

AMENAZA DE PARTO PREMATURO

Centro Casa de Galicia

INDICE

INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo fue realizado por un grupo de 10 estudiantes de la Universidad de la República, perteneciente a la Facultad de Enfermería, Plan 1993, cursando el segundo módulo, del segundo ciclo, en el marco del Curso Materno Infantil

Nuestra experiencia práctica fue desarrollada en el Sanatorio Casa de Galicia, ubicado en la Av. Millán 4480-82, en la zona norte de Montevideo, específicamente en el 5º piso, sala de Maternidad, bajo la tutoría de la Lic. Sandra Delgado, en el periodo comprendido entre el 26 de octubre al 3 de diciembre del año 2010, en el horario de 13:00 a 17:00hs

El presente trabajo integra los contenidos teóricos de Amenaza de Parto Prematuro, aplicados a una usuaria con dicha patología, mediante la utilización del Proceso de Atención de Enfermería

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Presentar el tema Amenaza de Parto Prematuro aplicado a un caso clínico

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Elaborar el marco teórico correspondiente para el tema planteado
- Elaborar un PAE
- Exponer a través de una presentación la patología y el Proceso de Atención de Enfermería

MARCO TEÓRICO

AMENAZA DE PARTO PREMATURO

El diagnóstico de parto prematuro se establece cuando se cumplen los siguientes criterios:

- Edad gestacional de 20 a 37 semanas
- Contracciones uterinas de 4 en 20 minutos o de 8 o más en 60 minutos y rotura de membrana
- Membranas íntegras o borramiento clínico del 50 % o más y dilatación de más de 2 cms

SIGNOS: PATRONES DE LA CONTRACCIÓN

Iniciándose después de las 20 a 28 semanas, la actividad uterina normal se caracteriza por contracciones de baja intensidad con una presión inferior a 15 mm Hg que aumenta de forma progresiva tanto en frecuencia como en intensidad hasta el término.

La irritabilidad uterina pretermino puede comenzar ya a las 24 semanas, estas ondas de baja amplitud y alta frecuencia constituyen un signo de aviso precoz. Esta hiperactividad se pone de manifiesto a través de

contracciones suaves, en forma de onda, irregulares pero frecuentes. Sin intervención, las contracciones se irán organizando y serán más intensas dando lugar a nacimientos prematuros.

En la parto pretermino se pueden romper las membranas sin que tengan lugar contracciones de parto organizadas posteriores, o bien pueden comenzar las contracciones sin rotura de membranas

SIGNOS ASOCIADOS

- Dolor abdominal de tipo menstrual o calambres en los muslos
- Lumbalgia sorda, rítmica o dolor pélvico
- Sensación de pesadez en la pelvis
- Aumento de la secreción vaginal acuosa o sanguinolenta
- Calambres uterinos intermitentes, mas de 4 cada 20 minutos o de 8 por hora con frecuencia no sentidos como dolorosos
- Cólicos intestinales con o sin diarrea

IMPORTANCIA DEL TEMA:

- Elevada frecuencia en nuestra población obstétrica.
- Los resultados perinatales más desfavorables, la peor morbilidad perinatal en gestaciones viables.
- Los elevados costos asistenciales por la elevada demanda de recursos para el manejo de estos neonatos, con requerimientos de unidades de cuidado intensivo y otros recursos altamente costosos pero necesarios dados sus características.
- La variedad de patologías que desencadenan y/o obligan al parto pre término.
- La necesidad de intervención médica y obstétrica para resolver las complicaciones propias del parto pre término y aquellas asociadas.

Por estas consideraciones se trata de embarazos de alto riesgo obstétrico que requieren una protocolización de las conductas, para crear un marco de referencia asistencial y así poder evaluar retrospectivamente los resultados de la aplicación de estas. Por lo descrito anteriormente es fundamental el diagnóstico precoz y tratamiento adecuado de este cuadro clínico

INCIDENCIA EN LAS ESTADÍSTICAS

GRAFICA DE ESTADÍSTICA DEL MSP SEGÚN SEMANAS DE GESTACIÓN AÑO 2007

Se grafica números de nacimientos en función de semanas de gestación

FACTORES DE RIESGO DE PARTO PREMATURO

Se reconocen múltiples factores que pueden estar solos o asociados , los podemos clasificar de la siguiente forma:

- **Sociales:** Déficit del medio socioeconomicocultural, tareas de esfuerzo, adolescencia, extensas jornadas laborales, madres solteras sin medio continente, estrés psico-físico
- **Causas maternas generales:** Infecciones del tracto genito urinario como infecciones urinarias, infección genital baja entre otras: enfermedades generales (anemia, colopatías, endocrinopatías, cardiopatías, desnutrición, etc.), hábitos tóxicos (tabaquismo, alcoholismo, drogadicción).
- **Causas obstétricas:** el antecedente fundamental es el de partos de pretermino en otros embarazos (paciente con el antecedente de dos partos pretermino presentan un riesgo del 70% de repetir este

evento adverso), también en corto periodo intergenesico (menor a 2 años), hijos de bajo peso al nacer (menor igual a 2500 grs.), antecedentes de aborto, embarazo ectópico.

- **Causas genitales:** malformaciones, tumoraciones (miomatosis), cicatrices uterinas, incompetencia cervicouterina.
- **Causas ovulares:** rotura prematura de membranas, corioamnionitis (clínica o subclínica), polihidramnios, placenta previa
- **Causas fetales:** embarazo múltiple, macrosomía fetal, malformaciones fetales, asfiksia, RCIU, presentaciones distócicas

ETIOLOGÍA

El parto prematuro puede desencadenarse espontáneamente o ser consecuencia de la decisión de interrumpir el embarazo como resolución de alguna patología o complicación de la misma que afecte a la embarazada o al feto.

En suma, la gestación se puede interrumpir antes del parto por una de dos razones:

En forma espontánea, porque existe una noxa que afecta la continuación del embarazo y desencadena el trabajo de parto prematuro.

Por otra parte, en algunas circunstancias, el embarazo se interrumpe por indicación obstétrica, con la intención de corregir o evitar el agravamiento de algunas patologías o complicaciones de las mismas, que comprometen la vida o la salud materna o fetal, al punto de hacer muy riesgosa la continuación de la gestación.

TRATAMIENTO DE LA AMENAZA DE PARTO PREMATURO

La conducta inicial consiste en reposo absoluto (sexual, física y psíquica), hidratación y evaluación fetal. La conducta además, en tratamiento farmacológico con tocolítico (inhibición de las contracciones uterinas), administración de corticoides (inducción de la maduración pulmonar) y antibióticos (profilaxis de la infección por el estreptococo del grupo B, este se realiza a partir de las 35 semanas) y contactar con el pediatra para preparar la asistencia neonatal o decidir el traslado de la madre a un centro terciario.

Un paciente que concurre a la consulta con APP, el ingreso al área asistencial es inminente, se la debe colocar de forma inmediato en reposo en DLI (explicarle la importancia del mismo), control de signos vitales maternos y fetales (movimientos y latidos cardiacos) se le administrará medicación indicada, generalmente se suprime vía oral, se coloca apósito estéril en vulva.

La evidencia demuestra que ésta es la medida fundamental y más eficaz para el tratamiento. El 50% de las APP se mitigan con reposo. La instauración de reposo absoluto es esencial para establecer el diagnóstico.

DIETA, debe adecuarse a las patologías asociadas que pueden afectar a la paciente, en especial afecciones metabólicas y cardiovasculares. En general deben tener un aporte proteico suficiente (en la inanición materna el A.P.P. puede ser una consecuencia de la explotación a que la somete el embarazo). Lactidos abundantes por la frecuencia de Infección Urinaria como factor determinante y residuos por el frecuente estreñimiento que provoca el reposo en cama.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- Agentes tocolíticos

Pertenecen a una clase de fármacos que inhiben las contracciones afectando a la acción del músculo liso.

Los análisis de la eficacia tocolítica demuestran que estos fármacos retrasaran el parto al menos 24 o 48 horas, y en ocasiones hasta varias semanas aunque en muchas ocasiones no lo consiguen. En caso de posible infección, la adición del tratamiento antibiótico ha mejorado las tasas de eficacias.

Es posible que el borramiento o la dilatación del cuello no estén muy adelantados. Si la dilatación del cuello fuera superior a 3 o 4 cm, con contracciones intensas, roturas de membranas o si la mujer presenta contraindicaciones médicas, se permitiría la progresión del parto.

La primera droga de elección es el Fenoterol (antagonista de la occitocina)

Presentación: Ampollas de 0,5 mg, este debe diluirse en SG al 5 %, y debe ser administrado SIEMPRE por bomba de infusión continua.

Comprimido v/o.

Acción: es un inhibidor de la contractilidad uterina. Adrenérgico, agonista selectivo de los receptores beta 2. Depriime las contracciones uterinas, normaliza la dinámica exagerada, retarda el trabajo de parto, de modo de permitir alcanzar mayor madurez fetal. Inhibe el trabajo de parto en caso de sufrimiento fetal.

Usos: amenaza de parto prematuro. Hiperactividad uterina.

Efectos maternos: se puede presentar boca seca, náuseas, vómitos, trastornos del ritmo cardíaco, angor, dificultad respiratoria, hipertensión arterial, vértigos, cefaleas, temblor, hiperexcitabilidad y convulsiones.

A este tipo de pacientes se le debe realizar control estricto de signos vitales, realizando hincapié en frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria.

Artrilona supositorio

Composición: Indometacina 100mg y diazepam 5mg. Asociación de relajantes musculares con antiinflamatorio.

Acción: la Indometacina es una antiprostaglandinas, su mecanismo de acción es inhibición de la prostaglandinas en tiempo medio de 2-3 horas, atraviesa la placenta tiempo medio neonatal 11-15 horas y mas prolongada si es inmaduro.

Contraindicaciones: en mujeres con posibilidad de hemorragias o ulcera péptica debido al ligero efecto anticoagulante.

Efectos maternos: los mismos son escasos, sin cambios en la frecuencia cardíaca y presión arterial, pueden producir náuseas, vómitos, pirosis. Con menor frecuencia hemorragia posparto.

Efectos fetales: posibilidad de cierre prematuro del conducto arterioso utilizada con este fin en recién nacidos, Oligohidramnios inhibe la producción de líquido amniótico.

Monitorización: en pequeñas dosis escasos efectos secundarios. Observar patrones de contracciones para detectar vértigo o atonamiento. Observar la aparición de cambios en el patrón de la hemorragia posparto.

Sulfato de magnesio

Eficaz como bloqueante neuro muscular en caso de hipertensión durante el embarazo, relaja también el músculo liso afectando la salida y entrada de calcio de la célula muscular.

Dosificación: dosis de ataque, 4g de solución al 10% (40ml) durante 20 minutos, a continuación 1 a 3g/hora hasta el cese de las contracciones.

Este debe diluirse en Suero glucosado al 5%, debe ser administrado SIEMPRE por bomba de infusión continua, y a las 6 horas de haber comenzado el goteo se realizará magnisemia para valorar dicha concentración.

A continuación por vía oral por comprimido de 500mg cada 4hs durante 24hs.

Acción: bloquea la unión mioneuronal, afectando así a la intensidad de la contracción: tiempo medio corto; dificultad para obtener el nivel terapéutico de 4,5 ml/dl. Si hay un incorrecto funcionamiento de la función renal se pueden producir niveles tóxicos.

Contraindicaciones: Insuficiencia renal, hipotensión, lesión miocárdica

Efectos maternos: Sistema Cardiovascular (hipotensión, colapso circulatorio), Sistema Nervioso Central (reflejos tendinosos profundos deprimidos, respiraciones deprimidas, debilidad muscular, íleo paralítico, confusión. Otros: sudoración, ruborización, hipotermia, oliguria.

Se le realizará control estricto de frecuencia cardíaca y presión arterial como así también el control de diuresis por los efectos mencionados anteriormente.

Efectos en el recién nacido: hipermagnesemia, letargo, hipotonía, posible toxicidad, evaluar frecuencia respiratoria.

BLOQUEANTES DE LOS CANALES DE CALCIO

Nifedipina

Dosificación: sublingual para un comienzo rápido utilizando capsula de gelatina. v/o 20 mg 4 veces al día, masticar y tragar con agua. Pasado 3 días reducir la dosis a 2 veces al día durante 5 días.

Acción: Inhibe el flujo de Ca en el tejido muscular, relaja el músculo liso; suprime las contracciones inducidas por las prostaglandinas y oxitocina. Se obtienen ventajas añadidas si la mujer es HTA; tiempo medio de 2 a 3 hs

Contraindicaciones: hipersensibilidad. Aumenta los efectos de los beta bloqueantes; junto a otros beta bloqueantes puede provocar insuficiencia cardíaca e hipotensión

Efectos maternos: Sistema Cardiovascular (palpitaciones, hipotensión, edema periférico), Sistema Nervioso Central (cefalea, debilidad, vértigo, ruborización facial transitoria, alteraciones del sueño), Gastrointestinales (pirosis, diarrea, calambres abdominales). Otros: congestión nasal, disnea, tos, jadeo, dolor articular, fiebre

Efectos fetales: taquicardia.

Corodex

Dosificación: Se suele realizar 24mg I/M en 24 horas como dosis total.

Dependiendo del profesional la indicación puede variar: 12 mg c/24 hs por dos días o 6 mg cada 12 hs por 24 horas (4 dosis).

Composici3n: Dexametasona I/M

Acci3n: la Dexametasona se administra a mujeres con riesgo de parto prematuro para estimular la maduraci3n pulmonar del feto.

La Dexametasona es un potente glucocorticoide sint3tico con acciones que se asemejan a las de las hormonas esteroides. Act3a como antiinflamatorio e inmunosupresor.

Efectos en la madre: Puede presentar hiperglucemia, glucosuria, hipercatabolismo proteico, aumento del apetito, hipertensi3n arterial, sobre carga cardiaca, insomnio, excitaci3n, alteraciones mentales.

Antagonistas de la oxitocina:

el atociban, un antagonista de la oxitocina/vasopresina, es un inhibidor de la contracci3n uterina pretermo

Acci3n: su acci3n antagonista dificulta la uni3n de la oxitocina a su receptor de la superficie celular miometrial y la decidua: impide su se3al a sus mensajeros intracelulares y la actividad de las prostaglandinas E y F. los receptores de oxitocina aumentan en el miometrio con la edad gestacional y son relativamente muy pocos en edades gestacionales menores de 28 semanas.

Dosificaci3n: v3a intravenosa de 300 ug/min. en las primeras 3 hs y luego 100ug/min. por 18 a 48 hs.

Efectos maternos y fetales: reacciones en el sitio de la inyecci3n y no se han demostrados efectos como edemas pulmonar e isquemia de miocardio. En el feto el mecanismo de bloqueo de vasopresina podr3a producir una respuesta hemost3tica de estr3s.

Tratamiento con antibi3ticos

La eficacia del tratamiento antibi3tico para tratar una infecci3n genital en la mujer con APP, sin rotura prematura de la membrana amni3tica, no ha sido demostrada. No se puede recomendar su uso rutinario. Cuando la APP se asocia con rotura prematura de las membranas amni3tica, vaginosis bacterianas o colonizaci3n del estreptococo del grupo B, esta justificada la utilizaci3n de tratamiento con antibi3ticos. La eritromicina m3s ampicilina o eritromicina sola en mujeres con partos pretermo y roturas prematuras de membranas reducen la morbilidad materna y neonatal, prolongando la duraci3n del embarazo protegiendo al feto de infecci3n intrauterina.

Las mujeres con APP en que se desconoce su estado de portador del estreptococo del grupo B deben de recibir el tratamiento antibi3tico profil3ctico hasta recibir el resultado del cultivo recto-vaginal, si este es negativo se puede interrumpir.

Cuando la APP viene acompa3ada de RPM, la paciente va a permanecer internada hasta la culminaci3n del embarazo en las condiciones que se mencionaron anteriormente (reposo absoluto, control de signos vitales maternos y fetales), aposito est3ril en vulva donde se podr3 visualizar la cantidad y las caracter3sticas del mismo).

Se le realizara control de temperatura estricto tanto bucal como axilar.

En cuanto a la cl3nica se realizara de forma diaria, hemograma, velocidad de eritrosedimentaci3n y prote3na C reactiva para descartar la probabilidad de infecciones (esto quedara adjunta a la HC , pero tambi3n se realizara un registro diario en una planilla donde se valorara los cambios existentes).

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO. CERCLAJE CERVICAL:

Es una intervención quirúrgica que consiste en colocar una sutura en el cuello uterino para impedir la dilatación pasiva de este en pacientes que presenten la patología. La finalidad del procedimiento es llevar el embarazo hasta una edad gestacional viable. Su indicación primaria es la incompetencia cervical, sin embargo, ha habido varios intentos de aplicarlo en situación de amenaza y/o parto prematuro, a fin de evitar la progresión del mismo. Ha este cerclaje se le ha llamado de emergencia terapéutico. Se realiza cuando hay un acortamiento importante del cérvix o dilatación evidente del canal cervical con exposición de membranas. Suele utilizarse en el segundo semestre. Es muy complejo, presenta mayor riesgo de membranas durante y después de la operación y peor pronóstico perinatal.

Previo a la cirugía siempre se debe de certificar la vitalidad fetal, con ecografía, medir la longitud cervical con ecografía transvaginal para tener un punto de referencia y compararlo después de la cirugía. En los casos en que ya haya dilatación cervical y exposición de membrana hacia el canal vaginal, antes del Cerclaje se debe hacer una amniocentesis con el objetivo de descartar una corioamnionitis (que contraindica el procedimiento) y reducir la cantidad de líquido amniótico para ser más fácil la entrada de la bolsa nuevamente a la cavidad uterina. Además se debe tener la certeza de que no hay dinámica uterina ni desprendimiento placentario que pudieran estar causando el parto, por eso se debe de tener a la paciente en observación durante un periodo de 12 a 24 hs antes del cerclaje de emergencia.

CONDUCTA ANTE EL PARTO PRETERMINO INMINENTE:

En los casos de que el cérvix uterino está borrado y con una dilatación igual o superior a 5 cm, con un evidente descenso de la presentación en el interior del canal del parto y actividad uterina rítmica y persistente (3 contracciones cada 10 min.) la probabilidad de tener el parto es elevada, y debe considerarse que el parto está en curso, hecho que obliga a interrumpir el tratamiento tocolítico.

La frecuencia de anomalías de la presentación fetal, especialmente la presencia de presentación podálica, es mayor que en parto a término. Además, existe un mayor riesgo de traumatismo fetal y el feto tiene una menor tolerancia y una mayor sensibilidad a la asfixia. Por lo que los objetivos de la asistencia son disminuir el riesgo de asfixia y traumatismo fetal.

En la presentación cefálica, dependiendo de las condiciones va a ser un parto vaginal o cesarea.

CONDICIONES PARA INHIBICIÓN DEL PARTO PRETÉRMINO

- Infección ovular
- Aborto fetal
- Malformación fetal incompatible con la vida
- Patología materna grave
- Sufrimiento fetal
- Trabajo de parto avanzado
- Hemorragia grave
- R.C.I.U.
- Estados Hipertensivos del Embarazo
- Madurez pulmonar comprobada
- Metrorragia

Las patologías mencionadas anteriormente tendrán como consecuencia la inhibición del parto pretermono dependiendo de la situación materna fetal.

El uso de medicación uteroinhibidora se limitará a las Amenazas de Parto Pretérmino con edad

gestacional inferior a 35 semanas (34 semanas o menos).

Con 35 semanas cumplidas la conducta obstétrica puede ser expectante, con mantenimiento de las medidas higiénicas y dietéticas, sin uteroinhibición farmacológica y con antibioticoterapia cuando existe una indicación específica para ello.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Fecha: 3/11/10. Sala: 511 Ventana. Piso: 5º Casa de Galicia.

DATOS PATRONIMICOS

Nombre: R.V Edad. 27 años. Fecha de Nacimiento: 25/11/82. Raza: Blanca.

Nacionalidad: Uruguay. Procedencia: Montevideo.

Estado civil: Soltera. Nivel de instrucción: Terciaria incompleta.

Ocupación: Empleada domestica.

Fecha de Ingreso a sala: 2/11/10 hora 13:45. Cobertura: Socio Activo.

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Madre: HTA.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Diabética tipo I desde sus 15 años, en tratamiento con insulina NPH s/c 42 UI pre almuerzo y 18 UI pre cena.

Hipertensión Arterial.

Grupo Sanguíneo: O Rh positivo.

HABITOS NOCIVOS: No fumadora, no consume drogas ni alcohol.

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS:

Menarca: 12 años con ciclos regulares.

Inicio de las relaciones sexuales a los 15 años.

Métodos Anticonceptivos: Anticonceptivos orales anterior al embarazo.

Gestas previas: 1

Partos vaginales: ninguno.

Cesárea: 1

Nacidos vivos: 2

Antecedentes de gemelares.

Fecha de Embarazo anterior: 23/03/2002.

Embarazo no planificado. Embarazo anterior: RN prematuros.

Peso al nacer: 1.850kg y 1.640kg

Refiere no haber amamantado. Alimentándolos con susedado.

EMBARAZO ACTUAL:

FUM: 11/03/10 FPP: 21/12/10

Embarazo de 33 semanas.

Periodo intergenésico de 8 años.

Embarazo captado a las 12 semanas de gestación.

Nº de controles prenatales 6, embarazo controlado. Planificado.

PAP normal.

No se realiza Autoexamen de mamas.

MOTIVO DE CONSULTA.

Consulta directamente en 5to piso, maternidad, por contracciones uterinas dolorosas, vómitos y estreñimiento.

DIAGNOSTICO AL INGRESO: APP.

INDICACIONES MÁS DICAS AL INGRESO:

- Reposo Absoluto.
- Artrilona Supositorio 1 Dosis.
- Corodex 12mg I/M c/12hs por dos días.
- Fenoterol 1/2 comprimido v/o cada 8 hs.
- Diazepan 5 mg v/o c/12hs.
- Alfametildopa 500mg v/o c/8hs.
- Plenum 1 cucharada c/12hs.
- Insulina NPH 42UI s/c pre desayuno y 18UI pre cena.
- HGT pre desayuno, almuerzo, merienda, cena y 1hs post los mismos
- Régimen dietético Hiposódico y Diabético.

VALORACION PSICOSOCIAL:

Usaria de 27 años de edad, soltera, vive en la ciudad de Montevideo con sus padres, hermanos y sus dos hijos de 8 años de edad, los mismos son de su pareja anterior con la cual no tiene relación.

Refiere que su vivienda es de material, techo de planchada, cuenta con 5 dormitorios, baño, cocina y

comedor.

Posee servicio de energía eléctrica, agua potable, saneamiento, teléfono, y recolección de residuos.

Tiene una buena red de soporte social por parte de su familia.

Sus hijos de 8 años de edad están escolarizados, los cuales van a escuela de tiempo completo. Su mamá se encarga de los mismos mientras ella trabaja.

Su sustento económico está dado por la ayuda de sus padres y su propio ingreso económico la cual trabaja de empleada doméstica de 8 a 9 horas al día.

Refiere tener buena relación con su pareja actual la cual no vive con ella.

En este momento se encuentra ansiosa y nerviosa por la salud de su bebé.

IMPRESIÓN GENERAL:

Usaria descansando en su unidad en decúbito dorsal, Ventila espontáneo al aire, con piel y mucosas normocoloriadas, sin dolor aparente., acompañada, con vestimenta acorde a la temperatura de la sala, presenta buenas condiciones de higiene.

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.

Tax 36.5°C.

Usaria orientada lúcida en tiempo y espacio.

Coincide lo gestual con el habla.

Presencia contracciones uterinas dolorosas.

No refiere tener mareos, cefaleas, no acúfenos, no fosfenos, ni nuchalgia.

Refiere dormir de 6 a 8 hs diarias anteriormente.

Actualmente, menciona tener sueño interrumpido debido a la presencia de las contracciones uterinas dolorosas.

Audición conservada.

Visión: usa lentes convencionales.

SISTEMA GENITOREPRODUCTOR.

Mamas: Simétricas, pezones bien formados, areolas pigmentadas, sin estrías ni lesiones.

Útero: Altura uterina 34 cm, Según gráfica del CLAP, altura uterina en relación con semanas de amenorrea, se encuentra por encima de percentil 10 y por encima de percentil 90.

Vagina: no genitorragia, hidrorrea, leucorrea, prurito ni ardor.

Situación fetal longitudinal, presentación cefálica, posición dorso derecho con respecto al eje longitudinal materno.

Latidos Fetales: presente. Movimientos fetales presentes.

Refiere contracciones uterinas dolorosas regulares con dolor en hipogastrio, sin pérdida.

SISTEMA ENDOCRINO.

HGT (glicemia capilar) 2,69mg/dl. Pre merienda.

SISTEMA CARDIOVASCULAR.

P/A 120/80 mm/hg. Normotensa.

Pulso Radial: 72 p/min, ritmo regular continuo.

Relleno capilar instantáneo.

No presenta varices.

Presenta Edemas en MMII, godett positivo a nivel de málculo interno y externo.

HEMOGRAMA 6/10.

Hematóes 3.48 mill/mm³.

Hemoglobina 11.7 g/dl.

Hematocrito 34.7%.

SISTEMA MUSCULO ESQUELETICO.

Cumple reposo absoluto.

Tono y fuerzas musculares conservadas.

SISTEMA RESPIRATORIO.

FR 18 res/min. Eupneica.

Ventila espontaneo al aire.

Expansión torácica simétrica.

No presenta tos, ni secreciones.

SISTEMA DIGESTIVO NUTRICIONAL.

Boca: piezas dentarias completas.

Lengua húmeda y sin lesiones.

Mucosas hidratadas.

Tolera vÃ­a oral.

Dieta hiposodica y diabÃ©tica.

No cumple con la dieta consumiendo en exceso hidratos de carbono.

Consume mÃ¡s de 2 litros de agua diarios.

No Moviliza intestino Diariamente.

SISTEMA NEFROURINARIO.

Orina espontaneo, micciÃ³n espontanea y frecuente, de color Ã¡mbar.

Sin ardor, ni dolor a la micciÃ³n.

Examen de Orina: Realizado el dÃ­a 7/9.

Color vogel 3.

ReacciÃ³n PH 6.

Densidad 1025.

Proteinuria negativa.

Glucosuria 0.39 g/l.

Cuerpos cetonicos negativos.

Hemoglobina negativo.

Pigmentos biliares negativos.

Sedimento urinario escasos cÃ©lulas epiteliales.

Urocultivo

No desarrolla bacterias.

SISTEMA TEGUMENTARIO

Piel normocoloreada, bien hidratada, pliegue cutÃ¡neo normoelÃ¡stico,

Faneras: Pelo corto en buenas condiciones de higiene. UÃ±as cortas y limpias. Buena higiene corporal.

SISTEMA INMUNOLOGICO.

VAT vigente. HIV negativo.

DIAGNOSTICOS Y PLAN DE ACCION.

- **Alteraci3n del proceso gestacional (prematurez) relacionado a Amenaza de Parto Prematuro, manifestado por contracciones uterinas dolorosas.**

Plan de acci3n:

- ◆ Insistir el reposo absoluto, vigilar que este se realice
 - ◆ Reposo en dec3bito lateral izquierdo para que el 3tero no comprima la vena cava y asi favorecer la perfusi3n 3tero-placentaria.
 - ◆ Detecci3n precoz de contracciones uterinas y dolores p3lvicos.
 - ◆ Valorar frecuencia, duraci3n, intensidad y tono de las contracciones.
 - ◆ Colocar ap3sitos est3riles en la vulva para detectar genitorragia, hidrorrea y caracter3sticas.
 - ◆ Informar sobre el riesgo que genera la deambulaci3n en su situaci3n.
 - ◆ Brindar cuidados de higiene y confort en cama.
 - ◆ Informar a la usuaria sobre signos y s3ntomas de alarma (hidrorrea, genitorragia, contracciones uterinas y dolor). A la aparici3n de cualquiera de estos s3ntomas avisar a enfermer3a.
 - ◆ Coordinar Ecodoppler y Ecograf3a Obst3trica.
 - ◆ Valorar presencia de movimiento fetal, latido fetal y monitoreo.
 - ◆ Coordinar con Ginec3logo, Nutricionista y Endocrin3loga.
 - ◆ Realizar Paraclinica. (glicemia sanguinea)
 - ◆ Administrar medicaci3n prescrita seg3n indicaci3n medica.
 - ◆ Informar a la usuaria sobre una posible realizaci3n de una ces3rea y cuidados PRE-operatorios.
- **Riesgo potencial de complicaciones (Metab3licos, Mal formaciones, D3ficit termorregulaci3n, Distress respiratorio) fetales relacionado a edad gestacional menor a 36 semanas.**

Plan de acci3n:

- ◆ Informar a la usuaria y su n3cleo familiar sobre los principales s3ntomas y medidas preventivas.
- ◆ Proporcionar a la usuaria un ambiente tranquilo.
- ◆ Reposo absoluto, dec3bito lateral izquierdo para que el 3tero no comprima la vena cava y favorecer la oxigenaci3n 3tero placentaria y fetal).
- ◆ Controlar din3mica uterina (frecuencia, intensidad, duraci3n y tono), ense3ar la auto monitorizaci3n de las contracciones y que ante el aumento de la misma avise inmediatamente al equipo tratante.
- ◆ Controlar la vitalidad fetal en cada turno y movimientos fetales.
- ◆ Conocer presentaci3n fetal.
- ◆ Colocar ap3sito est3ril en la vulva para detectar genitorragia, hidrorrea y caracter3sticas.
- ◆ Control de constantes vitales en cada turno o seriado.
- ◆ Medir altura uterina para valorar CIU.
- ◆ Administrar medicaci3n en tiempo y forma cumpliendo con los 5 correctos (usuaria, medicaci3n, dosis, v3a de administraci3n, horario correcto).
- ◆ Controlar estrictamente los efectos deseados y adversos, de la medicaci3n administrada.
- ◆ Coordinar ecograf3as solicitadas, rutinas en sangre y orina.

Evaluaci3n: Sin complicaciones maternos fetales.

- **Alteraci3n de las cifras de glicemias relacionadas a la interacci3n de medicamentos. (glucocorticoides.)**
- **Alteraci3n de las cifras de glicemia relacionada a su patolog3a de base y al incumplimiento de la dieta.**

Plan de acci3n:

- ◆ Lavado de manos antes y despu3s del manejo del paciente con agua y jab3n.
- ◆ Control estricto de glicemia seg3n indicaci3n m3dica. Control de glicemia capilar PRE y post prandial (en las cuatro comidas desayuno, almuerzo, merienda y cena).
- ◆ Administraci3n de insulina seg3n indicaci3n medica cumpliendo con los 5 pasos correctos.
- ◆ Controlar el sitio de puncci3n y realizar la rotaci3n del mismo.
- ◆ Evaluar posibles reacciones adversas medicamentosas.
- ◆ Realizar control sobre cumplimiento del r3gimen prescripto.
- ◆ Educar al usuario sobre la importancia del cumplimiento del tratamiento higi3nico _ diet3tico y sus posibles complicaciones.

Evaluaci3n: Persiste los niveles altos de glicemia.

- **Alto riesgo de lesi3n materna y fetal relacionada con hiperglucemia.**

Plan de acci3n:

- ◆ Brindar informaci3n a la usuaria y su familia sobre la importancia del tratamiento diet3tico, sobre el cuidado y control odontol3gico, la piel, los pies e higiene corporal.
- ◆ Mantener la glucosa en par3metros normales, realizando controles de glicemia capilar y venosa seg3n indicaci3n medica.
- ◆ Registrar en historia cl3nica todos los controles de glicemia.
- ◆ Realizaci3n de estudios paracl3nicos seg3n indicaci3n medica.
- ◆ Coordinar Inter consulta con Endocrin3loga y Nutricionista.

Evaluaci3n: Sin signos de lesi3n.

- **Temor y ansiedad relacionado a preocupaci3n de bienestar de su bebe.**

Acciones:

Relacionarnos con la usuaria a fin de que se sienta c3moda.

Brindar espacio de escucha y contener.

Evacuar toda duda e interrogante que la usuaria plantee respondiendo de forma clara y precisa para que la misma comprenda.

Demostrar inter3s y respeto por los sentimientos de la usuaria, tomarse el tiempo necesario para la entrevista, respetar los tiempos de la usuaria.

Explicarle los procedimientos que se le va a realizar.

- **Alteración del patrón del sueño relacionado a contracciones uterinas.**

Plan de acción:

- Brindar espacio de escucha.
- Evitar alteraciones ambientales como ruidos, iluminación, visitas, TV, radio,
- Proporcionarle un ambiente tranquilo a la usuaria para facilitar el descanso.
- Otorgarle ayuda para la realización de ejercicios respiratorios para poder aliviar su dolor frente a las contracciones.
- **Alteración del patrón de eliminación (estreñimiento) relacionado a reposo absoluto.**

Plan de acción:

- Administrar en tiempo y forma los medicamentos indicados por el medico.
- Valorar número de deposiciones, así como consistencia y cantidad.
- Alimentación acorde a las necesidades de la usuaria, rica en fibra y líquidos.
- Administrar medicación según indicación médica.
- Realizar registros en historia clínica.
- **Déficit de auto-cuidado relacionado a reposo absoluto.**

Plan de Acción:

- ♦ Brindarle cuidados integrales: -higiene y confort.
- ♦ Colocar la chata cuando la usuaria lo solicite, proporcionando un biombo para mantener la privacidad). Y realizar higiene.
- ♦ Asistirla en la alimentación y la vestimenta
- ♦ Ponernos a disponibilidad de la usuaria.

Evaluación: Se cubren sus necesidades.

Resolución de caso.-

El día 9 de noviembre se coordina cesárea para la hora 19:30hs ya que se le realizó Ecodoppler feto-placentario arrojando alteraciones: Resistencia placentaria dentro límites normales. Resistencia fetal normal flujo en cerebral media. Vasodilatación encefálica en 1 DS, tendencia a centralizar flujo en ductos normal relación umbilico cerebral 0,94 próximo a 1.

Estado hemodinámica final fetal a controlar.