



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA**

**ESTUDIO DE CASO REALIZADO A UNA MUJER MULTIGESTA CON
ACRETISMO PLACENTARIO ABORDADO DESDE LA
PERSPECTIVA TEÓRICA DE DOROTHEA OREM**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA PERINATAL**

**P R E S E N T A:
L.E.O. DIANA RUT CRUZ GÓMEZ**

**ASESOR ACADÉMICO:
E.E.P. NIDIA RIVAS FLORES**



CIUDAD DE MÉXICO 2020.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Resumen

El presente estudio de caso describe el seguimiento que se realizó a una mujer con un embarazo de alto riesgo con acretismo placentario, en el Instituto Nacional de Perinatología en donde se otorgaron cuidados individualizados, holísticos, éticos, basados en evidencia y abordados desde la perspectiva Teórica del Déficit de autocuidado. Se identificaron los principales factores de riesgos, las capacidades, limitaciones y los requisitos de autocuidado alterados través del instrumento de valoración y desarrollando un proceso de atención de enfermería.

El incremento en las inserciones anómalas de la placenta repercute en la vida y salud materna, condicionando a la mujer a recibir asistencia con un alto grado de complejidad, estancias hospitalarias prolongadas y complicaciones como la muerte.

Palabras clave: embarazo complicado, acretismo placentario, embarazo/placenta previa.

Abstract

This case study describes the follow-up to a woman with a high-risk pregnancy with placental accretism at the National Institute of Perinatology where individualized, holistic, ethical, evidence-based care-based care was granted, approached from the Theoretical perspective of the self-care deficit. The main risk factors, capabilities, limitations and self-care requirements altered through the assessment instrument and developing a nursing care process were identified.

The increase in abnormal insertions of the placenta has an impact on life and maternal health, conditioning women to receive assistance with a high degree of complexity, prolonged hospital stays and complications such as death.

Keywords: complicated pregnancy, placental accretism, pregnancy/placenta previa.

AGRADECIMIENTOS

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por la oportunidad otorgada para poder realizar estudio de posgrado.

A mis compañeros y amigos del grupo perinatal 2019 por formar parte de mi vida y de mi historia.

ÍNDICE

Introducción.....	5
Objetivos.....	7
General.....	7
Específicos.....	7
Capítulo I. Fundamentación.....	8
Capítulo II. Marco Teórico.....	27
Marco Conceptual.....	27
Marco Empírico.....	29
Teoría de enfermería.....	31
Daños a la salud.....	37
Capítulo III. Metodología.....	53
Búsqueda de información.....	53
Sujetos.....	54
Material y procedimiento para la elaboración del estudio de caso.....	56
Capítulo IV. Aplicación del proceso de atención de Enfermería.....	57
Esquema metodológico.....	57
Análisis de valoración.....	64
Análisis y jerarquización de requisitos afectados.....	91
Prescripción del cuidado.....	91
Valoraciones focalizadas.....	91
Plan de alta.....	92
Capítulo V. Conclusiones y Recomendaciones.....	94
Referencias.....	94
Anexos.....	93
Apéndice.....	95

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Teoría del autocuidado.....30

Francisco del Rey C. Benavent MA. Ferrer E.
El modelo teórico de Dorothea E. Orem. p. 328-339.

Cuadro 2. Teoría del déficit del autocuidado.....32

Francisco del Rey C. Benavent MA. Ferrer E.
El modelo teórico de Dorothea E. Orem. p. 339-350.

Cuadro 3. Teoría del sistema de cuidados enfermeros.....34

Francisco del Rey C. Benavent MA. Ferrer E.
El modelo teórico de Dorothea E. Orem. p. 350-
355.

Cuadro 4. Proceso de atención de enfermería.....36

Francisco del Rey C. Benavent MA. Ferrer E.
El modelo teórico de Dorothea E. Orem. p. 356-383

Introducción.

El estudio de caso es un instrumento que nos ayuda a facilitar el aprendizaje de la relación que surge entre las usuarias y los actos de cuidado, éste es una herramienta útil para la instrucción del estudiante de posgrado. Este instrumento nos permite fortalecer la promoción de la salud, mejorar la calidad de vida de las personas, las familias y de las comunidades. Lo anterior fomenta el empoderamiento y participación activa en la etapa reproductiva de las mujeres.

El presente estudio de caso se realizó en el segundo piso del área de hospitalización que corresponde a embarazo complicado. Éste se efectuó a una mujer con Diagnóstico de Embarazo de 35.4 SDG x FUM más acretismo placentario y placenta previa marginal con intolerancia a carbohidratos, multigesta y edad materna de riesgo.

La investigación está compuesta por los siguientes capítulos: el primero y segundo fundamenta la elaboración a través de la relevancia y magnitud del fenómeno abordado, embarazo, acretismo placentario, el cuidado y la perspectiva teórica de enfermería. El acretismo placentario es una anomalía de la inserción placentaria y se asocia a una elevada tasa de morbilidad materna y perinatal. Los antecedentes de cesáreas son un factor de riesgo para desarrollar ese tipo de anomalías. La incidencia mundial actual de acretismo es de 3 casos por cada 1 000 embarazos.

El tercer capítulo se basa en la metodología con previa aceptación del consentimiento informado, con ésta se obtienen datos, mismos que fueron obtenidos de manera directa por medio de entrevistas, e indirecta por el expediente clínico.

En el cuarto capítulo se analiza, describe e identifica los factores básicos condicionantes y los requisitos universales que se encuentran alterados durante el proceso de hospitalización.

En el capítulo quinto se enfoca en las conclusiones y recomendaciones.

Objetivos

General:

Estudiar el fenómeno que resulta de la interacción enfermera – persona – embarazo – cuidado, mediante la metodología del estudio de caso con la perspectiva teórica de E. Orem. El estudio de caso fue aplicado a una mujer embarazada multigesta con acretismo placentario en las instalaciones del Instituto Nacional de Perinatología.

Específicos:

- Aplicar el instrumento de valoración como método para identificar los factores básicos condicionantes y el déficit de autocuidado.
- Identificar el sistema de autocuidado de la mujer.
- Jerarquizar los requisitos universales alterados.
- Desarrollar la agencia de autocuidado a través de transmisión de conocimientos educativos.
- Desarrollar habilidades para adaptarse a la nueva etapa.
- Proporcionar seguimiento y acompañamiento durante la etapa del embarazo y el puerperio.
- Desarrollar intervenciones especialidades para las mujeres con diagnóstico médico de acretismo placentario

Capítulo I. Fundamentación

Con base en diversos estudios de diferentes disciplinas vemos cómo es que la mortalidad materna representa actualmente un índice negativo, como se manifiesta en la siguiente cita:

“La mortalidad materna es considerada como un problema de salud global, representando un marcador de desarrollo mundial. La hemorragia obstétrica se constituye actualmente como la primera causa de muerte materna en el mundo, compartiendo esta posición con la preeclampsia. Siendo el acretismo placentario el 39% de estos casos, generalmente asociada a placenta prevea. Su manejo ha representado un reto importante durante años pues se han reportado series con una mortalidad de hasta 90%, por lo que su diagnóstico antenatal, grado de severidad y manejo definitivo oportuno es indispensable para la sobrevivencia de las pacientes y el mejor pronóstico fetal”¹

Por su parte, el acretismo placentario “es la adherencia de la placenta en lo profundo de la pared uterina, sin penetrar al músculo uterino, se le llama placenta increta cuando las vellosidades coriónicas invaden el miometrio y placenta percreta a la invasión a través del miometrio y la serosa y ocasionalmente a los órganos adyacentes como la vejiga.”.²

Con base en lo anterior vemos que la frecuencia de acretismo se ha incrementado como resultado del aumento de los partos por cesárea, edad materna y la tecnología de reproducción asistida.³

En México, Lira y colaboradores dentro del Instituto Nacional de Perinatología en la década de 1990, corroboraron que en 37 (18%) de 210 casos de placenta previa hubo acretismo placentario; de los casos afectados, 26 (70%) tenían antecedentes de cesárea: con una cesárea, fue de 21% y con dos o más cesáreas de 50%. La edad media de las pacientes fue de 31 años, y el grupo de mayor riesgo fue el de 35 a 39 años, con 26% de acretismo placentario.⁴

Debido al aumento en el índice de este fenómeno en la población es donde radica la importancia de su estudio, es así, que en este contexto se presenta la investigación de una paciente con el fenómeno citado, ésta se realizó a través del estudio de caso sobre acretismo placentario.

Es importante mencionar la repercusión que experimenta la familia al pasar por este tipo de situación como: los diferentes tipos de duelo que vive cada integrante de la familia, el nuevo rol que asumen para poder sustituir a la madre, y la usencia de la madre en la vida del recién nacido.

Capítulo II. Marco teórico

Marco conceptual

En este apartado se realizó una revisión de los conceptos generales a partir de los cuales sustenta el análisis y la comprensión del acretismo placentario.

Anomalías de la inserción placentaria: conjunto de anomalías ocasionadas por una inadecuada inserción o invasión placentaria y que se asocian con un incremento notable en la morbilidad y mortalidad para el binomio.⁵

Acretismo placentario: término general para referirse una placenta adherente y que se produce cuando la decidua basal penetra dentro y a través del miometrio. De acuerdo al grado de invasión puede dividirse en acreta, increta y percreta.⁵

Placenta previa: trayecto de vasos sanguíneos fetales sin la protección habitual de la placenta o el cordón umbilical a través de las membranas fetales, ya sea a nivel del orificio cervical interno o por debajo de la parte fetal que se aboca a la pelvis⁵

Borde placentario: límite placentario inferior con el orificio cervical interno, debe de ser medido en milímetros.

Tratamiento conservador: consiste en dejar la placenta intrauterino y no realizar histerectomía en pacientes sin sangrado importante, con estabilidad hemodinámica, con deseo de preservar la fertilidad.⁶

Ligadura de las arterias hipogástricas: Técnica quirúrgica, mediante el cual se ligan las arterias ilíacas internas (hipogástricas) en su rama anterior.⁷

Empaquetamiento pélvico: es la aplicación de compresas quirúrgicas de vientre en el hueco pélvico (lecho sangrante), que se aplica a aquella paciente con hemorragia obstétrica persistente a pesar del manejo quirúrgico radical. La cantidad de compresas deberán ser las suficientes hasta llegar a la pared abdominal, donde pueden o no fijarse, el retiro generalmente se realiza en las siguientes 48 a 72 horas.⁸

Marco empírico

Se efectuó una búsqueda bibliográfica digital en la base de datos de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), ingresando palabras clave como embarazo, estudio de caso, enfermería, AND embarazo / acretismo AND enfermería / placenta AND enfermería / cuidados enfermeros AND placenta acreta / embarazo AND placenta. Los resultados de la búsqueda arrojaron la inexistencia de ningún tema relacionado con estudios de casos con pacientes con acretismo placentario.

Al no encontrar estudios de caso en la plataforma de la UNAM se realizó una búsqueda en la base de datos: PudMed, Elsevier y Google académico. La exploración incorporó las mismas palabras clave, encontrando sólo un artículo en una revista:

El artículo de Paz Lorenzo⁹; Dicho artículo nos habla sobre la importancia de ampliar la formación obstétrico-ginecológica en enfermería para reducir el índice de mortalidad materna y mejorar la intervención del personal enfermero especializado de las gestantes en alto riesgo. Los principales cuidados que se deben brindar son: atención del control prenatal, cuidados hospitalarios, apoyo psicológico y seguimiento tras el alta.

En este caso hace referencia sobre los cuidados brindados a las pacientes con alteraciones placentarias sin o con escaso sangrado, Paz Lorenzo nos menciona que es importante mantenerlas en reposo relativo, llevar el registro de las constantes vitales por turno, así como agregar una vía periférica permeable.

Cuando la paciente presenta metrorragia, los cuidados pasan a ser más específicos como mantenerlas en ayuno, al igual que en reposo absoluto. Es importante individualizar los cuidados a las pacientes, atendiendo las necesidades particulares de cada persona, proporcionando una asistencia sanitaria integral.

Para finalizar dicho artículo la autora menciona lo siguiente; "...el personal de enfermería juega un papel primordial e indispensable, ya que ellos son fundamentales en la atención a la gestante. El personal de enfermería son los profesionales más cercanos y con mayor oportunidad de interacción con la paciente. Los cuidados enfermeros engloban aspectos físicos como de apoyo psicológico, educación sanitaria y recomendaciones al

alta, por lo que proporcionan una atención sanitaria integral tratando a la gestante como ser biopsicosocial”.

Para tener un panorama más preciso del tema en cuestión llevé a cabo otra búsqueda sobre la literatura señalada, sólo que en esta ocasión se hizo en lengua castellana dentro de bases de datos como PudMde/MEDLINE, Scielo y Google académico, utilizando palabras clave como: Embarazo AND placenta prevea/ Acretismo placentario / manejo multidisciplinario AND acretismo / histerectomía AND morbilidad y mortalidad materna fetal / Placenta acreta / *experience in Critical Obstetrics* /unidad de cuidados intensivos AND factores de riesgo / acreta AND invasión placentaria / ecografía endovaginal / Cesarea-histerectomia / placenta acreta AND ligadura de arterias hipogástricas. En dicha búsqueda se encontraron 62 publicaciones, 17 tesis y 7 informes.

Un indicador más en la búsqueda bibliográfica para la investigación presente fue delimitar a cinco años de vigencia los trabajos a considerar, es así que con este criterio sólo tomo 7 publicaciones para el estudio:

Estos textos los retomo para tener antecedentes que muestren de alguna forma cómo se atendió el fenómeno que aquí estudio, por otro lado, para tener más herramientas teóricas - metodológicas con la finalidad de proporcionar perspectivas más sólidas.

A continuación, se detallarán los diferentes tipos de manejo que se utilizan en la atención del embarazo con acretismo placentario más placenta previa en diferentes institutos a nivel mundial.

En el hospital de tercer nivel en Lima Perú,¹⁰ realiza un estudio sobre el manejo del acretismo placentario y placenta previa. En donde realizan una intervención el cual consiste en la oclusión de arterias pélvicas poniendo un catéter con balón para reducir el flujo sanguíneo intra-operatorio. Reportando resultados satisfactorios con reducción del sangrado.

Cuando una paciente presenta sangrado persistente el procedimiento es quirúrgico que incluye la ligadura de las arterias hipogástricas y el empaquetamiento pélvico, lo cual es un tratamiento temporal para lograr estabilización hemodinámica y la corrección de coagulopatía. En este caso clínico

el manejo adecuado del diagnóstico les permitió disminuir las complicaciones presentadas sobre acretismo y placenta previa.

En el hospital LII de Goyeneche de Arequipa, Perú, Torres Ordoñez¹¹ Estudia el caso clínico de una paciente que acude al servicio hospitalario posterior a 2 horas del nacimiento del bebé por presentar acretismo placentario, en primera instancia realizan extracción manual de la placenta sin obtener resultados, debido al estado hemodinámico que presenta la paciente, prosiguen a realizar histerectomía y pronta estabilización hemodinámica.

A continuación, presento un texto colectivo sobre la experiencia en Obstetricia crítica del año 2018.¹² En este estudio de caso se implementaron diferentes tipos de técnicas para el manejo del acretismo placentario más placenta previa. Entre ellos se realizaron los siguientes procedimientos como: la oclusión endovascular simultánea y temporal de ambas arterias hipogástricas, también se realizó la cesárea-histerectomía modificada, histerectomía total más embolización, uso de metrotexato e Histerectomía subtotal + colocación de catéter JJ. Como dato relevante no se presentó ninguna muerte materna, no obstante, si algunos daños a órganos secundarios.

Guzmán Corona¹³ en el Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del Centro Médico Nacional la Raza, realiza una investigación en el servicio de cuidados intensivos adultos sobre los principales factores de riesgo que llevan a ser internadas las pacientes a este servicio, entre ellos resultan la Histerectomía y la eclampsia (100%), Hemorragia posparto (96.8), Edad materna de riesgo (37.5%). Preeclampsia (12.5%) y Sepsis (3.1%). Guerrero Guillen¹⁴ lleva a cabo en el mismo Hospital de Gineco-Obstetricia un estudio de cohorte en donde demostró que el diagnóstico ultrasonográfico es un predictor muy relevante de acretismo placentario.

Por último, Pavón Dávila.¹⁵ Realiza un estudio comparativo en el Hospital de la Mujer en la Ciudad de México, acerca de los beneficios de la cesarea-

histerectomía con ligadura de arterias hipogástricas en pacientes con acretismo placentario, el cual está comprobado que disminuye el índice de hemorragia e ingresos de las pacientes a la unidad de cuidados intensivos adultos.

Cada Hospital e Instituto realizan diferentes tipos de técnicas y manejo ante el acretismo placentario y la placenta previa, sin embargo, todos llegan a un mismo propósito el cual es contar con un equipo multidisciplinario conformado por especialistas como: Obstetras, Ginecólogos, Cirujanos, Oncólogos, Anestesiólogo, Radiólogos, Urólogo, además de incorporar Enfermeros Perinatales con la finalidad de brindar una atención integral y así poder disminuir el índice de riesgo de morbi-mortalidad postoperatoria.

Es importante mencionar que cada unidad médica debe disponer de banco de sangre con fracciones hemáticas disponibles, unidad de cuidados intensivos para adultos y unidad de cuidados intensivos neonatales.

Para continuar con el desarrollo del marco teórico se describirá la teoría de Elizabeth Orem.

Teoría o modelo de Enfermería aplicado al estudio de caso

La teoría de enfermería sobre el Déficit de Autocuidado (Orem)

En su teoría Dorothea Orem sugiere que la enfermería es una actividad humana articulada en sistemas de acción formados (diseñados y producidos) por enfermeras a través del ejercicio de ser una actividad profesional ante personas con limitaciones de la salud o relacionadas con ella, que plantean problemas de autocuidado o de cuidado dependiente.

“La enfermería como ciencia se ocupa en ayudar a las personas a satisfacer las necesidades básicas cuando no pueden hacerlo solas, por estar enfermas o por carecer del conocimiento, habilidad o motivación necesaria.”¹⁶

La teoría de enfermería sobre el déficit de autocuidado: tiene como objetivo servir en la práctica para desarrollar y validar el conocimiento enfermero, para la enseñanza y aprendizaje de la enfermería. Está conformada mediante tres

estructuras teóricas (subteorías independientes): la Teoría del Autocuidado, la Teoría del Déficit del Autocuidado y la Teoría del Sistema de Enfermería.

Teoría del autocuidado

La teoría del autocuidado, la persona y el entorno representan una unidad que se caracteriza por el intercambio y las influencias mutuas. La interrelación que se establece y la forma en la que la persona responde a los requerimientos de autocuidado que influyen en su salud.

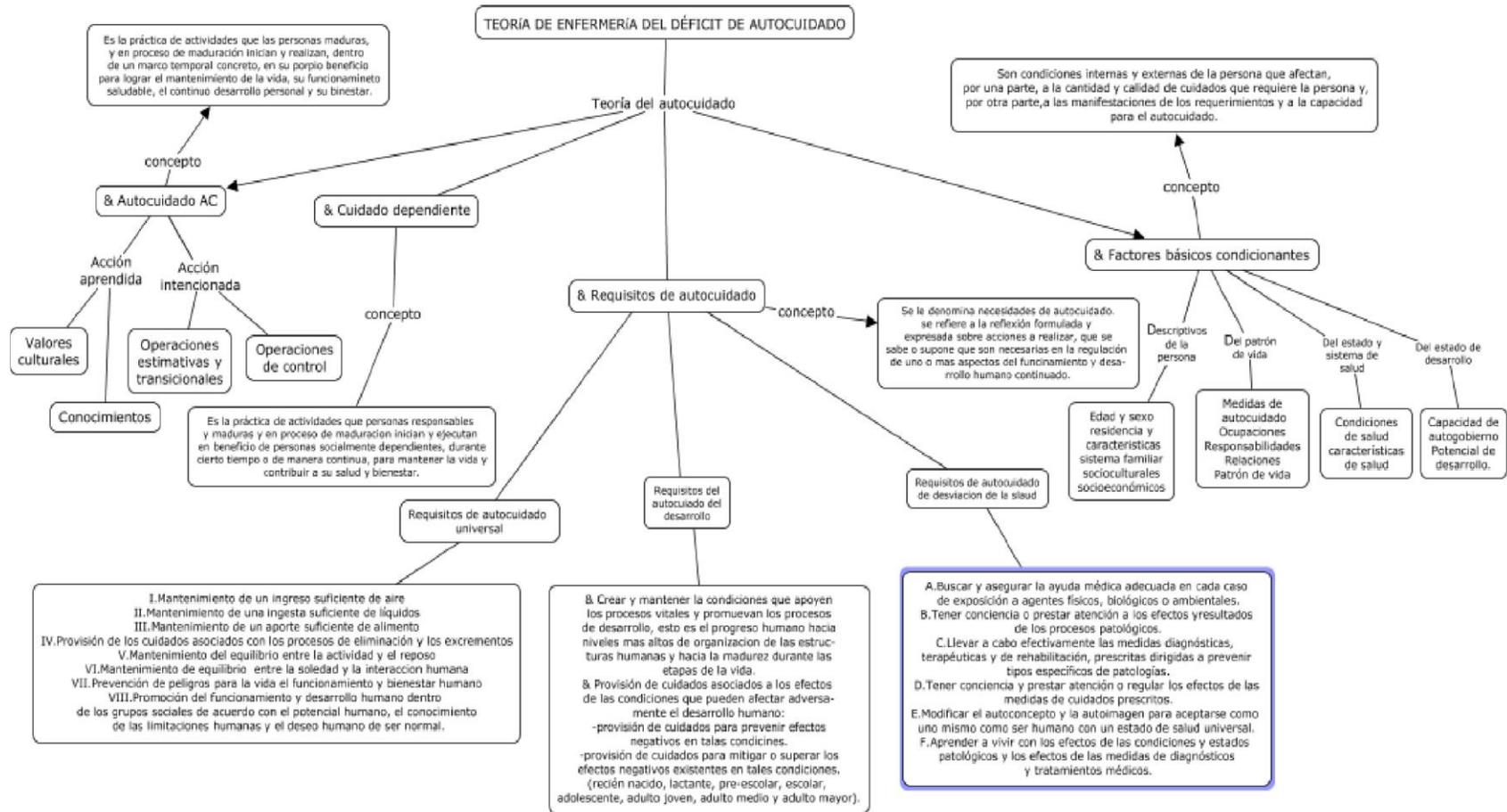
Autocuidado: hace referencia a la totalidad de actividades personales que tienen como finalidad mantener la vida, la salud y desarrollarse de manera normal, llevando la doble connotación de ser para y realizado por uno.

El cuidado dependiente: exige de una persona receptora de los cuidados y otra suministradora, se aplica con personas que no han completado su proceso de maduración (lactantes/niños) o se encuentren en situaciones de incapacidad que le limitan para hacer sus autocuidados.

Los requisitos de autocuidado: o necesidades de autocuidado. Se refiere a la reflexión formulada y expresada sobre acciones a realizar que se sabe o supone que son necesarias en la regulación de uno o más aspectos del funcionamiento y desarrollo humano continuado, en condiciones o circunstancias específicas.

Factores básicos condicionantes: pone en manifiesto la existencia de un conjunto de factores o condiciones propias de la persona o del entorno en el que vive, los factores condicionantes. Estos van a influir, por una parte, en la naturaleza y cantidad de acciones de autocuidado que necesita llevar a cabo la persona para mantenerse en condiciones de salud satisfactorias (ver cuadro 1) ¹⁷

TEORÍA DEL AUTOCUIDADO



Cuadro No. 1. Elaboró: L.E.O. Diana Rut Cruz Gómez. Fuente: Benavent Garcés María Amparo, *et al.* "Aplicación del modelo de Dorothea E. Orem" en Benavent Garcés María Amparo, *et al.* *Fundamentos de Enfermería*. Madrid: Difusión Avances de Enfermería. 2003.

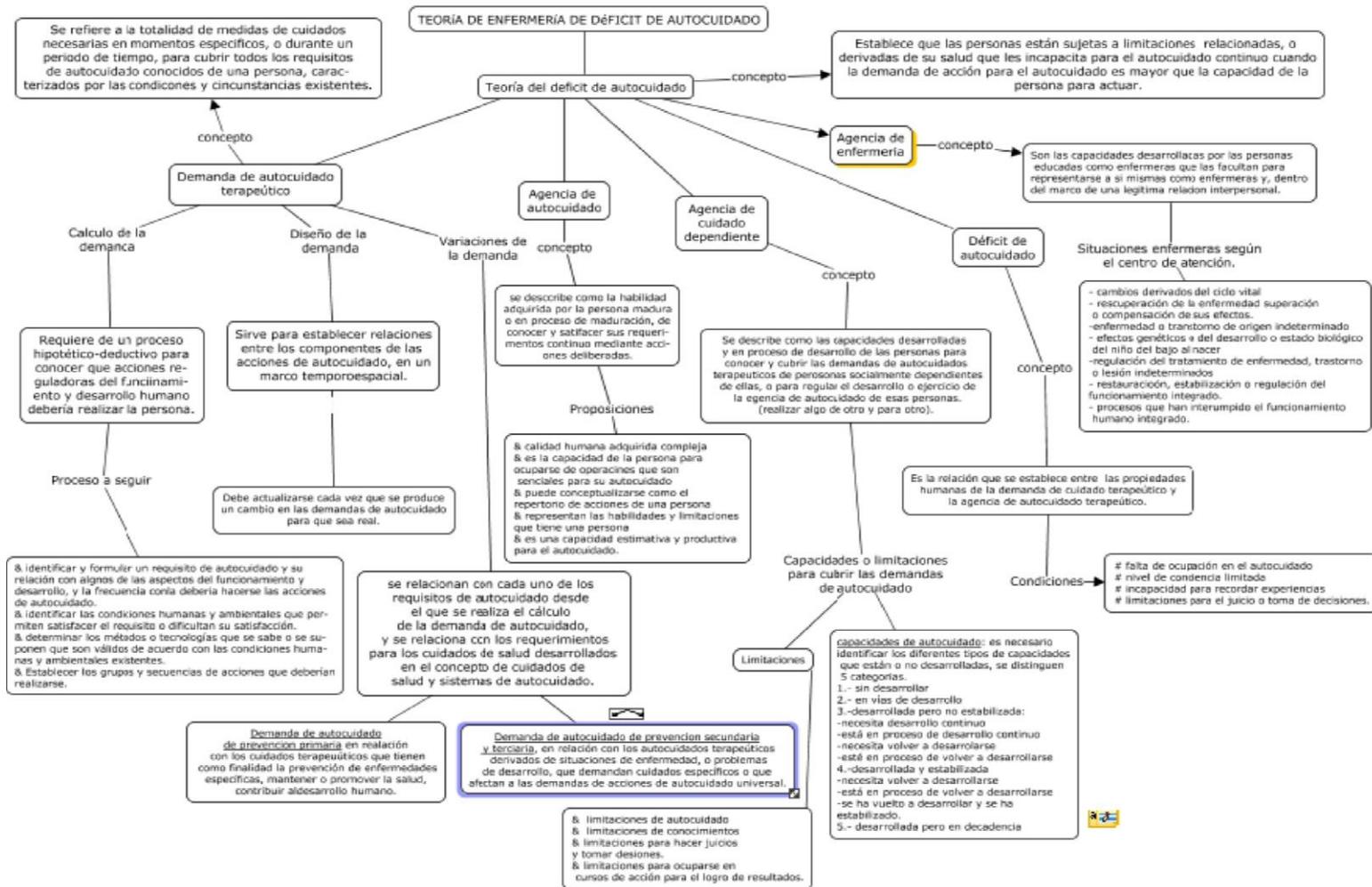
Teoría del deficit de Autocuidado

Establece que las personas están sujetas a limitaciones relacionadas o derivadas de su salud, es decir, cuando la persona no tiene los conocimientos, capacidad o no desea emprender las acciones requeridas para cubrir las demandas de autocuidado, por lo tanto, esto determina cuando es necesaria la enfermera. Aquí, la enfermera es necesaria cuando las capacidades de autocuidado dependiente son menores que la demanda de autocuidado.

Capacidades de autocuidado: son las habilidades desarrolladas por la agencia de autocuidado de las personas para realizar de manera efectiva, dentro del marco temporal adecuado, la investigación, juicio y toma de decisiones, así como las operaciones reguladoras o de tratamiento necesarios para mantener su propio mantenimiento y desarrollo dentro de las normas compatibles con la vida, la salud y el bienestar.

Limitaciones de autocuidado: conjunto de influencias humanas y ambientales restrictivas, dentro de los marcos temporales, para el desempeño personal de la investigación, juicio, toma de decisiones y producción de operaciones de autocuidado. (ver cuadro No. 2)¹⁷

TEORÍA DEL DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO



Cuadro No. 2. Elaboró: L.E.O. Diana Rut Cruz Gómez. Fuente: Benavent Garcés María Amparo, et al. "Aplicación del modelo de Dorothea E. Orem" en Benavent Garcés María Amparo, et al. *Fundamentos de Enfermería*. Madrid: Difusión Avances de Enfermería. 2003.

Teoría del sistema de cuidados enfermero

La necesidad de cuidados enfermero surge ante la presencia del déficit de autocuidado. Las personas con limitaciones o incapacidades para cubrir sus requisitos de autocuidado son pacientes legítimos de enfermería ya que necesitan ayuda para cubrir las demandas de autocuidado.

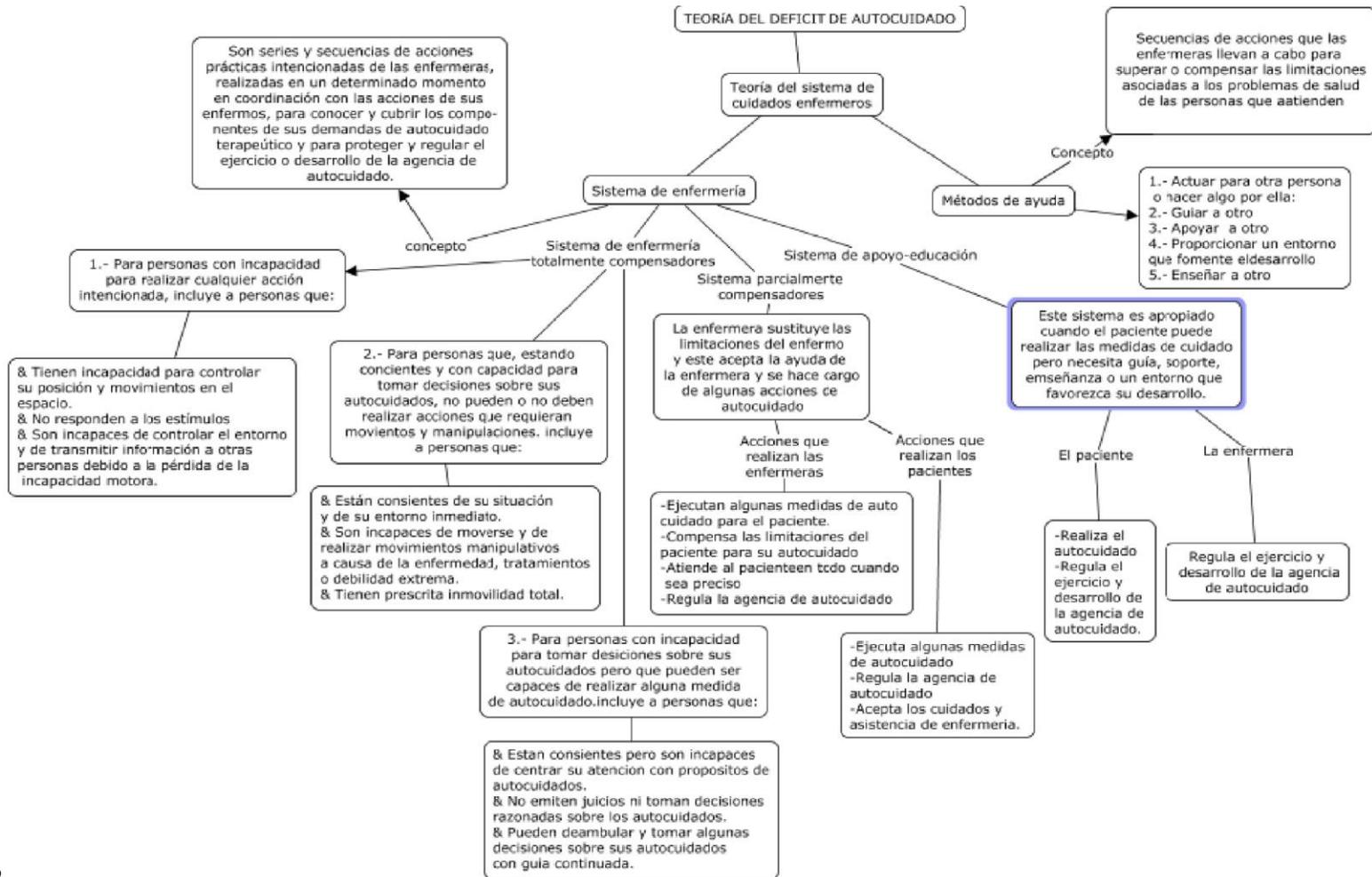
Sistema de enfermería:

Es un sistema de ayuda que se constituye con el conjunto de acciones de la enfermería y el paciente, este puede ser formulado para una persona con requerimiento de autocuidado terapéutico o para un grupo de personas con demandas de autocuidado o con limitaciones semejantes, esto se aplica tanto para la agencia de autocuidado como para la de cuidado dependiente.

Métodos de ayuda:

Orem los describe como métodos comunes en todas las situaciones de ayuda. Enfermería usa estos métodos seleccionando y combinando según las demandas de autocuidado con la capacidad de la agencia de autocuidado o agencia de cuidado dependiente. Se convierten en agentes de cuidados actuando en lugar de la persona, guiando a la persona en el autocuidado, apoyando física y/o psicológicamente, promoviendo un entorno favorecedor del desarrollo personal, de igual modo, se enseña al paciente sobre la necesidad de los cuidados, de tal manera que llegue el sujeto a ser capaz de satisfacer sus demandas de autocuidados actuales y futuras (ver cuadro No. 3)¹⁷

TEORÍA DEL SISTEMA DE CUIDADOS ENFERMEROS



2

Cuadro No. 3 Elaboró: L.E.O. Diana Rut Cruz Gómez. Fuente: Benavent Garcés María Amparo, *et al.* "Aplicación del modelo de Dorothea E. Orem" en Benavent Garcés María Amparo, *et al.* *Fundamentos de Enfermería*. Madrid: Difusión Avances de Enfermería. 2003.

Proceso de Atención de Enfermería y su relación con el modelo teórico de Dorothea E. Orem.

El modelo de Orem contiene conceptualizaciones que están presentes en todo el proceso de cuidados, como los conceptos nucleares: cuidados, personas, entorno y salud, a su vez la relación de ayuda que distingue el que hacer enfermero basado en este modelo. A continuación se mencionan cada una de las etapas según Orem.

Operaciones de diagnósticos:

La primera parte de las operaciones de diagnósticos corresponde a la etapa de valoración y diagnóstico. Esto tiene por finalidad establecer la naturaleza y causas de las demandas de autocuidado terapéutico y el estado de desarrollo, operatividad y adecuación de la agencia de autocuidado de la persona.

Operaciones de prescripción

Corresponde a la etapa de planificación. En esta etapa se consideran los medios a usar en cada acción, las medidas de autocuidado a realizar y los roles a realizar tanto de la enfermera como de la agencia de autocuidado o agencia de cuidado dependiente.

Diseño para las operaciones de regulación:

Forma parte de la etapa de planificación. En esta etapa se establecen específicamente la frecuencia, la cantidad de contacto entre la enfermera y la persona atendida así como las acciones que cada uno de los implicados tendrá para satisfacer las demandas de autocuidado terapéutico.

Planificación para las operaciones reguladoras:

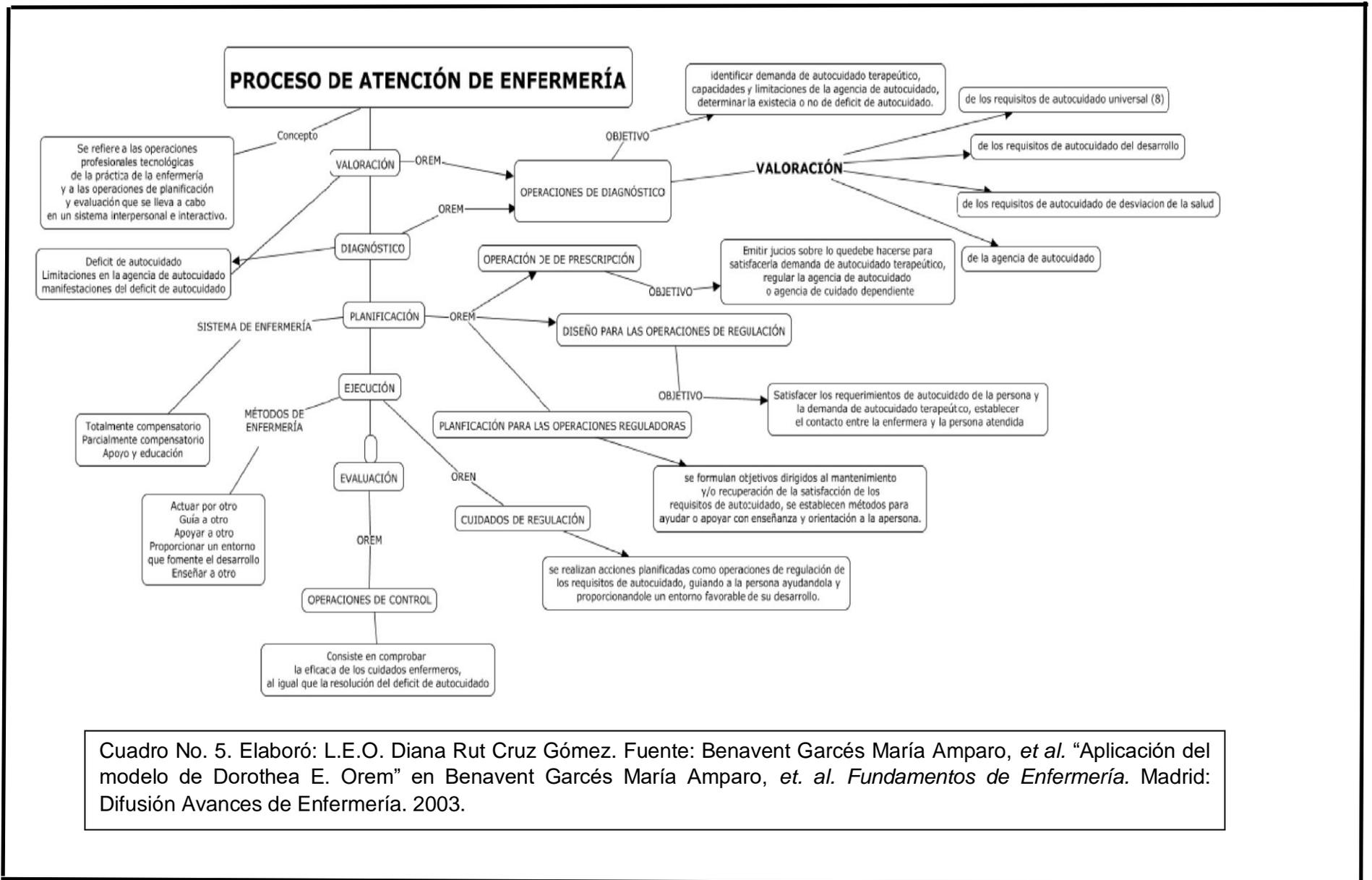
Forma parte de la etapa de planificación. Se enfoca en la descripción de las acciones a realizar; horario y responsabilidades de los agentes implicados para lograr los objetivos, se establecen métodos para suplir a la persona, ayudar o a apoyar en la enseñanza y orientación.

Cuidados de regulación:

Corresponde a la etapa de ejecución. En esta fase es necesario comprobar que se realizan adecuadamente las acciones de los cuidados, por otro lado, realizar juicios sobre la eficacia de estas acciones como de las modificaciones que sean necesarias.

Operaciones de control:

Corresponde a la etapa de evaluación. Aquí se verifica si las acciones realizadas se han llevado a cabo de acuerdo al sistema planificado, cuando no se ha regulado la agencia de autocuidado es necesario iniciar nuevamente con las operaciones de diagnósticos. (ver cuadro 4) ¹⁷



Cuadro No. 5. Elaboró: L.E.O. Diana Rut Cruz Gómez. Fuente: Benavent Garcés María Amparo, *et al.* "Aplicación del modelo de Dorothea E. Orem" en Benavent Garcés María Amparo, *et. al. Fundamentos de Enfermería*. Madrid: Difusión Avances de Enfermería. 2003.

Daños a la salud

Acretismo placentario

“Las anomalías en la inserción placentaria son un conjunto de alteraciones ocasionadas por una inadecuada adhesión placentaria que se asocia a un incremento notable en la mortalidad y morbilidad para la madre y el feto.

La placenta acreta se define como aquella placenta que se adhiere al miometrio de forma anormal. El acretismo placentario es un término general y de acuerdo al grado de invasión puede clasificarse.

La placenta acreta puede llevar a un alto riesgo de hemorragia obstétrica masiva, así como alteraciones de la coagulación por hemorragia y coagulación por consumo, se estima una perdida sanguínea entre 3 a 5 litros”.¹³

El riesgo de mortalidad y morbilidad materna disminuye con un adecuado diagnóstico prenatal y la planificación de la interrupción del embarazo con un equipo multidisciplinario en una institución que disponga de banco de sangre.

Una vez hecho el diagnostico de placenta acreta se debe establecer un plan integral de tratamiento, este deberá incluir un equipo de trabajo, mismo que debe ser localizable y disponible en el momento del nacimiento.

El enfoque terapéutico principal (histerectomía o tratamiento conservador), y el uso de tratamientos complementarios, tienen la finalidad de disminuir los ingresos a cuidados intensivos, reducir la estancia hospitalaria y facilitar la reintegración de la paciente a las actividades cotidianas mediante un periodo de recuperación corto.

Clasificación ^{2,13}

“Se clasifica en función del grado de invasión de la misma sobre el miometrio:

- Acreta: las vellosidades coriales se insertan directamente sobre el miometrio (80%)
- Increta: las vellosidades coriales invaden el miometrio (15%)

- Percreta: las vellosidades invaden miometrio y serosa o incluso órganos adyacentes como la vejiga (5%).

Por su extensión se reconocen tres tipos de inserción anómala de la placenta:

- Focal: sólo involucra pequeñas áreas de la placenta
- Parcial: uno o más cotiledones se involucran en el proceso de implantación anormal
- Total: la superficie completa de la placenta esta anormalmente adherida.

Epidemiología

“El acretismo placentario es la segunda causa de hemorragia obstétrica en el mundo que regularmente requiere histerectomía obstétrica de urgencia, lo que incrementa la morbilidad y mortalidad materna. El riesgo de desarrollar placenta acreta aumenta con el número de partos por cesárea previas.¹³

En México la incidencia actual es de 3/1000 embarazos, se tiene evidencia de aumento en la presentación de anomalías en la inserción placentaria, esto en gran parte debido al aumento del número de cesáreas innecesarias.”¹³

“La mayor prevalencia se da en mujeres asiáticas en las cuales la prevalencia es de 12.2 por cada 1 000 nacimientos.”¹⁸

Factores de riesgo

“El principal factor de riesgo es la presencia de una placenta previa, ya que el segmento inferior es un área de pobre decidualización (el 88% de placentas acretas se asocian a una placenta prevea). Otros factores de riesgo identificados para acretismo placentario son:^{13,19}

- La edad (mayores de 35 años)
- Período intergenésico corto
- Múltiples gestas (multíparas de 2 a 3)
- Placenta prevea con antecedentes de cesáreas (35%)

- Placenta prevea con antecedentes de 3 o más cesáreas (67%)
- Historia de legrado uterino (18 a 60%)
- Antecedentes de extracción manual placentaria
- Historia de retención placentaria
- Antecedentes de infección intraamniótica”

Fisiopatología

Guzmán Corona nos explica de la siguiente manera la fisiopatología del acretismo placentario:

“La implantación de la placenta es fundamental para el éxito del embarazo, este proceso está regulado de manera compleja por la participación de un gran número de citoquinas, hormonas, esteroides, factores inmunológicos, prostaglandinas y otros mediadores fundamentales para la placentación exitosa. La invasión del trofoblasto es determinada por la tensión de oxígeno en etapas tempranas del embarazo, el trofoblasto requiere un ambiente hipóxico, por lo que tiene predilección por cicatrices o lesiones en la decidua uterina que tienden a ser acelulares y avasculares, esto favorecerá una inserción anómala de la placenta con ausencia total o parcial de la decidua basal y anomalía de la membrana de Nitaboch, así como la invasión de las vellosidades coriales al miometrio.

Normalmente en el embarazo, la placenta y específicamente las células del trofoblasto conectan el lumen de los vasos deciduales, lo que contribuye a la hipoxia fisiológica, además, la lámina basal de citotrofblastos prolifera y es más gruesa en el embarazo temprano, lo que retrasa la difusión de oxígeno al embrión.

Entre las 10 y 12 semanas de embarazo inicia el flujo de sangre en el espacio intervelloso. Esta hipoxia fisiológica estimula a las células de citotrofblasto a someterse a la mitosis, que es diferente a la mayoría de otros tipos celulares. En estas condiciones, el citotrofblasto invade el endometrio llegando a las arterias espirales y se diferencia de un fenotipo vascular. En trabajo *in vitro* demuestran que la tensión de oxígeno determina si las células del citotrofblasto proliferan, invaden o regulan el crecimiento de la placenta y su

arquitectura. Esta tendencia podría explicar el mayor riesgo de placenta prevea y acreta en mujeres con un mayor número de cesáreas.”¹³

Diagnostico:

El diagnóstico de acretismo placentario se basa en la clínica con apoyo de estudios de imagen como ultrasonido, ultrasonido doppler, resonancia magnética y cistoscopia, no obstante, el diagnóstico definitivo es histopatológico.

Los hallazgos ecográficos descritos asociados al acretismo van a depender del trimestre en el cual se realiza el estudio.

“En el primer trimestre tenemos:²⁰

1. Implantación baja del saco gestacional.
2. Áreas anecoicas placentarias.
3. Interface miometrio-placentaria anormal.

En el segundo trimestre los hallazgos son:

1. Adelgazamiento (<1mm) de la zona miometrial hipoeoica normal en el segmento inferior anterior.
2. Presencia de espacios vasculares lacunares dentro del parénquima placentario (imagen en queso suizo)
3. Adelgazamiento, irregularidad o disrupción de la interfase hiperecoica entre las paredes uterinas y la vesical
4. Extensión del tejido placentario más allá de la serosa uterina.”

Con el ultrasonido Doppler el color agrega nuevos hallazgos, aunque no mejora la capacidad diagnostica, entre estos hallazgos tenemos:²⁰

- “1. Flujo lacunar intraparenquimal difuso o local
2. Lagos vasculares con flujo turbulento
3. Hipervascularidad de la interfase serosa - vejiga
4. Complejo venoso subplacentario prominente.

Los hallazgos descritos por ecografía 3D comprenden:

1. Vascularización intraplacentaria irregular con vasos confluentes tortuosos que atraviesan la placenta
2. Hipervascularidad de la interfase serosa uterina-pared vesical.”

La ecografía representa la técnica de elección para el diagnóstico primario en segundo y tercer trimestre.

El ultrasonido tiene una sensibilidad del 95% y una especificidad del 76% para el diagnóstico de placenta adherida. El Doppler provee sensibilidad y especificidad del 100 y 85%.

En el *Doppler* color, la presencia de lagunas placentarias múltiples e irregulares representa un signo que de forma aislada aporta una sensibilidad más elevada (93%).¹³

La resonancia magnética se utiliza para la localización de la placenta posterior y la determinación de la extensión de la invasión placentaria dentro del tejido circundante, tales como el parámetro y la vejiga. Las características que sugieren placenta de inserción anómala son las siguientes:

- Efecto de masa de la placenta en la vejiga
- La heterogeneidad placentaria El estándar de oro para el diagnóstico es el examen anatomopatológico del útero y la placenta.

Tratamiento

Una vez que se hace el diagnóstico de placenta acreta se establece un plan integral de tratamiento que incluye un equipo multidisciplinario que debe ser localizable y disponible en el momento del parto, el enfoque principal quirúrgico (histerectomía o tratamiento conservador), y el uso de tratamientos complementarios.

El tratamiento universalmente aceptado es la histerectomía obstétrica, sin embargo, ha surgido una corriente conservadora que consiste en dejar placenta *in*

situ y en algunas ocasiones emplear medicamentos para su expulsión o reabsorción.^{13,21}

En pacientes con sospecha de placenta prevea y acreta requieren una terminación programada del embarazo, esto se asocia a menor mortalidad por hemorragias. Para llevar a cabo el plan del manejo es importante tomar en cuenta los siguientes puntos:²²

- “Programar el nacimiento entre la semana 34 a 36 de gestación en pacientes con diagnóstico de placenta previa o inserción baja de placenta y antecedente de haber presentado uno o más episodios de sangrado transvaginal, o presencia de factores de riesgo para nacimiento pretérmino.
- Realizar histerectomía obstétrica si no se logra controlar la hemorragia con las técnicas del manejo conservador.
- Considerar el nacimiento por vía vaginal en pacientes con diagnóstico de inserción baja de placenta, sin sangrado transvaginal activo y que cuente con condiciones obstétricas favorables.
- En caso de hemorragia Obstétrica a pesar del uso de uterotónicos, se recomienda programar el uso de balones intrauterinos o técnicas quirúrgicas conservadoras para el control de la hemorragia, como ligadura de arterias uterinas, ligaduras de arterias hipogástricas o suturas compresivas.
- Pacientes con diagnóstico de placenta acreta, increta o percreta, se recomienda programar el nacimiento entre la semana 36 a 37 de gestación. Se deberá anticipar el nacimiento en casos de sangrado transvaginal persistente, preeclampsia, trabajo de parto, ruptura de membranas, compromiso del bienestar fetal o desarrollo de comorbilidades materna.
- En pacientes con acretismo placentario se recomienda realizar cesárea histerectomía, dejar la placenta *in situ* y evitar intentar separar la placenta de las paredes uterinas.

- No se recomienda el uso de metotrexato como terapia adyuvante del manejo conservador del acretismo placentario.”

El tratamiento conservador se recomienda para alcanzar la madurez fetal en aquellas gestantes en las que no exista compromiso hemodinámico materno ni compromiso fetal en las siguientes condiciones:³

- Hemorragia leve.
- Gestante con estabilidad hemodinámica, no en fase activa de parto.
- Edad gestacional menor a 36-37 semanas
- Feto vivo, sin compromiso del bienestar fetal.

El tratamiento conservador para manejo de las gestantes incluirá:

- Estabilización hemodinámica
- Maduración pulmonar
- Tocólisis en caso de ser necesario
- Valoración del bienestar fetal

Previo al parto, la gestante y sus familiares deberán ser informados sobre los riesgos y complicaciones que pueden darse durante el parto vaginal y de igual manera en el caso de un parto por cesárea, al ser una patología con un alto riesgo de hemorragia, se debe informar la posibilidad de realizar una histerectomía, esto deberá estar claramente llenado en el formulario del consentimiento informado.

EL tratamiento conservador puede realizarse de dos formas: ²³

La primera opción es reseca la porción de la pared uterina anterior que incluye la placenta con adherencia mórbida seguida de una reconstrucción uterina. Y la segunda es practicar una cesárea sin remover la placenta, realizar la histerorrafia y mantener un manejo expectante con la placenta in situ aunado a la aplicación de metotrexato intravascular a través de un catéter femoral que

transcurre por los vasos uterinos para que el fármaco llegue directamente a la placenta.

Se inicia un procedimiento de radiología-intervencionista en el que debe llevarse una planeación para conocer la localización de la placenta, así como la magnitud de la invasión de la misma, por medio de una resonancia magnética para llevar a cabo el procedimiento de embolización de arterias uterinas se seleccionan los vasos nutricios de la placenta apoyados por medio de fluoroscopia, todo esto en conjunto servirá para provocar la reducción y/o expulsión posterior de la placenta.

El tratamiento conservador puede complementarse con:²⁴

- Tratamiento farmacológico: oxitocina, prostaglandinas o ergóticos para control de la hemorragia y favorecer la contracción uterina
- Tratamiento mecánico: balón de Bakri u otros taponamientos
- Suturas compresivas del útero, como la técnica de B-Lynch

Otras técnicas conservadoras son:

Embolización de arterias uterinas como técnica adyuvante al quirúrgico tras retirada de placenta o previo a la histerectomía para evitar una pérdida de sangre masiva, tiene riesgo de necrosis uterina, infección o amenorrea por fallo ovárico.

Abordaje quirúrgico:²⁵

1. Histerectomía Radical Retrógrada (HRR): este tipo de abordaje que va desde lo posterior hacia el anterior nos permite identificar la vagina, completar la desvascularización uterina y además una adecuada visualización de la vejiga y de ambos uréteres, se protege el trígono vesical y eventualmente se reseca la zona vesical comprometida por la invasión placentaria anómala.
2. Uso de dispositivo de engrapadora para histerectomía: proponen realizar una incisión abdominal medial para luego exteriorizar el útero e identificar el segmento anterior de este. El objetivo del dispositivo

es guiarse con el dedo y engrapar el útero la cantidad de veces necesaria para desarrollar histerectomía avascular, evitar el sangrado y finalmente realizar el parto de una manera más fluida.

3. Uso de dispositivos para sellar vasos sanguíneos en histerectomía peri-parto: es un dispositivo de sellado fácil en la histerectomía, ha reportado menor pérdida hemorrágica y menor tiempo operatorio.

Complicaciones:¹³

Con el tratamiento conservador se han descrito tasas de éxito de un 78% con un 6% de mortalidad materna severa. Encontrando las siguientes complicaciones asociadas al tratamiento conservador:

- Sangrado transvaginal que termine con histerectomía, descrito hasta los 3 meses posparto.
- Endometritis.
- Sepsis.
- Retención de placenta con formación de pólipos placentarios.
- Formación de fístulas vesíco-uterinas.
- Fracaso del tratamiento conservador.

Se debe realizar un control posterior a la resolución del embarazo durante 6 meses con ecografía y monitorización de la B-Hcg, Si en un plazo de 2-4 semanas tras el parto no disminuye el volumen placentario, habría que considerar realizar una histerectomía por riesgo de coagulopatía.²³

Capítulo III. Metodología

3.1 Estrategia de investigación: Estudio de caso.

Para la presente investigación desarrollé el método de estudio de caso para poder entablar un mejor acompañamiento con la paciente, del mismo modo dicha metodología permite conocer de primera mano diversos factores, como el sociocultural, económico, psicológico, entre otros.

“El Estudio de caso consiste básicamente en referir una situación real tomada en su contexto y en analizarla para ver cómo se manifiestan y evolucionan los fenómenos por los que está interesado el investigador”.²⁶

La metodología presente es relevante por su potencial para explicar un fenómeno más general, donde el peso del contexto es determinante. El estudio de caso necesita de diversos componentes para poder llevarse a cabo, mismos que deben integrarlos cuando surge el potencial explicativo del estudio. Se sitúa en escenarios donde se da intensamente la Relación de Cuidado, de manera que la enfermera o el estudiante de Enfermería puedan reflexionar sobre su práctica e identificar si sus acciones favorecen el bienestar de la persona, además de tomar conciencia sobre la gestión de esos cuidados.

El método de caso, en su contexto. Se trata de la unidad de análisis, que puede ser una persona, una familia, una asociación de pacientes, una unidad clínica, una comunidad, etc. Cuando se refiere a grupos sociales, estos han de tener una identidad de carácter antropológica, en el sentido que no pueden ser la suma de individualidades, como ocurre en los estudios convencionales, sino que han de compartir un espacio, una historia interrelacionada y significativa.

Como propuesta, está orientada particularmente al escenario clínico-asistencial, es importante considerar la valoración de las necesidades humanas, la planeación de cuidados desde una perspectiva holística, considerando las necesidades psicológicas, emocionales, espirituales y sociales; el establecimiento de objetivos (gestión de emociones, fomento del autocuidado, educativos) considerando las creencias de la persona.”²⁶

3.2. Selección del caso y fuentes de información

El estudio de caso fue realizado a una persona embarazada en el servicio de hospitalización del segundo piso dentro de las instalaciones del Instituto Nacional de Perinatología. La paciente en su 4º día hospitalario fue ingresada para interrupción del embarazo por presentar acretismo placentario y placenta prevea e indicada para el procedimiento de la placenta *in situ* (manejo conservador) con la técnica del Dr. Rodríguez Bosh.

Con previa aceptación y autorización del consentimiento informado se le realiza la aplicación del instrumento de valoración y la exploración física de manera directa por medio de la entrevista, con esta técnica se obtienen datos importantes como: los factores básico condicionantes descriptivos, los requisitos de autocuidado según la etapa de desarrollo, requisitos de desarrollo ante la desviación de la salud y requisitos universales de autocuidado, de forma indirecta por el expediente clínico electrónico. De acuerdo a los resultados de la jerarquización de los requisitos universales, se realiza una búsqueda de intervenciones fundamentadas en evidencia científica con el propósito de brindar cuidados especializados.

3.3. Material y procedimiento para la elaboración del estudio de caso

ACTIVIDAD	8 y 9 de Abril	10 - 18 de Abril	19 - 26 de Abril	27 - 30 de Abril	1 - 7 de Mayo	8 - 13 de Mayo
Selección del paciente Consentimiento informado Aplicación del instrumento de valoración.						
Elaboración de portada, reconocimientos e índice. Introducción, objetivo general, objetivo específico y fundamentación.						
Marco conceptual: <ul style="list-style-type: none"> • Conceptualización de enfermería • Paradigma • Teoría de enfermería de Orem. • Proceso de enfermería • Riesgo y daño a la salud • Consideraciones éticas 						

Metodología: <ul style="list-style-type: none"> • Estrategia de investigación • Selección del caso y fuentes de información • Descripción del caso 						
Aplicación del proceso de atención de enfermería: <ul style="list-style-type: none"> • Análisis del instrumento de valoración • Jerarquización de problemas • Esquema metodológico • Cuadros de diagnósticos • Valoraciones focalizadas 						
Plan de alta: <ul style="list-style-type: none"> • Conclusiones • Sugerencias • Bibliografía • Anexos 						

Etapa de desarrollo:
Edad adulta/Embarazo



- Requisitos de Autocuidado Universales.
1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
 2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
 3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
 4. Provisión de cuidados asociados de eliminación y excrementos.
 5. Mantenimiento de equilibrio entre la actividad y reposo.
 6. Mantenimiento de equilibrio entre la soledad y la interacción humana.
 7. Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano.
 8. Promoción a la normalidad del funcionamiento y desarrollo humano.



Agencia de autocuidado
Desarrollada pero no
estabilizada [Está en
proceso de volver a
desarrollarse]



Unidad de Observación
O.R.Y.A/G7, P1, C2,A3/Embarazo 35.4 SDGxFUM/Acretismo placentario/Placenta previa
marginal/Intolerancia a los carbohidratos/Edad materna de riesgo

- Requisitos de autocuidado ante una desviación de salud.
1. Busca y asegura la ayuda médica adecuada: Acude al INPER al enterarse de su embarazo actual para brindarle un pronóstico a su bebé debido a los 3 abortos anteriores.
 2. Tiene conciencia y presta atención a los efectos y resultados de los procesos patológicos, incluyendo los efectos sobre el desarrollo: Una vez conociendo su diagnóstico médico, expone dudas y conoce los riesgos que implica la inserción anómala de su placenta, conoce el procedimiento de embolización de arterias uterinas tras el nacimiento de su bebé.
 3. Tiene conciencia y presta atención o regula los efectos de las medidas de cuidados prescritos por el médico: Comprende la necesidad de su hospitalización hasta el nacimiento de su bebé y el realizar cambios en su rol y desempeño familiar.

Factores Básicos Condicionantes			
Descriptivos de la persona	Patrón de vida	Estado y sistema de salud	Estado de desarrollo
Edad: 39 años	Ocupación: Actividades domésticas no remuneradas	Estado de salud: Sana con inserción anómala de la placenta	Capacidad de autogobierno: Con limitaciones de interferencia ante situaciones de crisis [Quiere regresar a casa para estar al cuidado de sus hijos] pero con motivación para orientar el autocuidado hacia objetivos para el mantenimiento de la salud y bienestar [Recuerda la importancia de estar hospitalizada].
Residencia: Estado de México			
Sistema familiar: Amalgamada Funcional	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce los riesgos de su patología. • Cuenta con red de apoyo sólida. • Mantiene el apego a su dieta al ingerirla en tiempo y forma [1900 kcal]. • Conoce la técnica para medición de glicemia capilar 	Características del sistema de salud: Tercer nivel	Potencial de desarrollo: Cuenta con apoyo familiar sólido que la apoya en el cuidado de sus hijos, realiza medidas de higiene personal por sí sola, mantiene la ingesta de alimentos a pesar de no tener apetito tras episodios de ansiedad, pregunta todo el tiempo acerca del procedimiento de embolización de arterias para no olvidar nada en su cuidado.
Sociocultural: Escolaridad: Preparatoria trunca. Religión: Católica. Embarazo no planeado pero deseado			
Socioeconómico : suficiente			



- Exposición a Riesgos Maternos:
- Hemorragia materna
 - Septicemia
 - Tromboflebitis
 - Muerte materna
- Fetales:
- Hemorragia
 - Restricción de Crecimiento Intrauterino
 - Muerte fetal
- Neonatales:
- Anemia crónica
 - Desarrollo neurológico sub óptimo

Esquema metodológico. Subdirección de enfermería. Instituto Nacional de Perinatología, 1998. Adaptado por coordinadoras de especialidades, agosto 2018.

Análisis de la Valoración

Fecha: 09-04-2019 Hora: 10:00 am Servicio: 2º piso Elaboró: L.E.O. Diana Rut Cruz Gómez.

1.- Factores básicos condicionantes descriptivos

O.R.Y.A edad 39 años, estado civil casada, grupo O +, peso inicial del embarazo 75 Kg, talla 1.64. La etapa de desarrollo en la que se encuentra es edad adulta con embarazo de 35.4 semanas de gestación, acretismo placentario, placenta previa marginal, intolerancia a los carbohidratos, feto grande para la edad gestacional (P99).

1.1.- Factores ambientales

Vive en una zona urbana. El área de la vivienda es relativamente grande, habita en una casa prestada, la propietaria del inmueble es la abuela. En dicho espacio donde se encuentra el inmueble de existen diversos departamentos. Su vivienda está compuesta por 2 recamaras, una cocina, un baño. La casa está construida de concreto, el piso tiene losetas, cuenta una ventana grande en la recamara y una pequeña en el baño.

Durante la entrevista comentó que la vivienda carece de suficiente ventilación, sin embargo, cuenta con los servicios básicos, como: agua potable, luz, drenaje, línea telefónica, internet. Niega zoonosis y flora.

La calle donde se encuentra la vivienda cuenta con alumbrado público y calle pavimentada. Comentó que actualmente la zona se ha vuelto insegura, debido a que desde hace 5 años varios comerciantes invadieron la calle. Lo que ha causado basura, ensuciando la calle, por esta mucha gente transita, sin embargo debido a lo indicado el paso y la vida es muy incómoda.

1.2.- Factores del sistema familiar

El tipo de familia con la que vive es extensa, esto significa que comparten el mismo espacio territorial, aunque cada familia cuente con casa propia. Su familia nuclear está conformada por 5 integrantes. Ella ejerce el rol de ama de casa. El esposo se encarga del sustento familiar puesto que es quién percibe un

salario. En esta familia la pareja (padre y madre) son las únicas responsables del cuidado y educación de sus hijos.

1.3.- Factores socioculturales y socioeconómicos

La paciente nació y reside en el Estado de México. Su escolaridad alcanzó el nivel el medio superior, mismo que no concluyó. Se dedica al hogar. La religión que profesa es la católica. Se puede considerar una persona económicamente estable, puesto que, la familia cuenta con un ingreso económico suficiente. La única lengua que habla es el español.

1.4.- Factores del patrón de vida

Acepta que presenta cierta obsesión ante la limpieza de la casa, acude a zumba en algunas ocasiones, está dispuesta a estudiar y a aprender inglés. Le gustaban los perros, sin embargo, después de su primer hijo en una ocasión sufrió un accidente con la mascota, desde entonces ya no soporta la convivencia con estos animales. Tras el diagnóstico actual modificó algunas actividades, como dejar de cocinar, realizar compras en el supermercado. No dejó de realizar la limpieza del hogar, pero dejó de levantar objetos pesados. Le desagrada lavar las verduras, por lo mismo de la suciedad, de igual modo le causa conflicto ver a sus hijos sucios después de haber jugado fútbol, ante esto, buscó ayuda por la compulsividad que sufrió ante el lavado excesivo de manos, ha intentado buscar apoyo psicológico. Su embarazo no fue planeado, pero, es deseado.

1.5.- Factores del estado de salud y del sistema de salud

La interacción con el equipo multidisciplinario es buena ya que la paciente se observa muy interesada en los procedimientos a realizarle. Acudió a estomatología, nutrición, medicina materno - fetal y gineco obstetricia. La condición de salud actual refiere a una enferma aguda por presentar intolerancia a los carbohidratos (en sus embarazos previos no le realizaron la prueba de la intolerancia a la glucosa).

El primer contacto que tuvo en el Instituto Nacional de Perinatología fue en Diciembre (año), posteriormente en enero inicia el control prenatal con 17

semanas de gestación. Ingresa con un diagnóstico de edad materna avanzada + cesáreas previas. El tratamiento médico actual es por presentar acretismo placentario / placenta previa marginal / intolerancia a los carbohidratos / feto grande para la edad gestacional (P99). La característica del estado de salud actual es buena, percibe que el Instituto Nacional de Perinatología es un excelente hospital, le agrada la atención del personal multidisciplinario, así como los protocolos que maneja este.

1.6.- Factores básicos condicionantes del estado de desarrollo

Capacidad de autogobierno	Factores negativos	Potencial de desarrollo
Con limitaciones de interferencia ante situaciones de crisis (quiere regresar a casa para estar al cuidado de sus hijos) pero con motivación para orientar el autocuidado hacia objetivos para el mantenimiento de la salud y bienestar (recuerda la importancia de estar hospitalizada).	Escolaridad Aprensiva Intranquilidad	Cuenta con apoyo familiar sólido que la apoya en el cuidado de sus hijos, realiza medidas de higiene personal por sí sola, mantiene la ingesta de alimentos a pesar de no tener apetito tras episodios de inquietud, pregunta todo el tiempo acerca del procedimiento de embolización de arterias para no olvidar nada en su cuidado.

2.- Requisitos de autocuidado según la etapa de desarrollo

El estado de desarrollo en la que se encuentra es: Desarrollada pero no estabilizada (está en proceso de volver a desarrollarse).

Antecedentes obstétricos	Gineco- Antecedentes patológicos y no patológicos	Embarazo actual
<p>Menarca: 12 años. Telarca: 11 años. Púbarca: 11 años. Ciclo y ritmo: 28 x 7. IVSA: 17 años. Parejas sexuales: 1. Niega infección por transmisión sexual. Papanicolaou: Si. Fecha: septiembre 2017 (-). Exploración mamaria: No. FUM: 03-08-2018. MPF: DIU de plata por 1 mes. G7, P1, C2, A3, FIG 9 años. 3 hijos vivos</p>	<p>Niega alergias. Transfusión en el parto. Plastia anal (2000). Ectropión (hace 13 años). Rinitis.</p>	<p>Embarazo de 35.4 semanas de gestación, acretismo placentario, placenta prevea marginal, intolerancia a los carbohidratos, feto grande para la edad gestacional (P99).</p>

Fecha	SDG	Peso	Talla	Apgar	Tipo de parto	Complicaciones	Sexo	Tiempo de lactancia
09-01-1998	39	3,975	54	8/9	Eutócico	Dificultad respiratoria, casco con O ² por 24 hrs.	MASC.	7 meses
22-02-2002	38	3,400	52	8/9	Cesárea	Amenaza de aborto 12 SDG	MASC.	7 meses
15-07-2009	37	3,100	51	7/9	Cesárea	Sufrimiento fetal, sibilancias, madurador pulmonar, incubadora 2 días.	MASC.	7 meses
2011	6				legrado		INDEFINIDO	
2013	6				legrado		INDEFINIDO	
2018	6				legrado		INDEFINIDO	

3.- Requisitos de Autocuidado ante una desviación a la salud

3.1- Desviación actual, percepción de la desviación

El primer contacto fue por el servicio de urgencias, le realizan un ultrasonido y no se observa adecuadamente el acretismo placentario. Solicita cita por internet, acude a la cita médica con el Gineco-obstetra quien decide ingresarla al Instituto. El 15 de diciembre recibe la primera consulta del control prenatal; solicitan laboratorios y USG.

Yolanda llevó adecuadamente el control prenatal, hoy se encuentra en el servicio de hospitalización en el 2do. Piso, para interrupción del embarazo e iniciar el manejo conservador de acretismo placentario (Rodríguez - Bosh).

3.2.- Mecanismos de adaptación

Uso previo de mecanismos de adaptación	Repertorio actual de mecanismos de adaptación	Factores concomitantes de estrés, fisiológico, psicológicos o económicos
<p>Identifica y conoce los datos de alarma durante el embarazo.</p> <p>Tiene conocimiento de la patología que está cursando y del procedimiento que se le realizará.</p>	<p>Cuando presenta algún dato de alarma acude al servicio de urgencias o al hospital más cercano.</p> <p>Espera y está consiente de la cesárea que le realizarán.</p> <p>Firma consentimiento informado.</p>	<p>Cuando se siente triste se pone a hacer limpieza exhaustiva en casa para ocuparse y dejar su melancolía</p> <p>No acostumbra platicar con su familia sobre las cosas que le preocupan.</p> <p>Por el momento no ha sufrido por ingresos económicos.</p>

3.3.- Cumplimiento de los requisitos de autocuidado ante la desviación de la salud.

3.3.1.- Busca y asegura la ayuda médica adecuada: Acude al INPER al enterarse de su embarazo actual para brindarle un mejor pronóstico a su bebé debido a los 3 abortos anteriores.

3.3.2.- Tiene conciencia y presta atención a los efectos y resultados de los procesos patológicos, incluyendo los efectos sobre el desarrollo: Una vez conociendo su diagnóstico médico, expone dudas y conoce los riesgos que

implican la inserción anómala de su placenta y conoce el procedimiento de embolización de arterias uterinas tras el nacimiento de su bebé.

3.3.3.- Tiene conciencia y presta atención o regula los efectos de las medidas de cuidados prescritos por el médico: Comprende la necesidad de su hospitalización hasta el nacimiento de su bebé y el realizar cambios en su rol y desempeño familiar.

3.4.- Estudios de laboratorio y gabinete.

Ultrasonido:
30-10-2018: se reporta fetometría para 13 SDG, traspola 14.3 acorde.
29-11-2018: se reporta 16 SDG traspola 18 semanas acorde.
28-01-2019: feto único vivo, situación transversa polo cefálico a la derecha, dorso superior, fetometría de 26.2 SDG peso fetal estimado 895 g, de percentil 82, líquido amniótico normal, placenta prevea total grado I, datos de acretismo. Le realizan medición cervical: 50 mm, sin datos de <i>funneling</i> o <i>sludge</i> , cérvix muy varicoso.
08-04-2019: longitud cervical de 31 mm, con placenta central, cubre el orificio cervical interno, muestra abundante lagos venosos e invasión.

CTOG: 31 de diciembre de 2018.
Intolerancia a los carbohidratos: En ayuno 87 mg/dl, 60 min 172 mg/dl y 120 min 164 mg/dl. Tx inicial dieta de 1800 kcal.

BH: 07-04-2019			
Hb: 13 g/dl	Hto: 39.4%	Plaquetas: 181 miles/mm ³	Leucocitos: 9.6 miles/mm ³

EGO: 7 de abril 2019				
Leucocitos:	Sangre:	Densidad Urinaria:	Proteínas:	Bacterias:
Negativo	Negativo	1.018 GE	Negativo	10 /UI

Características:	Color amarillo, aspecto turbia.
------------------	---------------------------------

OTROS:
VDRL: Negativo
VIH: Negativo

5.2 Valoración de requisitos universales

4.- Requisitos universales de autocuidado:

4.1- Mantenimiento de un aporte suficiente de aire. Aspectos relacionados con la calidad y cantidad.

Yolanda no presenta dificultad respiratoria durante su séptimo embarazo, no ha necesitado técnicas ni dispositivo alguno.

4.1.1.- Aspectos relacionados con la estructura y la función

FC: 94	FR: 19	T: 36.6	T/A: 90/60	FCF: 142
--------	--------	---------	------------	----------

En la exploración física se auscultan campos pulmonares ventilados, nariñas permeables, llenado capilar inmediato (2 segundos), sin presencia de disnea a actividad física moderada, ni presencia de datos de infecciones respiratorias recientes, sin obstrucción nasal, se descarta cianosis.

4.2.- Mantenimiento de un aporte suficiente de agua. Elementos relacionados con la calidad y cantidad.

Toma una cantidad de agua 2 litros al día, acostumbra ingerir zumo, agua de sabor y natural, no consume refresco ni jugo, ya que durante el embarazo no los tolera. Tiene conocimiento de las complicaciones que produce no consumir agua, como: la deshidratación, daño renal, debilidad e infección de vías urinarias, sin embargo, presenta infección de vías urinarias asintomática al inicio del control prenatal.

4.2.1.- Aspectos relacionados con la estructura y la función.

Durante la exploración física se observan mucosas orales rosadas, piel hidratada normotérmica, normohídrica, pérdidas insensibles de 42.1. lengua sin fisuras, con producción de saliva, edema negativo.

Presenta acceso venoso periférico permeable en el miembro superior derecho en el que se está suministrando solución de cloruro de sodio 0.9% 500 ml para 24 horas pasando 20 ml x hora.

Balance Hídrico:

HORAS	7	8	9	10	11	12	13	14	15	TOTAL
Ingresos										
Cloruro de sodio 0.9% 500 ml/24 horas	20	20	20	20	20	20	20	20	20	180
Comidas		600	50	150	150	50	650		100	1750
Total	20	620	70	170	170	70	670	20	120	1930
EGRESOS										
Pérdidas Insensibles	42.1	42.1	42.1	42.1	42.1	42.1	42.1	42.1	42.1	370.9
Micciones		100		100		100	100	100		500
Evacuaciones						200				200
Total	42.1	142.1	42.1	142.1	42.1	342.1	142.1	142.1	42.1	1078.9

INGRESOS	EGRESOS	BALANCE
1930	1078.9	851.1 (Positivo)

4.3.- Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos. Elementos relacionados con la calidad y cantidad.

Lleva una dieta especial destinada a diabéticos, que le contribuye con un aporte calórico de 1900 Kcal. IMC: 31.014 Y ganancia de peso 9.4 kg. Durante el embarazo.

Diario de alimentos

Horarios		Alimentos
Desayuno	08:30 am	Omelet de huevo con salsa de jitomate. 3 salmas, calabacitas hervidas, 1 vaso con leche, 1 vaso con agua.
Comida	13:30 pm	Pescado, ensalada, sopa de coditos, frijoles y 1 vaso con agua.
Cena	20:00 pm	1 naranja, 7 almendras, salmas, picadillo con ejotes, germinado de trigo y 1 vaso con leche.

Consume cereales cada 2 o 3 veces, pan 2 ocasiones y pasta 3 veces a la semana. Frutas y hortalizas, con 4 porciones a la semana, entre ellos: frutas de temporada, manzana, piña y sandia. Calabazas, zanahorias, champiñones, 5 ocasiones por semana, además de consumir las mismas cantidades de chayotes, elote y jitomate

Origen animal: tiene una ingesta de carne de pollo que corresponde a 3 veces por semana, asimismo, consume carne de res y de puerco cada 2 veces a la semana y carne de atún 2 ocasiones por el mismo periodo.

Aceites y grasas: acostumbra a cocinar con aceite *Nutrioli*, esporádicamente consume mantequilla.

Consume azúcar morena todos los días, en raras ocasiones miel de abeja.

Los platillos que más aprecia son: enchiladas, caldo de camarón, camarones empanizados, lomo adobado, por otro lado, no presenta gusto por: sardinas y vísceras de animales. Desde que ingresó a hospitalización quedó con una dieta especial para personas con diabetes, con horario de 3 comidas y 2 colaciones, al respecto, señala la dificultad para mantener el apego a la dieta, debido a la falta de ingesta antes de su hospitalización, ya que en su entorno familiar no se acostumbra. Además, Ingirió micronutrientes durante todo el

embarazo, no presenta ningún problema con la ingestión y digestión de los alimentos.

4.3.1.- Elementos relacionados con la estructura y la función:

Indica inapetencia debido al cambio en su estilo de vida, esto desde su hospitalización modificó su rol, puesto que se preocupa por el cuidado de sus hijos, mismos que están lejos de ella.

Se observa dentadura completa sin presencia de caries, con amalgamas, adecuada masticación y deglución.

Por la intolerancia a los carbohidratos se lleva un control estricto de hemoglucotest:

Hora:	Preprandial:	1 hora postprandial:
7:55	75 mg/dl	
9:15		145 mg/dl
13:20	118 mg/dl	
Esquema de insulina rápida: en caso de ayuno ≥ 120		
120-150= 2 ui.		
150-180= 4 ui.		
180-200= 6 ui.		

4.4.- Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.

Cuenta con antecedentes de infección en vías urinarias al ingreso del Instituto. Presenta evacuaciones espontanea 1 vez al día con características lisas/blandas, con micciones espontaneas cada 2 horas durante el día, con un color amarillo transparente, inodoro, sólo consume agua para ayudar en el proceso de eliminación. Niega disuria, poliuria y tenesmo vesical o dificultad para evacuar.

4.4.1.- Elementos relacionados con la estructura y la función:

Se valoran Giordanos obteniendo resultado negativo, puntos uretrales negativos. Se descarta urosepsis por el momento, de acuerdo al último laboratorio, no presenta datos de infección en vías urinarias. Sin hemorroides.

4.5.- Mantenimiento del equilibrio entre actividad y reposo.

Yolanda no practicaba ninguna actividad física antes de la hospitalización al Instituto de Perinatología, camina por lo menos 3 veces al día, mínimo 15 minutos dentro del servicio 2º. piso, ya sea con reposo en silla y/o cama sin presentar dificultad respiratoria, taquicardia, sangrado vaginal o algún tipo de dolor.

Durante la hospitalización en el Instituto acostumbra a dormir de 4-5 horas durante la noche cuando despierta dice sentirse cansada. Tras ingresar al Instituto declara dificultad para conciliar el sueño, esto debido a múltiples factores, entre ellos: el ruido provocado por el resto de las hospitalizaciones, la luz, la música que es reproducida durante el servicio, el calor y la práctica hospitalaria del personal de salud. Realiza de 4 a 5 períodos de descanso al día con una duración de 15 a 20 minutos.

4.5.1.- Elementos relacionados con la estructura y función

Durante la valoración en marcha se observa que la columna en posición erguida por el peso y tamaño del bebé, presenta reflejos osteotendinosos. La paciente deambula sólo para realizar higiene personal: baño en la regadera, lavado de manos, limpieza de dientes, micción y evacuación. Se le observa somnolienta, fatigada y ansiosa. Se aprecia del mismo modo con somnolencia diurna, facie de cansancio, oscitaciones, agotamiento e hiperchromía idiopática de los anillos orbitarios. Se observa edema (-), sin presencia de actividad uterina y genitales íntegros.

4.6.- Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana

Yolanda está inmersa en una familia extensa que comparte un mismo asentamiento humano, con una relación unida, menciona que la relación con su pareja es muy buena ya que él es muy tierno y atento con ella.

Tiene tres hijos; el primero tiene 21 años, el segundo 17 años y el tercero 10 años con los que existe una buena comunicación. Cuando surgen situaciones tensas en su vida procura leer, escuchar música, rezar o hablar con personas para tranquilizarse. Se enfada con los demás sólo cuando existe motivo. Le agrada y disfruta recibir visita por parte de su familia como sus padres, hermanos y tíos. Su interacción con su familia a cambiado debido a su hospitalización ya que no pueden acceder al Instituto por ser menos de edad, y/o realizar actividades académicas en ese horario. Por lo tanto, únicamente recibe visita por parte de la hermana y el esposo y utilizan medios electrónicos para conversar con sus hijos y familia en casa, lo que le genera tranquilidad y motivación para continuar la hospitalización.

4.6.1- Elementos relacionados con la estructura y la función.

Yolanda es una persona sociable, le gusta conversar con la gente, disfruta platicar experiencias, sin embargo, la situación de salud como los factores de estrés que vive diariamente en hospitalización la han llevado a causar cierto grado de intranquilidad, situación que la lleva a preguntar con frecuencia sobre el proceso que se le realizarán tener control de la situación y sentirse mejor.

4.7- Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

Inicia el control prenatal en Enero de 2019, en compañía del esposo o el padre. Tiene cierto conocimiento sobre los datos de alarma durante el embarazo. A las 16 SDG el 29-11-2018 le detectan acretismo placentario, placenta prevea marginal e intolerancia a los carbohidratos. Acude en tiempo y forma al control prenatal, los últimos días antes de hospitalizarse acudía semanalmente a consulta.

Se realizó Papanicolaou en septiembre del 2017, este fue negativo, efectúa autoexploración de mamas cada mes. Tuvo interconsulta con estomatología y nutriología, aplicando vacuna de tétanos e influenza, a su vez tomó la plática de lactancia materna y educación prenatal. Al ingresar al Instituto de Perinatología el personal de servicio detectó infección en vías urinarias asintomática, sólo en esa

ocasión. No presenta infecciones vaginales, enfermedades de transmisión sexual, trombosis venosa de miembros pélvicos, enfermedades crónicas degenerativas.

Menciona no presentar amenaza de parto pretérmino, sin embargo, el 7 de abril de 2019 le aplican un trazo cardiotocográfico, el registro observa una esporádica actividad uterina.

El aseo perianal lo lleva acabo desde la vagina al ano. En algunas ocasiones se automedica. Niega toxicomanías.

Tiene conocimiento sobre lactancia materna. Amamantó a sus 3 hijos por un periodo de 7 meses, a través de lactancia mixta.

Condiciones cervicales: no presenta dilatación, borramiento, ni consistencia. A la exploración se encuentra en posición transverso, con una altura del fondo uterino de 37 cm. El 8 de abril de 2019 siendo las 10:30 am sube al sexto piso donde le practicarán en el área de medicina materno – fetal la medición cervical, se obtiene una longitud de 31 mm.

Registro cardiotocográfico

Duración:	Integridad:	FCF:	Variabilidad:	Ascensos:
29 min.	90 %.	156 lpm	Moderada	Ausente
Descensos:	Movimientos fetales:	Actividad Uterina:	Interpretación:	
Ausente	Presentes	Sin Actividad	Reactivo	

4.7.1.- Elementos relacionados con la estructura y la función.

Cuando se realizó la exploración física se auscultan campos pulmonares ventilados, sin disnea, abdomen globoso a expensa de útero gestante, feto único transverso con frecuencia cardiaca fetal de 142 latidos por minuto, fondo uterino de 37 cm, abdomen sin dolor en cuadrante superior derecho o a la palpación de cicatrices de heridas quirúrgicas, no presenta actividad uterina, sin pérdidas

transvaginales, miembros inferiores sin datos de insuficiencia venosa periférica o profunda, con llenado capilar de 2 segundos.

4.8.- Promoción del funcionamiento dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo de ser normal.

La paciente efectúa baño de regadera todos los días, además de cambio de ropa, aseo bucal 2 veces al día, no presenta caries, si amalgamas, realiza lavado de manos antes y después de realizar cualquier actividad: ir al baño, al tocar cualquier objeto, después de un período largo sin realizar actividades. Para Yolanda la limpieza significa tranquilidad y seguridad en su persona. La religión es para ella importante, ya que le proporciona confort en momentos difíciles, acude a ésta sólo en fechas importantes como el 24 de diciembre.

Un cambio físico que ha modificado su autoimagen es la pigmentación de la piel, el dejar de pintarse los labios, maquillarse y teñirse el cabello. Considera sumamente incomoda que personas ajenas observen sus estrías.

Antes de la hospitalización y durante el embarazo no existió intimidad, por orden médica se abstuvieron de la práctica sexual, comenta que por seguridad siguieron dicha recomendación. Refiere preocupación por la intervención en el tratamiento después de la cesárea (embolización) por lo que pide informes y proceso del procedimiento a cada personal de salud que se le acerque a ella. Tiene temor que el tiempo de hospitalización se prolongue por el periodo vacacional que se aproxima (cuaresma). no obstante, espera conocer muy pronto a su bebé.

4.8.1.- Elementos relacionados con la estructura y función:

La paciente presenta facie tensa, interrogativa y un tono de voz nerviosa con la mirada evasiva cuando se le interroga lo que le hace sentir su tratamiento (embolización) mientras mantiene movimientos estereotipados (movimiento repetitivo de miembros inferiores). se integra sin complicación a los grupos sociales. A pesar de conocer los procesos que se ejecutarán: cesárea, placenta *in*

situ, embolismo e histerectomía, sigue mostrando relativa inquietud y preocupación.

Análisis y jerarquización de requisitos afectados

Jerarquización	Requisitos de Autocuidado Universales	Desviación de la salud
Las que son esenciales para el mantenimiento de los procesos vitales.	1.- Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.	FR 19, narinas permeables, campos pulmonares ventilados, expansión torácica simétrica, llenado capilar inmediata, sin presencia de disnea a actividad física moderada ni presencia de datos infecciones respiratorias recientes.
Las demandas que previenen las complicaciones de la enfermedad o lesión.	3.- Mantenimiento suficiente de alimentos.	<ul style="list-style-type: none"> • 31 de diciembre de 2018 se diagnostica Intolerancia a los carbohidratos y el día 09 de abril de 2019 se realiza control metabólico obteniendo: Glicemia postprandial 1 hora, 145 mg/dl. • Dificultad para adaptarse a la ingesta de alimentos durante su estancia hospitalaria, debido a que en su hogar no realizaba, horarios fijos de comida y colaciones.
	5.- Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza caminatas dentro del servicio de 2° piso, sin complicaciones, duerme entre 4 y 5 horas diarias durante su hospitalización, realiza 3 periodos de siesta al día, despertando no descansada, debido a la rutina hospitalaria. • A la exploración física, facie de cansancio, oscitaciones e hiperchromía idiopática de los anillos orbitarios.
	7.- Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano.	se detecta a las 16 SDG inserción anómala placentaria sin eventos de actividad uterina o sangrado transvaginal, se ingresa al Instituto para iniciar manejo conservador, con una estadía hasta la <u>fecha de 5 días.</u>

Las que van dirigidas a mantener la salud y promover el funcionamiento humano	2.- Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.	<ul style="list-style-type: none"> • Ingesta de 2 litros de líquidos al día (agua natural, de fruta y zumos). Balance hídrico positivo. • Exploración física presenta mucosas orales rosadas, hidratadas, lengua sin fisuras, con producción de saliva, estado de la piel hidratada y sin edema de miembros inferiores.
	4.- Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y excrementos.	<p>Presenta evacuaciones espontáneas, una vez al día con características lisas y blandas, micciones espontaneas cada 2 horas durante el día, amarillas transparente e inodora, niega disuria, poliuria y tenesmo vesical o dificultad para evacuar.</p> <p>A la exploración física, Giordano (-) Puntos uretrales (-), sin presencia de hemorroides; EGO normal.</p>
	6.- Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana.	<p>Mantiene una adecuada comunicación y relación con su familia (Extensa), al igual que con su pareja e hijos; desde su hospitalización la comunicación con sus hijos y familia ha cambiado, mantiene visitas hospitalarias por parte de su hermana y esposo y utilizan medios electrónicos para conversar con sus hijos y familia en casa, lo que le genera tranquilidad y motivación para continuar la hospitalización.</p>

<p>Las que tienen como finalidad el bienestar en las circunstancias en las que se encuentra la persona.</p>	<p>8.- Promoción a la normalidad del funcionamiento y desarrollo humano.</p>	<p>Menciona preocupación por tratamiento conservador (embolización de arterias uterinas) por lo que interroga constantemente al personal de salud que la atiende, acerca de las especificaciones del tratamiento.</p> <p>Expresa facie tensa, interrogadora, con tono de voz nervioso y mirada evasiva al hablar de sus emociones en relación a la intervención quirúrgica, mientras mantiene movimientos estereotipados (movimiento repetitivo de miembros inferiores).</p>
---	--	--

Elaboró: L.E.O Diana Rut Cruz Gomez

Alumna de la especialidad en enfermería Perinatal

Prescripción del cuidado 27

Cuadro de Diagnósticos

Requisitos de autocuidado universal		3.- Mantenimiento suficiente de alimentos.	
Operación de diagnóstico		Déficit de la ingesta de alimentos R/C falta de voluntad M/P angustia "verbalizar que son muchas raciones al día".	
Objetivo		La mujer embarazada conocerá las medidas de autocuidado para mantener una ingesta horaria de alimentos.	
Sistema de enfermería	Sistema de Apoyo-Educación	Método de ayuda	Proporcionar entorno que fomente el desarrollo
Prescripción del cuidado		Tratamiento regulador	
Asesoramiento nutricional NIC () PP. 85		<ul style="list-style-type: none"> • Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. • Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente. • Proporcionar información acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud. • Comentar las necesidades nutricionales y la percepción del paciente de la dieta prescrita/recomendada. 	
Enseñanza: dieta prescrita NIC () PP.175		<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el nivel actual del paciente de los conocimientos acerca de la dieta prescrita. • Evaluar los patrones actuales y anteriores de alimentación del paciente, así como los alimentos preferidos y los hábitos alimenticios actuales. 	

Manejo de la nutrición
NIC () PP. 282

Potenciación de la disposición de
aprendizaje

NIC () PP. 358

- Explicar el propósito del seguimiento de la dieta para la salud general.
- Instruir al paciente acerca de cuánto tiempo se debe seguir la dieta.
- Proporcionar un ambiente óptimo para el consumo de comida (limpio, bien ventilado, relajado y sin olores).
- Proporcionar un ambiente no amenazador.
- Vigilar el estado emocional del paciente.
- Ayudar al paciente a enfrentarse a las emociones intensas (ansiedad, ira).

Control de
casos

Yolanda mantuvo una ingesta mayor en cantidad de alimentos al estar acompañada, en los episodios de alimentación sin compañía, realizó una ingesta pausada pero completa de sus alimentos, de acuerdo a reportes de la hoja de enfermería de turnos posteriores, se sugiere al personal de salud acompañar en lo posible a la usuaria durante sus comidas evitando el uso de motivación forzada.

Cuadro de Diagnósticos

Requisitos de autocuidado universal		5.- Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.	
Operación de diagnóstico		Alteración del confort materno R/C Rutina hospitalaria (Luz, sonido, temperatura y practica hospitalaria) M/P Somnolencia diurna, fatiga de cansancio, agotamiento e hiperemia idiopática de los anillos orbitarios.	
Objetivo		La mujer embarazada aumentará su estado de confort mediante el sueño y descanso reparador, para mejorar el cambio de percepción de su estancia hospitalaria derivada de su estado de salud. Favorecer el confort mediante la modificación del ambiente.	
Sistema de enfermería	Sistema de apoyo-desarrollo	Método de ayuda	Proporcionar entorno que fomente el desarrollo
Prescripción del cuidado		Tratamiento regulador	
<p>Manejo ambiental: confort</p> <p>NIC () PP. 250</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo. • Crear un ambiente tranquilo y de apoyo. • Determinar las fuentes de incomodidad, como vendajes mojados, ropa de cama arrugada y factores ambientales irritantes. • Ajustar la iluminación de forma que se adapte a las actividades de la persona, evitando la luz directa en los ojos. • Facilitar medidas de higiene para mantener la comodidad de la persona (secar las cejas; aplicar cremas dérmicas, limpieza corporal, del pelo y la cavidad bucal. • Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad (utilizando principios de alineación corporal, apoyo con almohadas, apoyo de las articulaciones durante el movimiento. • Vigilar la piel especialmente las prominencias corporales por si hubiera signos de de presión o irritación. 	
Relajación muscular progresiva		<ul style="list-style-type: none"> • Explicar el propósito y el procedimiento de la técnica al paciente. • Atenuar la iluminación. • Indicar al paciente que se siente en la silla reclinable o que se acueste en una 	

superficie cómoda.

- Instruir al paciente para que asuma una actitud pasiva centrándose en lograr la relajación en músculos específicos del cuerpo y evite enfocarse en cualquier otro pensamiento.
 - Indicar al paciente que respire profundamente con el abdomen, aguante unos segundos y luego exhale lentamente.
 - Hacer que el paciente repita la respiración profunda varias veces, pidiéndole que imagine la tensión que se libera del cuerpo con cada exhalación.
 - Hacer que el paciente tense sistemáticamente, durante 5-10 segundos, cada uno de los 8-16 músculos principales progresivamente desde la cabeza a los dedos de los pies.
 - Indicar al paciente que se centre en las sensaciones de los músculos cuando están tensos.
 - Indicar al paciente que se centre en las sensaciones de los músculos cuando están relajados.
 - Hacer una pausa de 10 segundos antes de pasar al siguiente grupo muscular.
 - Observar si hay indicios de ausencia de relajación, como movimientos, respiración dificultosa, hablar y toser.
 - Desarrollar una conversación de relajación personal que ayude al paciente a centrarse y sentirse cómodo.
 - Terminar la sesión de relajación de forma gradual.
 - Dar tiempo para que el paciente exprese sus sentimientos acerca de la intervención.
-
- Explicar la importancia del sueño adecuado durante el embarazo y las situaciones de estrés psicosocial.

Mejorar el sueño

NIC () PP. 333

- Controlar la participación en actividades que causan fatiga durante la vigilia para evitar cansancio en exceso.
- Ajustar el ambiente (la luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño.
- Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.
- Iniciar/ llevar a cabo medidas agradables: masajes, contacto afectuoso.
- Disponer siestas durante el día para cumplir con las necesidades del sueño.

Control de
casos

Se proporcionó la modulación del ambiente para brindar sueño reparador, complementándose con técnicas de meditación, y potencialización de la agencia de autocuidado para realizar cursos de acción por sí misma en situaciones similares a futuro, se aconseja al personal de salud planear juntos con la paciente las intervenciones a realizarse para estipular un ritmo eficiente con espacios para realizar descanso y sueño reparador.

Cuadro de Diagnósticos

Requisitos de autocuidado universal		7.- Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano	
Operación de diagnóstico		Riesgo de alteración de la díada materno-fetal R/C acretismo y placenta previa.	
Objetivo		Identificar datos de compromiso materno –fetal	
Sistema de enfermería	Parcialmente compensatorio	Método de ayuda	Actuar para otra persona
Prescripción del cuidado		Tratamiento regulador	
Cuidados del embarazo de alto riesgo NIC () PP. 141		<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la comprensión de la paciente de los factores de riesgo identificados: presencia de actividad uterina, sangrado, disminución de movimientos fetales. • Fomentar la expresión de sentimientos y temores acerca de cambios del estilo de vida, durante el embarazo, bienestar fetal, cambios económicos, funcionamiento familiar y seguridad personal. 	
Monitorización de signos vitales NIC () PP. 341		<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio dos veces por turno. • Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial reportar cifras > 140/90 o <110/60. • Monitorizar la presencia y calidad de los pulsos, reportar taquicardia o bradicardia 	

Precaución en el embolismo
NIC () PP.

- Monitorizar el ritmo y la frecuencia cardiaca
- Monitorizar la frecuencia y el ritmo respiratorio (profundidad y simetría).
- Monitorizar la pulsioximetría.
- Identificar causas posibles de los cambios en los signos vitales.
- Monitorización intermitente de la frecuencia cardiaca fetal dos veces por turno reporta bradicardia fetal <110 o taquicardia > 160 lxm.
- Reportar presencia de datos ominosos.
- Evaluar de forma crítica cualquier síntoma de sibilancias de reciente aparición, hemoptosis o dolor inspiratorio, dolor torácico, en el hombro, en la espalda o pleurítico, disnea, taquipnea, taquicardia y síncope.
- Evaluar la presencia de la triada de Virchow: ectasia venosa, hipercoagulabilidad y traumatismo causante de una lesión de la íntima.
- Realizar una evaluación exhaustiva del estado pulmonar.

- Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edema, relleno capilar, color, presencia de dolor en la extremidad afectada y temperatura de las extremidades).
- Aplicar medias o manguitos de compresión elástica graduada para reducir el riesgo de TVP o de recidiva TVP, según la política o protocolo del centro.
- Mantener las medias o manguitos de compresión elástica graduada para reducir el desarrollo de síndrome postrombotico, que se precipita por la presencia prolongada de coágulos en la extremidad afectada y el flujo venoso
- inadecuado.
- Retirar las medias o manguitos de compresión elástica graduada y las medias de compresión neumática intermitente durante 15-20 min. Cada 8 horas.
- Realizar cambios posturales del paciente cada 2 horas y recomendar una movilización o deambulacion precoz, según la tolerancia.
- Instruir al paciente y/o la familia sobre las precauciones apropiadas (caminar, beber abundantes líquidos, evitar periodos prolongados de inmovilidad, sobre todo con las piernas en posición declive.
- Instruir al paciente para que notifique las hemorragias excesivas (epistaxis inusuales, hematemesis, hematuria, gingivorragia, hemorragia vaginal inesperada, menorragia, rectorragia o melenas), hematomas inhabituales, dolor

o tumefacción inusual, color azulado o amoratado de los dedos de los pies y dolor.

- Animar y ayudar al paciente a lavarse la boca.
- Observar si hay signos de glositis o estomatitis.
- Recomendar el uso de cerdas suaves con el uso de hilo dental a intervalos regulares.
- Enseñar a la persona lavarse los dientes, las encías y la lengua.
- Establecer chequeos dentales.

Control de casos

Durante el turno la usuaria continua con constante vitales estables (FC 94 Fr 19 Temp. 36.6 ° C TA 90/60 FCF 142) no presenta actividad uterina, ni perdidas transvaginales; mantiene llenado capilar inmediato sin edema de miembros inferiores, estado de hidratación adecuado y sin dificultad respiratoria. Conoce los datos de alarma completos y realiza las intervenciones enseñadas, expresando no realizarlas antes por desconocimiento de su relación con su estado de salud.

Cuadro de Diagnósticos

Requisitos de autocuidado universal		8.- Promoción a la normalidad del funcionamiento y el desarrollo humano		
Operación de diagnóstico	Alteración del estado emocional r/c inminencia de procedimiento quirúrgico (embolización de arterias uterinas) M/P facie tensa, tono de voz nerviosa y movimientos estereotipados.			
Objetivo	Enseñar medidas de confort para mejorar su estado emocional ante la situación inminente de su tratamiento.			
Sistema de enfermería	Sistema de apoyo-Desarrollo	Método de ayuda	Apoyar a otro	
Prescripción del cuidado		Tratamiento regulador		
<p>Apoyo emocional NIC () PP. 74</p> <p>Enseñanza: proceso de enfermedad NIC () PP. 189</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Comentar la experiencia emocional de la paciente. • Realizar afirmaciones empáticas y de apoyo. • Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo. • Ayudar al paciente a reconocer y a expresar sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza. • Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. • Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional. • Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad. <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específica. 		

Terapia de relajación
NIC () PP.419

- Explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y la fisiología.
- Reconocer el conocimiento del paciente sobre su afección.
- Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad.
- Evitar las promesas tranquilizadoras vacías.
- Dar seguridad sobre el estado del paciente.
- Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relación disponible.
- Evaluar el nivel de energía actual disminuido, la incapacidad de concentrarse u otros síntomas concurrentes que pueden interferir con la capacidad cognitiva para centrarse en la técnica de relajación.
- Considerar la voluntad y capacidad de la persona para participar, preferencias, experiencias pasadas y contraindicaciones antes de seleccionar una estrategia de relajación elegida.
- Individualizar el contenido de la intervención de la relajación.

- Inducir conductas que estén condicionadas para producir relajación, como respiración profunda, bostezos, respiración abdominal e imágenes de paz.
- Invitar al paciente a que se relaje y deje que las sensaciones sucedan espontáneamente.
- Utilizar un tono de voz suave, diciendo las palabras lentas y rítmicamente.
- Dejar al paciente un tiempo sin molestarle, ya que puede quedarse dormido.

Control
de casos

La usuaria mejora su estado emocional durante el turno matutino, en el que se trabajaron las intervenciones de relajación, Yolanda expresa sentirse menos tensa y preocupada, expone tratar de llevar a cabo alguna de las intervenciones aplicadas para el futuro.

VALORACION FOCALIZADA

Fecha: 10-04-2019		Hora: 09:00 am		Servicio: Segundo Piso/INPER		Elaboró: L.E.O. Diana Rut Cruz Gómez	
Nombre: O.R.Y. A.			Edad: 39 años	GRUPO Y RH: O+	F.U.M	FPP	SDG
Requisitos de Autocuidado Según la Etapa de Desarrollo.					03/08/2018	10/04/2019	35.4
<p>AHF</p> <p>Abuelo materno y madre con hipertensión</p> <p>Padre con cáncer de colón.</p>	<p>APP: Plastia anal [2000] derivada de desgarro de 4°, transfusión sanguínea en el parto, niega traumatismos o enfermedades crónico-degenerativas antes del embarazo.</p> <p>APNP: Niega alergias a medicamentos o alimentos, zoonosis (-), toxicomanías (-), ingesta de micronutrientes durante todo el embarazo.</p>	<p>AGO: Menarca 12 años Ciclo: 28x7 IVSA: 15 años MPF: DIU-Ag PAP: Negativo 2017</p> <p>G1:1998 Parto 3975 g Desgarro 4°</p> <p>G2:2002 Cesárea 3400 g</p> <p>G3: 2009 Cesárea 3100 g Pérdida del bienestar fetal</p> <p>2011, 2013, 2018: Abortos espontáneos sin complicaciones.</p> <p>Emb. Actual dieta y ejercicio para Tx. ICHOS</p>	Signos vitales	<p>TA: 100/60 mmHg FC: 89 lpm FR: 22 rpm T: 36.6 °C</p> <p>FCF: 146 lpm</p> <p>Diagnóstico médico</p> <p>Embarazo de 35.4 SDGxFUM + Acretismo placentario + Placenta previa marginal + Intolerancia a los carbohidratos+ Producto Grande para la Edad Gestacional.</p>			
Motivo de la consulta o ingresos: Iniciar manejo conservador en unidad hospitalaria por inserción anómala de la placenta							
Valoración de Requisito Universal de Autocuidado							
8. Promoción a la normalidad del funcionamiento y el desarrollo humano							
Aspectos relacionados con la calidad y cantidad				Aspectos relacionados con la estructura y función			

<p>Niega datos de vasculopatía hipertensiva, datos de urosepsis o pérdidas transvaginales, percibe movimientos fetales.</p> <p>Expresa tranquilidad por llegar el día de la operación de la cesárea, se muestra receptora de las indicaciones a realizar para iniciar cuanto antes el procedimiento.</p> <p>10:00 Pasa a quirófano.</p>	<p>Consciente, orientada y alerta, mucosas orales hidratadas, adecuada coloración de tegumentos, sistema cardiopulmonar sin compromiso aparente, mamas flácidas, abdomen sin dolor en cuadrante superior derecho o a la palpación de cicatrices de heridas quirúrgicas o puntos uretrales, FU: 37 cm, con producto único vivo transversal, sin actividad uterina, sin pérdidas transvaginales, miembros inferiores sin edema con llenado capilar de 2 segundos.</p>	
Operaciones de Diagnóstico		Objetivo
<p>Alteración del bienestar materno r/c programación de procedimiento quirúrgico M/p verbalización.</p>	<p>Que la persona se sienta conocedora del procedimiento a realizar para evitar la tensión.</p>	
<p>Riesgo de tromboembolismo venoso profundo r/c reposo prolongado.</p>	<p>Aplicar las medidas preventivas para evitar la producción de trombos.</p>	
<p>Riesgo de infección r/c Procedimientos invasivos (Cesárea)</p>	<p>Evitar la invasión de agentes patógenos causantes de las infecciones.</p>	
Prescripción del cuidado	Tratamiento regulador	
<p>Enseñanza: prequirúrgica NIC () PP. 187</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer las experiencias quirúrgicas previas del paciente, sus antecedentes, nivel cultural y el grado del conocimiento de la cirugía. • Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y comente sus inquietudes. • Describir las rutinas preoperatorias (anestesia, dieta, terapia intravenosa) • Describir toda la medicación preoperatoria, los efectos de la misma en el paciente y el fundamento de su utilización. • Informar acerca de lo que se oírás, olerás, verá, sentirá durante el proceso. • Corregir las expectativas poco realistas de la cirugía. • Dar tiempo al paciente para que practique y se prepare para los acontecimientos que sucederán. 	

Preparación quirúrgica
NIC () PP. 372

- Determinar el nivel de ansiedad o miedo del paciente respecto del procedimiento quirúrgico.
- Explicar los procedimientos de manera que el paciente pueda entenderlos.
- Asegurarse de que el paciente este en ayuno absoluta.
- Verificar que la pulsera de identificación de paciente, la pulsera de alergia sean legibles.
- Retirar joyas y anillos.
- Quitar el esmalte de la uñas y maquillaje si es el caso.
- Realizar la ducha.
- Administrar y registrar los medicamentos preoperatorios.
- Enviar los medicamentos con el paciente a quirófano.
- Colocar las medias antiembolia.
- Comprobar que el paciente viste las prendas adecuadas.
- Ayudar a la paciente a subir en la camilla para el traslado a la unidad tocoquirúrgica.
- Preparar la habitación para el retorno del paciente después de la cirugía.

- Vigilar de cerca la paciente para detectar signos y síntomas de hemorragia interna y externa.
- Monitorizar de signos y síntomas de sangrado persistente (hipotensión, pulso débil y rápido, piel fría y húmeda, respiración rápida, inquietud, disminución del gasto urinario).
- Controlar los signos vitales ortostáticos incluida la presión arterial.
- Proteger al paciente de traumatismos que puedan ocasionar hemorragia.
- Evitar inyecciones (IV, IM o Subcutáneas).
- Evitar administrar medicamentos que comprometan aún más los tiempos de coagulación (clopidogrel, heparina, warfarina o

<p>Prevención de hemorragias NIC () PP. 377</p>	<p>AINE, como la aspirina).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informar al paciente que evite levantar objetos pesados. • Explicar al paciente la relevancia de una identificación adecuada durante la asistencia sanitaria. • Preguntar al paciente su nombre y su apellido, así como la fecha de nacimiento. • Verificar que la información proporcionada por el paciente sea la misma que la del dispositivo de identificación (pulsera) y la historia clínica. • Comparar la información proporcionada por el paciente con la presente en el dispositivo de identificación antes de cada proceso asistencial. • Instruir al paciente sobre los riesgos relacionados con una identificación incorrecta.
<p>Identificación de paciente NIC () PP. 238</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor. • Administrar cuidados del sitio de incisión. • Aplicar un vendaje apropiado al tipo de herida. • Mantener una técnica de vendaje estéril al realizar los cuidados de la herida. • Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje. • Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida. • Enseñar al paciente signos y síntomas de infección.
<p>Cuidados de las heridas NIC () PP. 131</p> <p>Vigilancia de la piel NIC () PP. 438</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las mucosas. • Observar el color, calor, tumefacción, pulsos, textura y ulceraciones en las extremidades. • Valorar el estado de la zona de incisión. • Observar si hay zonas de decoloración, hematoma y pérdida de la integridad de la piel y las mucosas. • Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel. • Documentar los cambios en la piel y las mucosas.
<p>Control de casos</p> <p>La paciente ingresa a la unidad quirúrgica termodinámicamente estable, sin datos de alarma, con percepción positiva de la intervención quirúrgica.</p>	

VALORACION FOCALIZADA

Fecha: 11-04-2019		Hora: 12:00 am		Servicio: Segundo Piso/INPER		Elaboró: L.E.O. Diana Rut Cruz Gómez		
Nombre: O.R.Y.A.			Edad: 39 años		GRUPO Y RH: o+	F.U.M	FPP	SDG
Requisitos de Autocuidado Según la Etapa de Desarrollo.						03/08/2018	10/05/2019	-----
AHF	APP/APNP	AGO: Menarca 12 años Ciclo: 28x7 IVSA: 17 años MPF: DIU-Ag PAP: Negativo 2017	G1:1998 Parto 3975 g Desgarro 4°	G2:2002 Cesárea 3400 g	G3: 2009 Cesárea 3100 g Perdida del bienestar fetal	2011, 2013, 2018: Abortos espontáneos sin complicaciones.	Emb. Actual dieta y ejercicio para Tx. ICHOS	Signos vitales
Abuelo materno y madre con hipertensión	APP: Plastia anal [2000] derivada de desgarre de 4°, transfusión sanguínea en el parto, niega traumatismos o enfermedades crónico-degenerativas antes del embarazo.	APNP: Niega alergias a medicamentos o alimentos, zoonosis (-), toxicomanías (-), ingesta de micronutrientes durante todo el embarazo.	G1:1998 Parto 3975 g Desgarro 4°	G2:2002 Cesárea 3400 g	G3: 2009 Cesárea 3100 g Perdida del bienestar fetal	2011, 2013, 2018: Abortos espontáneos sin complicaciones.	Emb. Actual dieta y ejercicio para Tx. ICHOS	TA: 101/45 mmHg FC: 120 lpm FR: 24 rpm T: 36.6 °C SatO ₂ : 91 %
Padre con cáncer de colon.	APP: Plastia anal [2000] derivada de desgarre de 4°, transfusión sanguínea en el parto, niega traumatismos o enfermedades crónico-degenerativas antes del embarazo.	APNP: Niega alergias a medicamentos o alimentos, zoonosis (-), toxicomanías (-), ingesta de micronutrientes durante todo el embarazo.	G1:1998 Parto 3975 g Desgarro 4°	G2:2002 Cesárea 3400 g	G3: 2009 Cesárea 3100 g Perdida del bienestar fetal	2011, 2013, 2018: Abortos espontáneos sin complicaciones.	Emb. Actual dieta y ejercicio para Tx. ICHOS	Diagnóstico médico
Motivo de la consulta o ingreso:	Puerperio inmediato quirúrgicos placenta insitu							1er día posoperada + placenta <i>in situ</i> (manejo conservador de acretismo) + intolerancia a los carbohidratos.
Valoración de Requisito Universal de Autocuidado								

<p>Aspectos relacionados con la calidad y cantidad</p> <p>Refiere cansancio por haber presentado nauseas nocturna como reacción a la analgesia, tensión muscular, dolor en la herida quirúrgica (eva 3/10) y en el lumbr sacro (eva 5/10).</p>	<p>Aspectos relacionados con la estructura y función</p> <p>A la valoración física se observa somnolienta, fatigada e preocupada, con ligera palidez de tegumentos, mucosas orales semihidratadas, campos pulmonares ventilados, mamas flácidas, abdomen blando a la palpación con involución uterina a nivel de cicatriz umbilical con placenta insitu, herida quirúrgica cubierta sin datos de sangrado, biovac en flanco derecho con escaso sangrado, sonda Foley a derivación, sin pérdidas transvaginales,</p>
<p>Operaciones de Diagnóstico</p>	<p>Objetivo</p>
<p>Riesgo de tromboembolismo pulmonar r/c aumento de producción de fibrina (placenta in situ).</p>	<p>Evitar y/o disminuir el riesgo de la formación de trombosis.</p> <p>Identificar factores de riesgo durante el turno matutino</p>
<p>Alteración del confort materno R/C efectos secundarios de la cirugía M/P tensión muscular, dolor en la herida quirúrgica EVA 3/10 y región lumbr sacra EVA 5/10.</p>	<p>Que la paciente manifieste disminución o alivio del dolor y de la contracción muscular.</p> <p>Disminuir el dolor escala de eva 1/10</p>
<p>Temor R/C déficit del conocimiento de la intervención al bebé (oxigeno) M/P aprensión, miedo, pánico. Alteración del bienestar materno r/c sepración del binomio m/p verbalizar</p>	
<p>Prescripción del cuidado</p>	<p>Tratamiento regulador</p>
<p>Cuidados postanestesia NIC () PP. 156</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comprobar la oxigenación. • Vigilar y registrar los signos vitales y realizar valoración del dolor cada 15 min. • Vigilar el estado neurológico • Satisfacer las necesidades de seguridad del paciente. • Proporcionar estimulación verbal o táctil.

<p>Regulación hemodinámica NIC () PP. 393.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar una evaluación exhaustiva del estado hemodinámico (comprobar la presión arterial, frecuencia cardiaca, pulsos, presión venosa yugular) • Utilizar múltiples parámetros para determinar el estado clínico de la paciente (la presión del pulso proporcional se considera el parámetro definitivo). • Monitorizar y documentar la presión del pulso proporcional (presión sistólica menos presión diastólica, dividido entre la presión sistólica, expresando el resultado como proporción o porcentaje). • Reconocer la presencia de signos y síntomas precoces de alerta indicativos de un compromiso del sistema hemodinámico (disnea, disminución de la capacidad de realizar ejercicios, ortopnea, fatiga intensa mareo, aturdimiento, edema, palpitaciones, disnea paroxística nocturna, ganancia repentina de peso). • Determinar el estado de volumen (hipervolemia, hipovolemia o normovolemia). • Determina el estado de perfusión (si el paciente esta tibio, frio o caliente). • Monitorizar la presencia de signos y síntomas del problema del estado de perfusión (hipotensión sintomática, frialdad de las extremidades incluidos los brazos y las piernas, aturdimiento o somnolencia constante. • Auscultar los sonidos pulmonares para ver si hay crepitantes u otros sonidos adventicios. • Auscultar los ruidos cardiacos. • Comprobar y registrar la presión arterial, la frecuencia y el ritmo cardiaco y los pulsos. • Observar los pulsos periféricos, el relleno capilar y la temperatura y el color de las extremidades. • Minimizar los factores ambientales estresantes
<p>Manejo del dolor agudo NIC () PP. 306</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, aparición, duración, frecuencia, intensidad, así como los factores que lo alivian y agudizan. • Identificar la intensidad del dolor durante los movimientos en las actividades de recuperación. • Preguntara al paciente sobre el nivel de dolor que permita su comodidad y tratarlo apropiadamente, intentando mantenerlo en un nivel igual o inferior. • Administrar analgésicos las 24 horas del dia durante las primeras 24 a 48 horas después de la cirugía, exepcto si la sedación o el estado respiratoria indica lo contrario.

- Seleccionar y poner en marcha intervenciones adaptadas a los riesgos, beneficios y preferencias del paciente (farmacológicos, no farmacológicos, interpersonales) para facilitar el alivio del dolor.

Control de casos

Yolanda comprende sobre la importancia del uso adecuada de medias de compresión, colabora en realizar ejercicios respiratorios y métodos de relajación, concluye la guardia matutina más tranquila, y refiere haber sentido la disminución la intensidad de la lumbalgia durante el transcurso del turno.

VALORACION FOCALIZADA

Fecha: 12-04-2019		Hora: 10:00 am		Servicio: Segundo Piso/INPER		Elaboró: L.E.O. Diana Rut Cruz Gómez				
Nombre: O.R.Y.A.				Edad: 39 años		GRUPO Y RH: o+		F.U.M: 03/08/2018	FPP: 10/05/2019	SDG: -----
Requisitos de Autocuidado Según la Etapa de Desarrollo.				39 años				03/08/2018	10/05/2019	-----
<p>AHF</p> <p>Abuelo materno y madre con hipertensión</p> <p>Padre con cáncer de colon.</p>		<p>APP/APNP</p> <p>APP: Plastia anal [2000] derivada de desgarro de 4°, transfusión sanguínea en el parto, niega traumatismos o enfermedades crónico-degenerativas antes del embarazo.</p> <p>APNP: Niega alergias a medicamentos o alimentos, zoonosis (-), toxicomanías (-), ingesta de micronutrientes durante todo el embarazo.</p>		<p>AGO: Menarca 12 años Ciclo: 28x7 IVSA: 17 años MPF: DIU-Ag PAP: Negativo 2017</p> <p>G1:1998 Parto 3975 g Desgarro 4°</p> <p>G2:2002 Cesárea 3400 g</p> <p>G3: 2009 Cesárea 3100 g Pérdida del bienestar fetal</p> <p>2011, 2013, 2018: Abortos espontáneos sin complicaciones.</p> <p>Embarazo Actual dieta y ejercicio para Tx. ICHOS</p>		Signos vitales	<p>TA: 78/60 mmHg FC: 98 lpm FR: 20 rpm T: 36 °C</p>			
<p>Motivo de la consulta o ingreso:</p> <p>Puerperio mediato quirúrgicos placenta insitu</p>						<p>Diagnóstico médico</p> <p>2°. día posoperada + placenta in situ (manejo conservador de acretismo) + intolerancia a los carbohidratos.</p>				
<p>Valoración de Requisito Universal de Autocuidado</p>										

Aspectos relacionados con la calidad y cantidad		Aspectos relacionados con la estructura y función	
Refiere sentirse cansada y somnolienta por haber presentado reacción ante el retiro del catéter epidural presentando náuseas y vómitos. Comenta estar consternada de no poder ver a su bebé antes que de que el bebe le den el alta.		Paciente la cual se observa fatigada y pensativa, ligera palidez de tegumentos, mucosas orales semihidratadas, mamas flácidas, abdomen globoso a la palpación con involución uterina por debajo de cicatriz umbilical, herida quirúrgica cubierta sin datos de sangrado, <i>Biovac</i> flanco derecho a derivación, sin pérdidas transvaginales.	
Operaciones de Diagnóstico		Objetivo	
Alteración del bienestar materno r/c efectos residuales de bomba de analgesia m/p náuseas y emesis.		Disminuir las reacciones secundarias causadas por el retiro de la bomba postanestesia.	
Riesgo de sangrado r/c placenta in situ		Identificar datos de sangrado activo	
Alteración del bienestar materno, relacionado con separación del binomio m/p			
Prescripción del cuidado	Tratamiento regulador		
<p>Manejo de las náuseas</p> <p>NIC () PP. 296</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el efecto de las náuseas sobre la calidad de vida (apetito, actividad y sueño). • Identificar los factores (medicación y procedimientos) que pueden causar o contribuir a las náuseas. • Controlar los factores ambientales que pueden evocar el vómito (malos olores, ruido y estimulación visual desagradable). • Reducir o eliminar los factores personales que desencadene o aumenten el vómito (ansiedad, miedo y ausencia de conocimiento). • Fomentar el descanso adecuado para facilitar el alivio de las náuseas. • Administrar una dieta con alimentos líquidos fríos, sin olor y sin color. • Fomentar el descanso y sueño adecuado para facilitar el alivio de las náuseas. • • 		
Manejo del vómito	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar los factores (medicación y procedimiento) que puede causar a contribuir al vomito. 		

NIC () PP. 323

- Asegurarse de que se han administrado antieméticos eficaces.
- Controlar los factores ambientales que pueden evocar el vómito (malos olores, ruido y estimulación visual desagradable).
- Reducir o eliminar los factores personales que desencadene o aumenten el vómito (ansiedad, miedo y ausencia de conocimiento).
- Colocar al paciente de forma adecuada para prevenir la aspiración.
- Proporcionar alivio (lavar la cara y proporcionar ropa limpia y seca).
- Fomentar el descanso
-
-
- Calcular la respuesta psicológica a la situación y la disponibilidad del sistema de apoyo.
- Determinar la conveniencia de las redes sociales existentes.
- Observar la situación familiar actual y la red de apoyo.

Aumentar los sistemas de apoyo

NIC () PP. 90.

Control de estado del ánimo.

Control de casos

Tras haber trabajado el estado emocional de Yolanda, se encuentra en un estado reconfortable, se siente feliz por terminar la guardia matutina en compañía de su bebe y así poder despedirse de la bebe antes de irse a casa.

Capítulo VI. Plan de alta

Para dar respuesta a la intervención quirúrgica de la paciente se desarrolla un plan de alta con la finalidad de responder a una rápida recuperación de la paciente, este se trata de un manejo conservador de la placenta *in situ*.

Dicho procedimiento consiste en:

1. Realizar la cesárea
2. Embolización de arterias uterinas
3. Histerectomía

En el caso de Yolanda no pudo lograrse concluir con estos pasos, puesto que el día martes 16 de abril de 2019 después de trasladarla al Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ) para realizar embolización de arterias uterinas. El reporte médico indica que la usuaria falleció.

Capitulo V. Conclusiones

La elaboración del estudio de caso implica para el alumno un reto metodológico y emocional. La relación de cuidado que se establece favorece que las usuarias y los alumnos establezcan vínculos de confianza, empatía y afecto.

La consejería pregestacional es un campo de acción donde la enfermera perinatal puede desarrollar actividades como la identificación de riesgos, la consejería y la planificación de los embarazos. Ya que actuando desde esta base se estaría evitando complicaciones durante el parto y posparto.

El cuidado brindado hacia la paciente fue fundamental; sin embargo, enfatice más en el acompañamiento y el estado emocional ya que fue esencial para fortalecer la seguridad y confort de la persona.

Como enfermera perinatal tenemos la capacidad de realizar intervenciones que van encaminadas a diagnosticar y priorizar el estado de salud de las pacientes, aunque en algunas ocasiones hacemos caso omiso del estado psicosocial de la persona, no sabiendo que es el núcleo en donde sí se encuentra alimentada esa parte de la mente todas las demás intervenciones enfermeras serán mejor ejecutadas.

Recomendaciones

Las intervenciones realizadas por parte de la Enfermera Perinatal en el manejo del acretismo placentario, es de suma importancia, sobre todo, por el gran índice de morbi-mortalidad que se está presentando en estos últimos años, ocasionado por los antecedentes de múltiples cesáreas.

La enfermería perinatal debe promover la educación a la salud en el primer nivel de atención para disminuir y evitar los factores de riesgo que nos llevan a ocasionar las complicaciones como el acretismo placentario y la placenta previa.

La muerte materna conlleva a múltiples complicaciones como: el proceso del duelo por el que pasa la familia, la adaptación de los hijos sin la presencia de la madre, el nuevo rol de cada integrante de la familia y el riesgo de morbi-mortalidad infantil o neonatal como en este caso. Es importante ofrecer el apoyo a la familia durante el proceso de duelo.

El sector salud debe promover más la educación en la población respecto a los factores relacionados con este fenómeno. Hay que enfatizar en este sentido, que la educación para la salud es un medio para concientizar a los individuos sobre riesgos y complicaciones en el embarazo como el acretismo placentario.

Se recomienda fomentar y realizar el estudio de caso para el alumnado del posgrado, puesto que la metodología que señalo, permite abordar a la persona de manera holística; es decir, estudiándola desde un punto físico, psíquico y sociocultural. La teoría de E. Orem hizo de la presente investigación un trabajo especializado que incorporó sus propuestas de forma afable, originando con ello un estudio de caso complejo y a la vez interesante, emotivo y funcional.

Referencias

- 1.- Curiel S. Manejo de acretismo placentario, experiencia del hospital regional General Ignacio Zaragoza. [Grado de especialista en medicina ginecología y obstetricia]. Universidad Nacional Autónoma de México; 2018. Disponible en: <https://cutt.ly/xrCYqvV>
- 2.- García JI, González G, Rodríguez A, Mujica A, Villa D, Aguilar J. Acretismo placentario con abordaje predictivo y preventivo de hemorragia obstétrica. Ginecol Obstet Mex. 2018; 86(6):357-367[13 de febrero 2020]. Disponible en: <https://rowul.com/r/iU>
- 3.- Guía de Práctica Clínica. Anomalías de inserción placentaria y vasos sanguíneos fetales. Ecuador. 2017;9. Disponible en: <http://salud.gob.ec>
- 4.-Noruega MF, Karchmer S, Rabadán CE, Sánchez PA. Acretismo placentario, un problema en aumento. El diagnóstico oportuno como éxito del tratamiento. Ginecol Obstet Mex. 2013;81: 99-104 [13 de febrero 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/irBFaz7>
- 5.-CENETEC. Guía de práctica clínica. Diagnóstico y Tratamiento de las anomalías en la inserción placentaria y vasos fetales. México: Secretaria de salud, 2013;11. Disponible en: <https://cutt.ly/JrBFxKg>
- 6.- Perelló M, Mula R, López M. anomalías placentarias (placenta prevea, placenta acreta y vasa previa) y manejo de la hemorragia del tercer trimestre. Institut Clinic de Ginecología, Obstetricia Neonatología. 2012; 9. <https://cutt.ly/BrBj4f>.
- 7.-CENETEC. Guía de práctica clínica. Diagnóstico y Tratamiento de la Hemorragia Obstétrica en la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato. México: secretaria de salud. 2009;40. Disponible en: <https://cutt.ly/mrBJUPf>.
- 8.-Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Prevención, Diagnostico y Manejo de la Hemorragia Obstétrica. Secretaria de Salud. México; 2010; 56. <https://cutt.ly/arBJ5Fs>.
- 9.- Paz T. El embarazo de alto riesgo: Principales cuidados enfermeros. Revista profesional de investigacion, docencia y recursos. 2017;(82):37–46. [17 de febrero 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/nrBLUWF>.
- 10.- Fernandez O.placenta previa y acretismo placentario en un hospital de nivel III-lima-2017. [internet]. Moquegua-perú: Universidad José carlos Mariátegui;2017 [citado 17 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/grBXniO>.

- 11.- Torres L. Hemorragia pos parto en acretismo placentario: a proposito de un caso clínico en el hospital LII goyeneche 2017. [internet]. Peru; Universidad Privada de Ica; 2017[citado el 17 de febrero 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/irNcuLT>.
- 12.- Hernandez L, Herrera J, Mendoza F, Adaya E. Acretismo placentario: Experiencia en obstetricia clinica. Revista medica de la universidad veracruzana. 2018;18(1)[citado el 18 de febrero 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/XrNvWS7>.
- 13.- Guzman O. Frecuencia de factores de riesgo para ingreso a la unidad de cuidados intensivos adultos en pacientes operadas de cesarea secundaria a acretismo placentario. [internet]. México: Universidad Nacional Autonoma de Mexico. 2018[citado el 18 de febrero 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/TrNbCzh>.
- 14.- Guerrero A. Rendimiento diagnostico del indice de acretismo placentario en pacuentes con insercion anomála de placenta en el hospital de Gineco-Obstetricia No. 3.CMN la Raza. [internet]. Mexico: Universidad Nacional Autonoma de México. 2018[citado el 18 de febrero 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/QrNnNBx>.
- 15.- Pavón A. Beneficios y complicaciones de la ligadura de arterias hipogastricas en pacientes con acretismo placentario en el Hospital de la mujer en la ciudad de México. [internet]. Mexico: Universidad Nacional Autonoma de México. 2018[citado el 18 de febrero 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/2rNm63X>.
- 16.- Naranjo Y, Concepcion J, Rodriguez M. La teoria de deficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gaceta Médica Espirituana. 2017;19(3). [citado el 18 de febrero 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/VrNWc7X>.
- 17.-Benavent Garcés MA, Francisco del Rey C, et al. Fundamentos de enfermería. “Aplicación del modelo de Dorothea E. Orem”. 2ª. Ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería. 2003.
- 18.- Ávila S, Alfaro T, Olmedo J. Generalidades sobre placenta previa y acretismo placentario. Revista Clínica de la escuela de Medicina UCR-HSJD. 2016;6(3) [citado el 18 de febrero 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/rrNZOBR>.
- 19.- Muñiz ME, Álvarez VA, Felipe W. Acretismo placentario. Revista cubana de Obstetricia y Ginecologia. 2015;41(2) 190-196. [citado el 18 de febrero 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/erNZMJy>.
- 20.- Huertas E. Rendimiento del ultrasonido en el diagnostico de acretismo placentario en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Rev Peru Investig Matern Perinatal.2019;8(1) 19-26. [citado el 18 de febrero 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/krNXe4o>.

- 21.- Fernández B, Romano E, Díez L. Tratamiento conservador ante el acretismo. Estudio de caso. *Matronas Prof.* 2015;16(1):e1-e4 [citado el 18 de febrero 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/6rNXbHN>.
- 22.- IMSS. Guía de Práctica Clínica: Evidencia y Recomendaciones. Diagnóstico y manejo de las anomalías en la inserción placentaria y vasa previa. México; 2019; [citado el 18 de febrero 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/TrNXDab>.
- 23.- Kably A, Acosta M, et al. Tratamiento conservador del acretismo placentario. Reporte de tres casos y revisión de la literatura. *Acta Medica Grupo Ángeles.* 2018;16(1)[citado el 18 de febrero 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/nrNXBea>.
- 24.- Granados AM, Martín CM, Manejo conservador de la placenta áceta. *Prog Obstet Ginecol.* 2017; 60(6):579-581. [citado el 18 de febrero 2020]. Disponible en:

APENDICE 1



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA PERINATAL



SEDE: INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO DE CASO

Por medio de la presente yo _____
doy consentimiento para que el Licenciado en Enfermería y Obstetricia _____
del Posgrado en Enfermería Perinatal de la Universidad Nacional Autónoma de México,
realice un seguimiento y participación activa en el cuidado integral del padecimiento o
condición actual en la que me encuentro, como parte de sus actividades académicas,
asegurando haber recibido la información necesaria sobre las actividades a realizar
durante el tiempo que dure esta participación.

Es de mi conocimiento que seré libre de solicitar mi retiro de este estudio de caso en
cualquier momento que lo desee, sin que esto afecte o se me niega la atención
médica para el tratamiento en esta Institución. Autorizo para obtener fotografías,
videos o registros médicos y de enfermería durante mi hospitalización, así como difundir
resultados en revistas y/o ámbitos científicos y académicos, NO para otros fines.

AUTORIZO

NOMBRE DE LA PACIENTE: _____

FIRMA: _____

RESPONSABLE DEL ESTUDIO DE CASO

ALUMNO DE POSGRADO: _____

FIRMA: _____

APENDICE 2



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
POSGRADO EN ENFERMERÍA PERINATAL
INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
INSTRUMENTO DE VALORACIÓN PERINATAL



Fecha: _____ Servicio: _____ Elaboró: _____

1. .

Nombre:	Edad:	Grupo y Rh:
Estado civil:	Peso inicial:	Peso actual:
Diagnóstico médico:		

Factores Ambientales

Área Geográfica:

Urbana ()

Suburbano ()

Rural ()

Vivienda.

Casa ()

Departamento ()

Rentada ()

Propia ()

Características de la habitación: (construcción, iluminación, ventilación, servicios intradomiciliarios, flora y fauna)

1.1

Factores del Sistema Familiar

Tipo de familia

Nuclear ()

Extensa ()

Integrada ()

Desintegrada ()

Uniparental ()

Otro: _____

Número de integrantes: _____ Rol que ejerce en la familia: _____

Quién es el sustento familiar _____

Persona responsable: Pareja () Familiar directo () Sola ()

Otros _____

1.2

Factores socioculturales y socioeconómicos

Lugar de nacimiento:	Lugar de residencia:	Escolaridad:
Ocupación:	Religión:	Ingreso socioeconómico: Insuficiente () Suficiente ()
Idioma/lengua materna:		

1.3

Factores del patrón de vida

Actividades que realiza: _____
 Modificaciones que realiza a partir de su diagnóstico actual: _____
 Su embarazo fue planeado: SI () NO ()
 Su embarazo fue deseado: SI () NO ()

1.4

Factores del estado de salud y del sistema de salud

Condición de Salud: Enfermo Agudo () Crónico () Sano ()

Asistencia al servicio de salud: Primera vez () Subsecuente ()

Diagnóstico de ingreso: _____
 Tratamiento médico actual: _____
 Manejo multidisciplinario de salud: Si () No ()
 Especialidades: _____

Características del estado de salud actual: Buena () Regular () Mala ()
 Percepción de la institución donde se atiende: Buena () Regular () Mala ()
 Nivel de atención a la salud: 1° () 2° () 3° ()

1.5

Factores básicos condicionantes del estado de desarrollo

Capacidad de autogobierno	Factores negativos	Potencial de desarrollo

2.

Requisito de Autocuidado según la etapa de desarrollo

Etapa de desarrollo: _____

Agencia de autocuidado: En vías de desarrollo () Desarrollada mas no estabilizada ()

Desarrollada y estabilizada ()

Antecedentes Gineco - Obstétricos.

Menarca: _____ Telarca: _____ Púbarca: _____ Ciclo y Ritmo:

IVSA: _____ Parejas Sexuales último año: _____ ITS:

PAP: _____ Fecha: _____ Resultado: _____ Autoexploración Mamaria: Si () No ()

Cirugías o Procedimientos

Ginecológicos: _____

Fecha: _____

Último MPF: _____ Desuso a partir de:

Gesta: () Parto () Cesárea () Aborto () Ectópico () Mola () FIG:

Procedimientos obstétricos: _____

Embarazos Anteriores: _____ Hijos vivos:

Fecha:	SDG:	Peso:	Talla:	Apgar:	Complicaciones:	Tiempo de lactancia:

Antecedentes no Patológicos:

Alergias: _____

Antecedentes Patológicos

Cirugía Generales: _____

Enfermedades durante el embarazo:

Transfusiones: SI () NO () Fecha: _____

3. **2. Requisitos de Autocuidado ante una desviación a la salud**

3.1 Desviación actual, percepción de la desviación.

a) **Motivo de consulta (control prenatal, urgencias, hospitalización, quirófano)**

3.2 Mecanismos de adaptación

Uso previo de mecanismos de adaptación.	Repertorio actual de mecanismos de adaptación	Factores concomitantes de estrés: Fisiológicos, psicológicos o económicos
--	--	--

--	--	--

3.3 Cumplimiento de los requisitos de autocuidado ante la desviación de la salud	Sí	No
Busca y asegura ayuda médica y de enfermería oportuna.		
Tiene conciencia y presta atención a los efectos y resultados de los procesos patológicos.		
Lleva a cabo efectivamente las medidas de diagnóstico, terapéuticas y de rehabilitación		
Tiene conciencia y presta atención o regula los efectos de las medidas de cuidados, que producen malestar.		
Modifica el auto concepto y autoimagen para aceptarse como un ser humano en un estado de salud particular necesitado de formas específicas de cuidados de salud.		
Aprende a vivir con los efectos de las condiciones de estados patológicos, los efectos de las medidas de diagnóstico y tratamiento médico, con un estilo de vida que fomente el desarrollo.		

Estudios de laboratorio y gabinete

Ultrasonido:

BH:

Hb:	Hto:	Plaquetas:	VCM:	Leucocitos:

CTOG:

--

QS:

Glucosa:	Creatinina:	Urea:

EGO/Labstix

Leucocitos:	Sangre:	Densidad	Proteínas:	Bacterias:

		Urinaria:		
Características:				

Otros:
VDRL: _____

VIH: _____

4.

3. Requisitos Universales de Autocuidado

4.1 Aspectos relacionados con la calidad y cantidad. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.

Dificultad respiratoria: SI () NO ()
Causa: _____

Usa técnicas para mejorar su respiración. SI () NO ()

¿Cuáles? _____

4.1.1 Aspectos relacionados con la estructura y función

FC	FR	I	T/A	SpO2	FCF

4.2 Elementos relacionados con la calidad y cantidad. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua

Cantidad de líquidos que consume en 24 hrs: _____

Características de ingesta:

Conoce usted la importancia de la calidad y cantidad de los líquidos que debe ingerir al día durante la etapa de embarazo y puerperio: Sí () No ()

Conoce usted las complicaciones que se originan por no consumir agua: Sí () No ()

4.2.1 Aspectos relacionados con la estructura y función

Tegumentos	Mucosa	Edema	Otros

4.3 Elementos relacionados con la calidad y cantidad. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.

Tipo de dieta: _____

Aporte calórico: _____

IMC: _____ Ganancia de peso: _____

Diario de Alimentos

	Horarios	Alimentos
Desayuno		
Comida		
Cena		
Colación		

Cereales, pan y pasta.	Frutas, hortalizas y verduras.	Origen animal y legumbres.	Aceites y grasas	Azúcar

Alimentos que le gustan / desagradan: _____

Variantes dietéticas (culturales, religiosas, médicas) _____

Suplementos alimenticios: (vitaminas, minerales) _____

Problemas relacionados con la digestión / ingestión: _____

4.3.1 Elementos relacionados con la estructura y función

4.4 Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.

Número de micción	Características	Frecuencia	Disuria () Poliuria () Tenesmo () Poliaquiuria ()
Sonda Foley:	No.	FI: Globo:	Características:

Enfermedad crónica intestinal _____

¿Ingiere algo para mejorar su proceso de eliminación?

Número de evacuaciones	Características	Frecuencia	Moco ()	Sangre ()	Tenesmo ()
------------------------	-----------------	------------	----------	------------	-------------

4.4.1 Elementos relacionados con la estructura y función

4.5 Mantenimiento del equilibrio entre actividad y reposo.

¿Práctica algún deporte o ejercicio? SI () NO () Frecuencia: _____

Caminar () Correr () Nadar () Baile () Yoga ()

Otro: _____

¿Conoce qué tipos de ejercicios se pueden realizar durante el embarazo? _____

Las actividades que desempeñan en 24 horas, le demandan un esfuerzo de tipo:

- () Físico
- () Intelectual
- () Físico - intelectual

Tiempo libre: _____ ¿Cuántas horas duerme? _____

Sensación al despertar _____

Presenta alguna dificultad para conciliar el sueño y cómo lo resuelve: _____

¿Cuántos períodos de descanso realiza usted durante el día?

4.5.1 Elementos relacionados con la estructura y función

--

4.6 Mantenimiento del equilibrio entre la soledad e interacción social.

Pertenece a algún grupo social, deportivo o cultural. ¿Cuál? _____

Como son sus relaciones personales:

Familia: _____ Trabajo: _____

Pareja: _____ Amigos: _____

Hijos: _____

Siente miedo o temor por algún motivo: _____

¿De qué manera maneja las situaciones de tensión en su vida?

Auto enfado () Reza () Enfado con los demás ()
Lectura () Hablar con personas () Sumisión ()
Escucha música () Ansiedad () Deporte ()

Recibe visita familiar: SI () NO () Parentesco: _____

4.6.1 Elementos relacionados con la estructura y función

--

4.7 Prevención de los peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

a) Prácticas de Seguridad Personal:

¿Qué complicaciones ha presentado durante este embarazo?

¿Con qué frecuencia acude al control prenatal? _____

¿En qué semana inició su control prenatal? _____ Asiste con: _____

Actividades y prevención de riesgos durante el embarazo:

		Fecha
USG obstétrico	SI () NO ()	
Papanicolaou	SI () NO ()	
Exploración de mamas	SI () NO ()	
Dentista	SI () NO ()	
Nutrióloga	SI () NO ()	
Vacunas	SI () NO ()	
Educación prenatal	SI () NO ()	
Lactancia materna	SI () NO ()	

Infecciones de Vías Urinarias	SI ()	NO ()
Infecciones vaginales	SI ()	NO ()
Enfermedades de transmisión sexual	SI ()	NO ()
Amenaza de Parto Prematuro	SI ()	NO ()
Trombosis venosa de miembros pélvicos	SI ()	NO ()
Diabetes	SI ()	NO ()
Hipertensión	SI ()	NO ()

¿Cómo realiza su aseo perianal?:

¿Usted se auto médica?

¿Consumes drogas? SI () NO ()

Alcohol () Tabaco () Marihuana () Cocaína () Otra: _____

¿Qué información relacionada con lactancia materna ha recibido durante este embarazo?

Amamantó hijos anteriores: si () no () Tiempo: _____ Lactancia Exclusiva:

Urgencia Obstétrica

Signos Vitales	T/A:	FC:	FR:	T:	FCF:
Acufenos ()	Fosfenos ()	Cefalea ()	Dolor en epigastrio ()	Hiperreflexia ()	
Oliguria ()	Poliaquiuria ()	Poliuria ()	Tenesmo ()	Disuria ()	
Sangrado transvaginal (+) (+ +) (+ + +)		Hipertonía ()	Polisitolía ()	Compromiso () Histerorrafia	
Actividad uterina:					
Ruptura de membranas:	Hora:	Características:	Criterios de Gibbs:		
Movimientos fetales :	Convulsiones:		Dificultad Respiratoria:		

Condiciones Cervicales

Dilatación:	Borramiento:	Consistencia:	Posición:	Altura de la Presentación:
-------------	--------------	---------------	-----------	----------------------------

Registro Cardiotocográfico

Duración:	Integridad:	Variabilidad:	FCF:	Actividad Uterina:
Movimientos Fetales:	Ascensos:	Descensos:		
Interpretación:				

Acceso Venoso: Sitio _____	Periférico ()	Central ()	Yugular ()
-------------------------------	----------------	-------------	-------------

Líquidos Parenterales:

Solución	Presentación	Horario

Medicamentos:

Medicamento	Dosis	Frecuencia
Glucemia capilar	Insulina	Horario / Dosis
Preprandial		
Postprandial		

Esquema de Insulina rápida							

4.7.1 Elementos relacionados con la estructura y función

--

Curva de Signos Vitales

Hora									
T/A									
FC									
T °C									

Tira reactiva en orina:	HGT:
	USG:
	RAYOS X:

4.8 Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo humano de ser normal.

¿Cada cuándo se baña? _____ Cambio de ropa: _____

Aseo bucal: _____ Gingivitis, caries, otro: _____

¿Cuándo se lava las manos?: _____ ¿Qué significa para usted la limpieza? _____

¿Cuál es la importancia de la religión en su vida?

¿Con qué frecuencia acude a lugar donde profesa su espiritualidad?

Uso de aparatos de asistencia especiales:

Silla de ruedas ()	Aparatos Ortopédico ()	Bastón / muletas ()	Dentadura postiza ()
Lentes de contacto ()	Prótesis ()	Gafas ()	Catéter Epidural ()

Ha sufrido algún cambio físico que haya alterado su auto imagen:

¿Cómo se percibe físicamente durante su embarazo? _____

¿Qué significa para usted la intimidad con su pareja durante el embarazo?

¿Usted y su pareja considera que durante el embarazo la intimidad debe cambiar?

4.8.1 Elementos relacionados con la estructura y función

--

Valoración del Puerperio Inmediato y mediat

Coloración: Palidez () Cianosis ()	Mucosas orales: Hidrata () Deshidratada
Diuresis Cantidad: _____ Características: _____ Espontanea () Sondaje vesical ()	Evacuación intestinal:
Involución uterina (localización y consistencia):	Loquios (cantidad, consistencia, coloración, olor)
Periné (coloración, edema, equimosis, hematoma, aproximación bordes, dolor, drenaje, desgarros):	Herida quirúrgica (tipo y características):
Miembros Pélvicos (coloración, edema, dolor, temperatura):	Aspectos emocionales (vinculo, rol, contacto piel a piel)
Descanso y sueño:	Deambulación (activa, pasiva)
Educación para la salud:	

Valoración de lactancia materna:

Alimentación actual: Lactancia Materna Exclusiva () Lactancia Mixta () Lactancia artificial ()

Características de la tetada:

Mamas		
Flácidas	MD <input type="checkbox"/>	MI <input type="checkbox"/>
Congestionadas	MD <input type="checkbox"/>	MI <input type="checkbox"/>
Turgentes	MD <input type="checkbox"/>	MI <input type="checkbox"/>
Mastitis	MD <input type="checkbox"/>	MI <input type="checkbox"/>
Absceso	MD <input type="checkbox"/>	MI <input type="checkbox"/>

Pezón		
Normal	MD <input type="checkbox"/>	MI <input type="checkbox"/>
Plano	MD <input type="checkbox"/>	MI <input type="checkbox"/>
Invertido	MD <input type="checkbox"/>	MI <input type="checkbox"/>
Agrietado	MD <input type="checkbox"/>	MI <input type="checkbox"/>

Observación de la tetada

Posición del cuerpo:	Vínculo emocional:
Respuesta del bebé:	Frecuencia de mamadas:

Respuesta de la mamá:	Duración de la mamada

Usa ambos pechos Si () No () A veces () Alterna el lado c/ comienza: Si () No () A veces ()

Basado en Waisman, Mónica. (1998). Formulario de Valoración. Organización de un Consultorio de Lactancia Materna. Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sarda. Volumen 17, 97-192.

Basado en la hoja de valoración de Instituto Politécnico Nacional. Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia. Guía de Evaluación del Autocuidado (s/f) Recuperado Junio 2015.

Universidad Nacional Autónoma de México. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Posgrado en Enfermería Perinata. Instrumento de Valoración Perinata. Última modificación septiembre 2006, recuperado en junio 2015. Modificado por E.E.P. Nidia Rivas flores en agosto de 2015, 2017.

Revisión por las alumnas de la 2ª generación de Enfermeras perinatales con sede en el INPer en agosto de 2016; P.L.E.O. Campos Vasquez Magali; L.E.O Galicia Hernández Victoria; L.E.O. López Castillo Magali Herminia; L.E.O. Pacheco Cadenas Elizabeth; L.E.N. Rolon Balcázar Consuelo Isabel y L.E Rueda Cano Marisela.