: útero posparto
 - Observar las características de los loquios (p. ej., color, coágulos y volumen).
 - Medir la cantidad de sangre perdida.
 - Elevar las piernas.
 - Administrar oxitócicos por vía i.v. según protocolo u órdenes.
 - Vigilar el color, nivel de conciencia y dolor de la madre.

Finalmente, cuando la paciente sea dada de alta, habrá que registrar las intervenciones y actividades de enfermería (NIC) relacionadas con ello:

- 7370-Planificación del alta
 - Colaborar con el médico, paciente/familiar/ser querido y demás miembros del equipo sanitario en la planificación de la continuidad de los cuidados.
 - Identificar lo que debe aprender el paciente para los cuidados posteriores al alta.
 - Formular un plan de mantenimiento para el seguimiento posterior al alta.
 - Disponer la evaluación posterior al alta, cuando sea posible.