



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE
PRIMIGESTA JUVENIL CON DIAGNOSTICO DE EMBARAZO
GEMELAR, RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA Y SARS-2-COVID-
19

NARVAEZ BELTRAN ROMMEL WILLIAM
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

MACHALA
2021



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE
PRIMIGESTA JUVENIL CON DIAGNOSTICO DE EMBARAZO
GEMELAR, RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA Y SARS-2-
COVID-19

NARVAEZ BELTRAN ROMMEL WILLIAM
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

MACHALA
2021



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

TRABAJO TITULACIÓN
ANÁLISIS DE CASOS

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE PRIMIGESTA JUVENIL
CON DIAGNOSTICO DE EMBARAZO GEMELAR, RUPTURA PREMATURA DE
MEMBRANA Y SARS-2-COVID-19

NARVAEZ BELTRAN ROMMEL WILLIAM
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

AGUILAR RAMIREZ MAYRA PATRICIA

MACHALA, 08 DE ENERO DE 2021

MACHALA
2021

TRABAJO DE TITULACION

INFORME DE ORIGINALIDAD

0%

INDICE DE SIMILITUD

0%

FUENTES DE
INTERNET

0%

PUBLICACIONES

0%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias

< 30 words

Excluir bibliografía

Activo

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

El que suscribe, NARVAEZ BELTRAN ROMMEL WILLIAM, en calidad de autor del siguiente trabajo escrito titulado PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE PRIMIGESTA JUVENIL CON DIAGNOSTICO DE EMBARAZO GEMELAR, RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA Y SARS-2-COVID-19, otorga a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tiene potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

El autor declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

El autor como garante de la autoría de la obra y en relación a la misma, declara que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asume la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 08 de enero de 2021



NARVAEZ BELTRAN ROMMEL WILLIAM
0751001553

DEDICATORIA

“La fuerza de tus pensamientos y el reflejo de tus acciones son la firma que dejas en este mundo”

Woody Allen

El fruto de este trabajo lo dedico con gran honor en primer lugar a Dios por prestarme la vida y las capacidades como ser humano día a día, a mis padres por brindarme el apoyo y la paciencia para poder desenvolverme académicamente y como persona durante todos estos años, y a mis docentes que son su perseverancia me han impartido su sabiduría, forjándome en el camino del conocimiento con sus enseñanzas durante el proceso para poder llegar a cumplir esta meta tan anhelada.

R. Narváez

RESUMEN

El embarazo adolescente ha correspondido uno de los temas más abordados dentro de la salud sexual y reproductiva ya que constituye un proceso precoz en el rol materno. Corresponde un riesgo en la salud de las futuras madres prematuras que envuelve ciertas posibilidades negativas tanto la gestante como el producto, para ello, la atención de salud que recibe una embarazada adolescente, independientemente del nivel de atención, se basa en controlar los riesgos que puedan desencadenar complicaciones a nivel materno o fetal. En caso de presentarse aquellos, el personal médico y de enfermería encaminan a una acción directa para tratar la sintomatología dentro de la atención hospitalaria; los cuidados subyacentes que brinda el personal de enfermería se basa en estabilizar la gestación hasta que se dé el parto y alumbramiento normal y evitar un parto prematuro. Se conoce que la complicación obstétrica más común que puede generar un parto prematuro a nivel global corresponde a la ruptura prematura de membranas ya que por diversos factores puede llegar a comprometer la salud materno fetal y requiere de una atención inmediata; por otro lado, la situación actual por pandemia global del Covid 19, ha obligado que el personal de salud tome medidas de bioseguridad ante las intervenciones efectuadas y de esta forma el equipo de salud pueda llevar a cabo las intervenciones establecidas en la atención de salud que brinda el país. Este trabajo tiene el objetivo de aplicar el proceso de atención enfermería en una paciente primigesta juvenil con diagnóstico de embarazo gemelar, ruptura prematura de membrana y enfermedad respiratoria aguda (SARS-2) asintomática basado en la teoría de las 14 necesidades de Virginia Henderson. El método de investigación que se aplicó fue el estudio cualitativo basado en la recopilación de datos de la historia clínica de forma descriptiva enunciando la caracterización de la patología mediante revisión bibliográfica de artículos científicos de alto impacto y bibliografía complementaria. Los resultados encontrados determinan que las intervenciones médicas y de enfermeras bajos normas de bioseguridad y protocolos de atención aplicados dentro de la hospitalización de la paciente asintomática con infección por COVID-19 lograron disminuir la eliminación de líquido por RPM y los riesgos para la salud mediante reposición de líquidos, tocolíticos, antibióticos y profilaxis, además de la constante monitorización, control y vigilancia de su condición materno-fetal, prolongando su gestación con aproximadamente 6 días posterior a su ingreso al área de emergencia hasta el momento de ser intervenida por cesárea de emergencia; además que la infección por Covid 19 fue descartada con resultados de hisopado días antes del parto por lo que no presentó transmisión vertical en los productos 1 y 2 posterior a la intervención. Como conclusiones se evidencia que la paciente presentó la RPM por el factor del embarazo gemelar, independientemente de la edad materno o edad gestacional e infección, descartando cualquier otra causa incluyendo la infección adquirida por SARS-2/CoV-19, por lo que para disminuir y controlar los signos y síntomas de la complicación obstétrica, por parte del personal de enfermería se aplicó los cuidados y atención establecidos por el sistema de salud pública bajo protocolos de bioseguridad bajo el enfoque de la valoración e

intervención de las 14 necesidades de Virginia Herderson el mismo que nos permitió identificar alteraciones dentro de la alimentación, eliminación, movilización, descanso y sueño, higiene y condición tegumentaria, seguridad, comunicación y relaciones sociales y autorrealización.

Palabras claves: Embarazo Adolescente, embarazo gemelar, Ruptura Prematura de Membranas, SARS-2/COVID-19; Proceso de atención de enfermería.

ABSTRACT

Adolescent pregnancy has corresponded to one of the most approached topics within sexual and reproductive health since it constitutes an early process in the maternal role. There is a risk to the health of future premature mothers that involves certain negative possibilities for both the pregnant woman and the product, for this, the health care that a pregnant adolescent receives, regardless of the level of care, is based on controlling the risks that may trigger complications at the maternal or fetal level. In the event that these occur, the medical and nursing staff direct a direct action to treat the symptoms within hospital care; The underlying care provided by the nursing staff is based on stabilizing the pregnancy until the normal labor and delivery and avoiding premature labor. It is known that the most common obstetric complication that can generate premature birth at a global level corresponds to premature rupture of membranes since, due to various factors, it can compromise maternal and fetal health and requires immediate attention; On the other hand, the current situation due to the global pandemic of Covid 19, has forced health personnel to take biosafety measures in the face of the interventions carried out and in this way the health team can carry out the interventions established in health care that provides the country. This work has the objective of applying the nursing care process in a juvenile primiparous patient diagnosed with twin pregnancy, premature rupture of the membrane and asymptomatic acute respiratory disease (SARS-2) based on Virginia Henderson's theory of the 14 needs. The research method that was applied was the qualitative study based on the compilation of data from the clinical history in a descriptive way, stating the characterization of the pathology through a bibliographic review of high impact scientific articles and complementary bibliography. The results found determine that the medical and nursing interventions under biosafety standards and care protocols applied within the hospitalization of the asymptomatic patient with COVID-19 infection managed to reduce the elimination of fluid by PROM and the health risks through replacement of fluids, tocolytics, antibiotics and prophylaxis, in addition to constant monitoring, control and surveillance of her maternal-fetal condition, prolonging her gestation with approximately 6 days after admission to the emergency area until the time of being operated on by emergency cesarean section ; In addition, the Covid 19 infection was ruled out with swab results days before delivery, so it did not present vertical transmission in products 1 and 2 after the intervention. As conclusions, it is evidenced that the patient presented PROM due to the twin pregnancy factor, regardless of maternal age or gestational age and infection, ruling out any other cause including infection acquired by SARS-2 / CoV-19, so to decrease and control the signs and symptoms of obstetric complication, the nursing staff applied the care and attention established by the public health system under biosafety protocols under the approach of the assessment and intervention of the 14 needs of Virginia Henderson the same that allowed us to identify alterations within the diet, elimination, mobilization, rest and sleep, hygiene and integumentary condition, security, communication and social relations and self-realization.

Keywords: Adolescent pregnancy, twin pregnancy, Premature Rupture of Membranes, SARS-2 / COVID-19; Nursing care process.

ÍNDICE

DEDICATORIA	1
RESUMEN	2
ABSTRACT	4
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I. GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO	10
1.1 DEFINICIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO	10
1.1.1 DESCRIPCIÓN BREVE DEL CASO	10
1.2 HECHOS DE INTERÉS	11
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	11
1.3.1 OBJETIVO GENERAL	11
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
CAPÍTULO II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO	12
2.1 DESCRIPCIÓN DEL ENFOQUE EPISTEMOLÓGICO	12
2.1.1 HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD	12
2.1.2 EPISTEMOLOGÍA	12
2.2 BASES TEÓRICAS DE LA INVESTIGACIÓN	13
2.2.1 ADOLESCENCIA	13
2.2.2 EMBARAZO	16
2.2.2.1 EMBARAZO GEMELAR	17
2.2.3 EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA	20
2.2.4 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA	23
2.2.5 ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA (SARS-2/COVID-19)	30
2.2.6 TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON	34
2.2.7 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	37
CAPÍTULO III. PROCESO METODOLÓGICO	38
3.1 DISEÑO O TRADICIÓN DE INVESTIGACIÓN SELECCIONADA	38
3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	38
3.1.2 UNIDAD DE ANÁLISIS	38
3.1.3 ÁREA DE ESTUDIO	38
3.1.4 TIPO DE ESTUDIO	39
3.1.5 MÉTODOS DE ESTUDIO	39
3.1.6 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN	39
3.1.7 INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN	39
3.1.8 CATEGORÍAS	39
3.2.1 ASPECTOS ÉTICOS-LEGALES	40
3.2.2 PETICIÓN DE ACCESO PARA EL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA	40
3.3 SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN EN EL ANÁLISIS DE DATOS	40
2.2.8 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON	50
2.2.9 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA	51

CAPÍTULO IV. RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN.	72
4.1 DESCRIPCIÓN Y ARGUMENTACIÓN TEÓRICA DE RESULTADOS	72
4.1.1 PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO	72
4.1.2 ARGUMENTACIÓN TEÓRICA DE RESULTADOS	75
CONCLUSIÓN	78
RECOMENDACIONES	78
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79
ANEXOS	84

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es parte del ciclo de la vida en la que muchas de las decisiones para la vida nacen y se forman durante estos períodos llenos de cambios. El embarazo como tal, es la apertura decisiva en la formación de una familia para concebir una vida durante un periodo gestacional; el embarazo en la adolescencia ha sido una apresurada consecuencia por parte de muchos adolescentes que se puede llegar a dar por muchos factores de riesgos, el principal es la falta de conocimientos para llevar a cabo una vida sexual saludable y con responsabilidad.

Un estudio central por parte de la Organización Mundial de la Salud afirma que de 299.878 embarazos, muchas gestantes son de edad inferior a los 20 años; y la prevalencia de las mismas son mayores en países desarrollados con un 40%, y 19% en países en desarrollo. (1)

De acuerdo a los datos, los países que se encuentran en condiciones de pobreza y extrema necesidad, se establece una proporción de embarazos adolescentes de 1:3. (1) Misma cuestión que ha llevado a identificar que la mayor parte de complicaciones obstétricas que llevan a la mortalidad infantil oscilan en edades de 15 a 19 años, con un aumento del riesgo del 50%. (1)

En Latinoamérica, las tasas por embarazo en adolescentes latinas son relativamente altas, puesto que en el 2005, cerca de 129 de cada mil mujeres, en los rangos de edad señalados, cursaron embarazos; entre el 2005 y el 2006, se evidenció un aumento de 124.9 a 126.6 de cada 1000 mujeres. (2) Según el IBGE en Brasil, durante el 2006, 21.5% del total de embarazos dados, corresponden a adolescentes entre 12 y 18 años. (3)(4) Otra cifra significativa en base a complicaciones y mortalidades infantiles rondó en el 2013, resultando 38966 óbitos infantil de los cuales 20712 corresponden a complicaciones por parto prematuro (53%), y de este valor, el 23% se dieron en embarazos adolescentes. (1)

Según hallazgos establecidos, los embarazos en adolescentes, poseen mayor riesgo de padecer complicaciones durante la gestación y después de la gestación, al ser solo un solo producto el que poseen, pero según investigaciones, un embarazo múltiple, duplica o hasta triplica el riesgo para la salud de los productos y de la madre. Los embarazos gemelares o múltiples suelen darse con poca frecuencia, la reproducción asistida ocupa el 1 a 3% de los embarazos múltiples. (5)

Muchos de los partos prematuros en adolescentes se dan por complicaciones como la ruptura prematura de membrana, aunque hay mayor probabilidad, de acuerdo a la información de aumentar el riesgo de cursar ello con más de un producto gestacional; entre otras complicaciones que inducen a un trabajo de parto pretérmino (TPP) está la preeclampsia, la eclampsia, desprendimiento de placenta, placenta previa, entre otras. (5)

Durante este año se ha evidenciado que los TPP en adolescentes vienen dándose a causa de complicaciones obstétricas como la ruptura prematura de membrana; (5) sin embargo lo novedoso en lo que refiere la aplicación los procedimientos adecuados para controlar la sintomatología y disminuir los riesgos obstétricos, radica en la situación sanitaria que cursan todos los servicios de salud en todas las instituciones tanto públicas como privada.

El SARS 2 o Covid-19, ha cobrado en la actualidad millones de vidas humanas; (6) ya que al ser una infección multisistémica, (7) dentro de lo obstétrico, se ha limitado a evidenciar información sobre las condiciones clínicas que conlleve a detallar el grado de infección o su relación con las complicaciones obstétricas y neonatales; (6) sin embargo existe una tasa de mortalidad de hasta el 25% en mujeres gestantes. (8)(9)

En Europa, según datos de la OPS en un estudio del Reino Unido, en una cohorte de 427 mujeres embarazadas confirmadas con infección de SARS-COV-2, desde marzo hasta abril del presente año, la mayoría fueron ingresadas encontrándose dentro del segundo trimestre y comienzos del tercer trimestre de embarazo, de los cuales, 175 de este total tenían 35 años y más, sin datos aparentes de embarazadas menores de edad. (10)(11) La mayoría de los casos fueron hospitalizados, presentan mayor potencial en los resultados maternos adversos por Covid 19, sin embargo al igual que otros países la transmisión vertical es desconocida. (8)(11)

Los datos del SIVE, notificados por el CDC, el mes de junio del presente año, se evidenció en Norteamérica, que una cantidad de 83071 embarazadas con Covid 19 confirmado corresponden a edades entre 15 a 44 años. (10)(11)

En Latinoamérica, se registra, según el grupo etario brasileño, un total de 2391 casos confirmados por SARS- Cov-2, de los cuales se registra hasta el momento 135 fallecidas. Del grupo de casos vivos en el rango de edad de 10 a 19 años, se establecen 203 casos, y 6 decesos lo que viene a significar una tasa de mortalidad en embarazos adolescentes en Brasil del 2.87%. (10) (11)

En lo que respecta a Ecuador, se registra un total de embarazadas con infección por COVID-19 de 869 casos, de los cuales 20 fueron registrados como decesos (11). No se establecen datos fijos de grupos etarios sin embargo la tasa de mortalidad es proporcionalmente baja.

Esto ha conllevado que el profesional de salud se encuentre bajo estrictas normas que permitan tratar las condiciones clínicas aplicando los protocolos para actuación ante la infección rodante. (12) El personal enfermero, al ser el profesional con mayor tiempo en cuidado directo ante los pacientes, se ve obligado por la salud del paciente, del producto vivo gestante y bajo su propia integridad, actuar de forma responsable mediante la bioseguridad de por medio, aplicando el proceso de atención de enfermería de forma específica y lógica. (12)(13)

A nivel general establecen hallazgos de existir de hasta un 13.5% de positividad del síndrome respiratorio agudo o severo en mujeres embarazadas que no presentan sintomatología alguna. (7)(14)(12)

El presente estudio detalla sobre el cuidado que asume el personal de enfermería bajo la teoría establecida por Virginia Henderson en una paciente juvenil con embarazo gemelar bajo la complicación de la ruptura de membrana pretérmino en condición de la infección por SARS-2/COVID-19 sin aparente sintomatología; de forma que se pueda desglosar los contenidos en base a los hallazgos obtenidos en el proceso llevado a cabo en los cuidados y actuación enfermero dentro del periodo hospitalario.

CAPÍTULO I. GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO

1.1 DEFINICIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

1.1.1 DESCRIPCIÓN BREVE DEL CASO

Paciente femenina de 14 años de edad con antecedente sospechoso para Covid- 19 que ingresa al área de emergencia obstétrica el día 6 de julio del 2020 con un diagnóstico de embarazo gemelar de 27 semanas de gestación por ecografía + ruptura de membranas en el hospital Obstétrico Ángela Loayza de Ollague (HOALO), de la ciudad de Santa Rosa. Bajo protocolo por pandemia global se le realizan rápidas y de bioquímica sanguínea donde resulta positivo por Infección de SARS-2/Covid19 y permanece en triaje respiratorio en espera de traslado a un centro de salud de mayor complejidad a nivel nacional por falta de espacio físico en la institución.

Se realiza la toma de signos vitales: Presión arterial: 100/70 mmHg ; frecuencia cardiaca: 99 latidos por minuto; frecuencia respiratoria: 22 respiraciones por minuto; saturación de oxígeno: 97%; temperatura: 36.5 °C, Score mama: 0

Sintomatología: Dolor abdominal tipo contracción uterina, eliminación de líquido claro transvaginal, edema vulvar en el tercer día de hospitalización, fascias pálidas, temor y aflicción.

Examen Físico: se encuentra consciente, orientada en tiempo, espacio y persona, abdomen globoso ligeramente doloroso a la palpación ocupado por productos gemelares con movimientos fetales presentes, eliminación de líquido en poca cantidad y de moderada cantidad en su 4 día de internación,

se solicitan exámenes de laboratorio dando como resultados: Glóbulos blancos: 10.94 x10³UL (4.00 – 10.00 x10³UL), hemoglobina: 10.10 g/dl (11.50 – 16.00 g/dl); Hematocrito: 28.90 % (35.00 – 47.00 %) T. Protrombina: 10.6 segundos (12 – 15 segundos); VIH Y VDRL: No reactivos.

Durante 5 días en sala de triaje de sintomáticos respiratorios, sin respuesta alguna de la transferencia, se descarta la infección por Covid-19 en resultados de muestra por esputo, y es trasladada a sala de hospitalización, y posteriormente a sala de quirófano con un diagnóstico de embarazo gemelar de 27.5 semanas de gestación + primigesta juvenil + Ruptura de membranas pretérmino + anemia moderada + labor de parto fase activo + vaginosis. Se le realiza la cesárea obteniendo productos gemelares vivos de sexo femenino sin ninguna complicación durante el proceso quirúrgico. Las recién nacidas son ingresadas a sala de UCIN mientras que el médico tratante da el pase a la paciente para que retorne al área de ginecología para su recuperación..

1.2 HECHOS DE INTERÉS

La rotura prematura de membrana pretérmino al ser una complicación obstétrica común dentro de las principales causas de partos prematuros y de los principales motivos de atención dentro del área hospitalaria, para que se dé ésta es necesario cumplir al menos uno de los factores desencadenantes de la RPM establecidos según lo da a conocer la información bibliográfica.

A nivel global corresponde el 10% de las muertes maternas y el 30 a 40 % de los casos de partos pretérmino. Incide en un 0.6 a 0.7 % en gestantes con al menos 26 semanas de gestación. Se asocia comúnmente según las edades gestacionales e infecciones que integran las estructuras genitales, independiente de la edad materna, raza o etnia, o alguna infección previa de carácter respiratorio como el SARS.

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

- Aplicar el proceso de atención enfermería en una paciente primigesta juvenil con diagnóstico de embarazo gemelar, ruptura prematura de membrana y enfermedad respiratoria aguda (SARS-2) asintomática basado en la teoría de las 14 necesidades de Virginia Henderson.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las causas que inciden la presencia de la ruptura prematura de membrana
- Determinar la influencia del SARS-2/Covid-19 en el embarazo

- Elaborar el plan de cuidado de enfermería basado en la teoría de las 14 necesidades de Virginia Henderson.

CAPÍTULO II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO

2.1 DESCRIPCIÓN DEL ENFOQUE EPISTEMOLÓGICO

2.1.1 HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

La Ruptura Prematura de membrana es un consecuencia obstétrica multifactorial y puede darse en cualquier edad gestacional, si es a menor edad se la relaciona con infecciones vaginales previas o infecciones corioamnióticas, en cambio a mayor edad gestacional; se asocia con un déficit de colágeno mismo componente que favorece la resistencia y consistencia de las membranas., ya sea por agentes secretores de colagenasas, mucinasas o proteasas; inclusive, independientemente de la edad, se ha evidenciado que la Vitamina C y E contribuyen a dar comienzo a la complicación obstétrica. (15)

1. Periodo Prepatogénico

Agente: Infecciones adquiridas en el aparato reproductor femenino o déficit de colágeno.

Huésped: las mujeres embarazadas adolescentes o adultas dentro de alguno de los 3 trimestres de gestación, determinando factores como su edad, paridad, estado nutricional, antecedentes patológicos.

Ambiente: Se identifican a todo el contorno que implica la gestación, estructuras internas como externas, además del contexto cotidiano.

2. Periodo Patogénico

Conforme progrese las infecciones presentes en la embarazada involucrando la integridad de estructuras internas del cuello uterino, pasan a deteriorar las membranas del saco gestacional lo que genera debilitamiento de las mismas y con ello eliminación del tapón mucoso y líquido amniótico provocando la apertura de un posible parto pretérmino

2.1.2 EPISTEMOLOGÍA

De forma epistemológica, filosóficamente, el embarazo consiste en un proceso que solo puede llevar a cabo la mujer, dotada de esta habilidad por gracia divina, y con la participación del hombre con el fin de prolongar la especie; constituido por una serie de procesos biológicos donde se observan y se

evidencian cambios físicos, hormonales, psicológicos y sociales que son parte de esta etapa para concebir el nuevo ser. En lo que se mencionan las partes que intervienen en el embarazo, específicamente denominados aparatos reproductores, el responsable por el alojamiento se compone por estructuras tisulares, que a su vez cada uno pueden presentar anormalidades o sufrir modificaciones con el curso gestacional. En este caso, las membranas fetales son anatómicamente parte en la conservación del producto vivo dentro de la gestación, su alteración, independientemente de la edad materna o por la actual infección por la que cursa el mundo, es de origen multicausal en muchos de los casos por lo que representa un problema de estudio dentro de la salud obstétrica. En este estudio la paciente gestante es una adolescente que lleva a cabo un embarazo múltiple, cuya dificultad obstétrica es la alteración de la integridad de las membranas fetales entre el segundo y tercer trimestre gestacional

2.2 BASES TEÓRICAS DE LA INVESTIGACIÓN

2.2.1 ADOLESCENCIA

La OMS define a la adolescencia como un evento esencial de la vida en el que las personas cursan por una madurez reproductiva con la presencia de factores psicológicos partiendo desde la niñez hasta la adultez. (16) En una declaración impuesta en 1998 por la OMS, la UNICEF y el Fondo de Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población hicieron referencia el término adolescencia como un periodo de cambios establecidos en un rango de edad entre 10 y 19 años de edad, posterior a la etapa infantil y previo la etapa adulta. (16)

Otras literaturas hacen referencia a la adolescencia como un periodo evolutivo innato del ser humano en donde se sufre una serie de cambios tanto anatómicos, fisiológicos y psicológicos, teniendo como resultados una persona con adaptaciones vitales. (16)

ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA

La adolescencia puede dividirse en 3 etapas, cada una caracterizada por distintas formas de afrontamiento a los cambios biopsicosociales. (16) estas etapas son: la adolescencia temprana que va desde los 10 hasta los 14 años; la adolescencia media que comprende desde los 15 hasta los 16 años, y la adolescencia y tardía que inicia desde los 17 hasta los 19 años. (16)

Adolescencia temprana: está compuesta por una serie de cambios peripuberales, es decir, grandes cambios físicos y funcionales, en las mujeres la menarquía y telarquía, en los varones la espermarquia. (16) Esta etapa es caracterizada por un comportamiento en el adolescente basándose en el interés

mayor a lo ajeno o amistades que por el interés familiar o paterno; además de ser impulsivo en sus actos, sus habilidades cognitivas aumentan como también sus fantasías.

La idea independentista está ligado a los procesos que no incluyen la presencia de sus padres ya que se cree que sus capacidades de ejecutar acciones están aptas, sin embargo es el principio para forjarlos. (16) Con ello se denota rebeldía y autoridad, por falta de comprensión, experimentan sentimientos de soledad y melancolías lo cual puede generarse por la frustración e indiferencia de cumplir o no sus anhelos. (16)

Los cambios de comportamiento de los adolescentes están ligados a los procesos funcionales que se están modificando durante esta etapa de forma que puede generar ideas o inquietudes que esto puede ser normal o anormal. (16) Su imagen corporal es un tema que va a ser tratado constantemente haciendo discusión y comparación del mismo con el de otros, despertando curiosidades y con ello una autonomía sexual. (16)

Adolescencia media: posterior a la adolescencia temprana, en esta etapa ya los cambios físicos se encuentran presentes como también los cambios psicológicos. (16) En esta etapa, la experiencia sexual suele estar presente por cual el comportamiento omnipotente aumenta de forma que puede generar riesgo en sus decisiones. (16) El aspecto físico sigue siendo tema de preocupación ya que el adolescente se centra en conseguir un aspecto atractivo y la preferencia de la moda es cada vez más relevante vivir ya que tienen la idea que aquel factor es la clave en la presentación dentro del sistema social que experimentan a diario (16).

El factor social corresponde a las amistades y personas que conocen ya que llegan a ser parte primordial en su relación y formación como persona. (16) El núcleo social suele ser básico, e incluso pueden llegar a ser parte de diversos grupos para fortalecer las relaciones sociales. (16)

La orientación sexual sale a flote de forma natural, la heterosexualidad por lo común se manifiesta desde la atracción hacia el sexo opuesto hasta establecer ensayos del noviazgo, citas y actos sexuales. (16)

Aparentemente el adolescente cree tener su vida controlada, sin embargo, aún carecen de conocimiento empírico por lo cual no han desarrollado estrategias y métodos de afrontamiento a situaciones que representan un riesgo o peligro en su vida por lo cual se encuentran aún desprotegidos. (16)

Adolescencia tardía: previo a la adultez, esta etapa comprende escasos cambios fisiológicos, sin embargo es un proceso de aceptación de los mismos; su acercamiento hacia sus padres es cada vez notorio, los valores se colocan por encima de sus decisiones y sus impulsividades cada vez son menos por tal razón pueden llegar a controlarlos. (16) El grupo de amistades va despriorizándose y con ello las metas vocaciones son más reales. (16)

El diálogo se convierte en una herramienta eficaz para comprender las sugerencias y consejos de los adultos bajo el contexto de autonomía personal e interdependencia. (16) Se establece una forma abstracta en su pensamiento ya que se ve reflejado el aumento de confianza para cumplir los compromisos planteados dando un comportamiento responsable definiendo una vocación y una proyección de su vida futura. (16)

DESARROLLO CEREBRAL DEL ADOLESCENTE

Para esclarecer el desarrollo cognitivo del adolescente, de forma sistemática, se encuentra que en el principio de esta etapa se ven involucradas las emociones, el juicio, la conducta, la organización y el autocontrol. (16) El cerebro del adolescente se encuentra dividido en 2 redes cerebrales, la red socioemocional encaminada por la amistad y estímulos sociales y la red del control del conocimiento que va en progreso gradualmente hacia una madurez dentro de la adultez, ambas redes se encuentran vulnerables a ser afectadas ante las decisiones. (16) Bajo este contexto, se puede comprender los arrebatos emocionales y conductas riesgosas que suele presentar el adolescente en diversas situaciones. (16) Además, en su desarrollo cerebral, se ha identificado que la amígdala constituye una estructura anatómica que funciona más dentro de la adolescencia de forma que se procesan muchas de las emociones a diferencia de los adultos que utilizan el lóbulo frontal para ello. (16)

DESARROLLO PSICOLÓGICO DEL ADOLESCENTE

El desarrollo psicológico se sustenta en las modificaciones cognitivas ya que es un factor que predomina en la sensación de sentirse diferente a un niño y a un adulto. En 1969, el autor Aberastury establece 3 duelos que son necesarios superar en la adolescencia, estos son: el duelo por la apariencia infantil ya que el cuerpo actual resulta distinto; el duelo por su rol e identidad de niñez, por lo que implica dejar la dependencia y tomar responsabilidades; y el duelo por los padres antes de cursar la adolescencia, ya despierta la conciencia sobre el valor de los padres y su envejecimiento. (16)

Existen teorías psicológicas según algunos psicoanalistas que establecen a la adolescencia desde su estudio: Sigmund Freud, considerado el padre del psicoanálisis, indica que el comportamiento de los adolescentes se basa en impulsos inconscientes y por el lívido sexual basado en los cambios fisiológicos. (16) Por otro lado, el psicoanalista Erikson, plantea que la personalidad de los adolescentes está estimulada por la sociedad y forjada por una serie de crisis relacionadas a un proceso de confusión e identidad. (16) Jean Piaget, en su teoría cognitiva determina que las modificaciones cualitativas que sufre el adolescente concluyen en términos abstractos para enfrentar condiciones subjetivas y posibilidades, en el aspecto independiente ante el ambiente que se encuentren. (16)

DESARROLLO PSICOSEXUAL DEL ADOLESCENTE

Dentro del ámbito sexual, considerado la maduración de los impulsos en condiciones fisiológicas aptas bajo procesos hormonales, se encuentra buscar satisfacer una necesidad reproductiva a través del proceso social interpersonal como el noviazgo con influencia amorosa y de confianza, ya que para darse aquello, el adolescente experimenta sentimientos y emociones reflejados en el aspecto físico. (16)

Sexualidad del adolescente. – la sexualidad en el adolescente se constituye en la identificación y conocimiento de los procesos fisiológicos de los genitales y la orientación sexual de forma que se pueda llevar a cabo un proceso del acto sexual adecuado en relación al acto amoroso. (16) El ser humano, cualquier individuo del reino animal, se encuentra sexuado, es decir a la búsqueda del placer mediante el coito y reacciones químicas bajo el contacto corporal hacia otro individuo semejante del otro sexo, sin embargo, la capacidad de compartir emociones y sensaciones es lo que nos hace distinto del resto de las especies animales. (16)

La sexualidad humana, según la OMS, hace referencia a un aspecto que el individuo lo centra a lo largo de su vida dando inicio en la adolescencia; esto incluye la orientación sexual, el placer, el erotismo, la intimidad, la identidad de género y por consiguiente el coito o reproducción. (16)

2.2.2 EMBARAZO

El embarazo proviene del término “gravitas” que significa periodo que cursa desde la implantación del óvulo en el útero fecundado hasta cuando se produce el parto. Este proceso está conformado por cambios metabólicos, fisiológicos, morfológicos que se producen en la mujer para alojar y desarrollar el feto permitiendo su crecimiento y desarrollo. Por lo general, en la gestación suele formarse un producto único en el ser humano, a comparación de otras especies animales, además de tener una duración de entre 38 a 40 semanas para ser a término. (16)

El proceso de embarazo resumidamente se da dentro del acto sexual sin protección, sea planificado o impulsivamente ignorado, en la cual el espermatozoide producido por el hombre se une al óvulo producido por la mujer dentro del periodo fértil, dando así la fecundación del mismo y alojamiento para su desarrollo. Posteriormente este ovulo fecundado sufre transformaciones celulares, adquiriendo funcionalidades distintas y creación de estructuras humanas primitivas hasta lograr crear aparatos y sistemas funcionales esenciales para la adaptación en el momento de encontrarse ante la vida extrauterina. (16)

2.2.2.1 EMBARAZO GEMELAR

El resultado del acto sexual bajo condiciones fértiles y natural, sin métodos anticonceptivos, da como resultado el embarazo comúnmente de un producto único; sin embargo el embarazo gemelar es un porcentaje gestaciones muy escasas, suele tener una frecuencia baja en la población, está relacionada a características genéticas que va de generación en generación ya trata del alojamiento de 2 o inclusive más productos (embarazo múltiple). En la gestante, significa un riesgo ya que los resultados perinatales adversos son frecuentes, (17) ya que suelen presentarse complicaciones como la preeclampsia, la ruptura prematura de membranas, parto prematuro, diabetes mellitus, anemia, hemorragias antes o después del parto e inclusive puede llegar a darse la muerte materna. La preeclampsia por lo general no suele tener mayor complicaciones si se trata a tiempo de esta forma disminuye el riesgo de mortalidad. (18)(19) .

Además de representar un riesgo para la madre, también significan un riesgo para posibles complicaciones en los fetos. Es por ello que un embarazo múltiple o gemelar está indicado a ser tratado tempranamente para incurrir en las disminución de los factores de riesgo que puedan surgir posteriormente; incluso suelen ser derivadas a centros de mayor complejidad para su tratamiento y evitar apariciones de complicaciones obstétricas y de esta forma culminar el embarazo en condiciones adecuadas tanto para la madre como para los fetos. (20)

En el primer trimestre es esencial establecer un manejo adecuado iniciando por conocer la corionicidad. (20) el tipo de corionicidad se da por medio del ultrasonido para un adecuado control y vigilancia. (18)

La corionicidad representa vulnerabilidad ante los riesgos en el embarazo gemelar, mas no de la cigosidad que este posea. Los embarazos gemelares, por probabilidades definidas, suelen ser: dos tercios dicigóticos y un tercio son monocigóticos. Para tener en claro, desde lo obstétrico, la cronicidad representa el número de placentas y la amnionidad hace referencia al número de sacos amnióticos. (18)

CLASIFICACIÓN

El embarazo múltiple puede ser de dos maneras:

Gestación múltiple monocigótica.- esta forma gestacional de los embarazos múltiples suele tener una frecuencia de entre 1 caso entre 250 gestaciones. Esta condición suele darse cuando un óvulo suele dividirse al ser fecundado por el gameto masculino de tal forma que el resultado es un cigoto que puede dividirse y formar dos o más embriones. (18)

Las características de los embriones suelen ser genéticamente y físicamente iguales dando un aspecto espejo ya que son idénticas en los rasgos físicos del uno con el otro, sin embargo las habilidades suelen ser en su mayoría contrarias entre ambos. Habrán ciertas diferencias físicamente que los identifique como únicos, como sus huellas dactilares. Hay casos de embarazos múltiples o gemelares que suelen presentarse en la cual el cigoto suele tener un retardo en la separación por lo cual da como resultado malformaciones de los productos, tiene una incidencia del 1% de ocurrencia. (18)

Existen complicaciones que suelen aparecer dentro de los embarazos monocoriales; tales como el síndrome de transfusión materno-fetal, correspondiendo un peligro en la comunicación de las arterias y venas; la restricción de crecimiento intrauterino selectiva; secuencia de la perfusión de arterias en forma reversa; el síndrome de anemia policitemia, implantación yelamentosa del cordón umbilical; y el embarazo monocorial de un solo saco amniótico. (18)

Gestación múltiple dicigótica.- esta condición en la gestación múltiple se ve conformada, a diferencia del monocorial, por dos óvulos distintos fecundados por dos espermatozoides diferentes. (18) Esto es variable ya que puede generar productos diferentes o del mismo sexo, los genotipos son generalmente distintos, e inclusive con distinto grupo sanguíneo, y por lo general suelen constituir el 60 a 80% de los casos del total de embarazos múltiples, y se caracterizan por ser bicoriales y con 2 sacos amnióticos. Existen datos que señalan que los gemelos de diferente sexo suelen encontrarse en 2 sacos amnióticos mientras que los gemelos del mismo sexo pueden encontrarse en 1 o 2 sacos amnióticos. (18)

ETIOLOGÍA

Haciendo énfasis a las causas para que se dé el embarazo múltiple, se señala factores como los antecedentes personales o familiares que hayan presentado embarazos múltiples de generación en generación; madres con alto rango de edad, que sean de raza negra, alteraciones fisiológicas por efectos del uso de anticonceptivos orales, la reproducción asistida mediante técnicas especializadas en la inducción de ovulación múltiple mediante citrato de clomifeno, y la transferencia de embriones. (18)

DIAGNÓSTICO

De acuerdo a la fundamentación, se ha demostrado que en un 75% de los casos de embarazos gemelares o múltiples se detectan mediante la exploración física en el que se identifica el tamaño del útero (mayor a 4 cm), el peso materno que suele ser mayor sin aparente consecuencia de un edema u

obesidad, polihidramnios, tamaño uterino desproporcionado durante toda la gestación, aumento de las concentraciones de afetoproteína presente en el suero materno, peloteo múltiple, evidencia de muchas estructuras pequeñas, presencia de más de una frecuencia cardíaca independientemente del pulso materno, y presencia de más de un feto a la palpación del fondo uterino posterior a la expulsión de un neonato. (18)

La ecografía es un método diagnóstico que se implementa para conocer la corionicidad. (18) También se pueden identificar los siguientes signos: presencia de lamda es una alteración de la bicorionicidad que se puede producir en cualquier periodo del embarazo múltiple; los amnios fusionados o la “T” con ausencia de corion en toda la base del saco de los embarazos monocoriales sin embargo suele desaparecer la sensibilidad aproximadamente en las 16 semanas de gestación. (18)

Existe otra forma de diagnosticar los embarazos gemelares o múltiples. (18) La bicorionicidad se diagnostica con la presencia de placentas separadas y sexos fetales diferentes; lo que en conjunto dan una especificidad de diagnóstico de más del 90%. (18) En caso de no poder lograr identificar el tipo de corionicidad, es recomendable colocarlo dentro de los monocoriales de esta forma tener seguro un control adecuado de forma que se prevenga complicaciones ligadas a la corionicidad. (18)

DATOS CLÍNICOS

Mediante el examen físico y exámenes complementarios se puede identificar muchas novedades y conocer la condición que cursa el embarazo múltiple. Sin embargo, mencionado anteriormente, este tipo de gestación constituye un riesgo a presentar complicaciones maternas fetales que pueden provocar el parto prematuro tanto temprano como tardío. (21)

Esto implica la aplicación de asesoramiento y diversos tratamientos en la gestante; sin embargo hasta la actualidad se ha demostrado que ninguna intervención implementada ha contribuido en la disminución de la tasa de partos prematuros posterior a una amenaza de parto prematuro bajo condiciones de complicación o alteraciones en la simetría del cuello uterino. (22)

Existen datos clínicos que señalan a las características morfológicas del cérvix como su longitud, ya que se determina como un riesgo de parto prematuro en las gestaciones gemelares. La modificación de la longitud cervical durante la gestación puede proyectar el inicio temprano del parto tal y como se ha evidenciado en los embarazos con un solo feto. Aún no hay datos que signifiquen un riesgo en los embarazos gemelares diamnióticos con respecto a la cambio de la longitud cervical transvaginal. (23)

COMPLICACIONES MATERNAS Y FETALES

El embarazo gemelar duplica el riesgo a presentar al menos una complicación obstétrica, de entre las más común está la anemia materna, la preeclampsia o la eclampsia, hemorragias previo o posterior al parto, infecciones de vías respiratorias o urinarias y atonía uterina. La tasa de morbi-mortalidad es elevado debido a estas complicaciones; sin embargo se destacan otras que son causantes del parto prematuro, tales como los abortos espontáneos de por lo menos 1 o varios fetos, la asfixia, malformaciones o anomalías del desarrollo fetal como la limitación del crecimiento fetal, trastornos placentarios o condición del cordón umbilical. (18)

INDICACIONES DE CESÁREA

La cesárea está indicada bajo criterios obstétricos que representen riesgo para la salud materno fetal y no pueda darse el parto vaginal. En el embarazo gemelar no siempre se recurre al procedimiento quirúrgico ya que hay diversos factores favorables que pueden facilitar a un parto normal posterior a un trabajo de parto. (24)

En el embarazo gemelar se opta por la cesárea siempre y cuando exista: sufrimiento fetal de al menos 1 de los gemelos y si es de ambos con más razón, si los fetos no se encuentran en presentación no cefálica, productos gemelares de un solo saco amniótico y disparidad en tamaño fetal, y placenta previa. (18)

2.2.3 EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

El embarazo adolescente (EA) es un reto muy importante abordado en la salud pública, por lo que genera muchos impactos biopsicosociales. (25) esto quiere decir, que este evento precoz adquirido por diversos factores hace énfasis a repercusiones en los involucrados, como la deserción escolar y la inclusión de personas jóvenes al trabajo, una inserción de la feminización a la pobreza. (25)

El EA es un resultado acelerado del proceso reproductivo, que suele darse en edades de entre 11 y 17 años de edad, lo que constituye un riesgo materno-fetal debido a la edad precoz e incompleta maduración orgánica que influye en el alojamiento de un feto o más. (16)

El embarazo en esta etapa puede generar un estrés en la adolescente gestante y en las familias que aún son encargadas y responsables de ellos, tanto a la mujer como al varón adolescente. Este impacto negativo, situaciones conflictivas, pueden afectar los diversos roles y aspectos. (2)

Las gestantes de adolescencia temprana están propensas a sufrir complicaciones biológicas. (16) Además de ser una barrera para interactuar socialmente puede ser motivo para retrasar o anular proyectos personales, académicos, matrimonios apresurados que por lo común no suelen ser duraderos, con adquisición de empleos mal remunerados por la falta de preparación debido a la necesidad económica que suele darse. (16)

Se han implementado muchas herramientas dentro de todos los niveles de atención para disminuir este problema, la más estratégica es la prevención primaria con bases de promoción de la planificación familiar y métodos anticonceptivos, la prevención secundaria dentro de la gestación para evitar complicaciones biopsicosociales con la atención multidisciplinaria y la prevención terciaria con el motivo de prolongar los periodos intergenésico para evitar embarazos temprano después de culminar uno. (25)

La OMS cataloga al embarazo adolescente como un embarazo de riesgo ya aumenta la probabilidad en la adquisición de complicaciones no solo para la madre sino para el recién nacido, ya que el mismo puede sufrir de desnutrición, malformaciones genéticas debido a las condiciones, bajo peso e inclusive acercarlo a la muerte. (16) (17)

CAUSAS PARA EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Para que se produzca el EA es necesario considerar muchos factores, entre ellos el factor psicosocial y el social son los que más se evidencian en países desarrollados y en vías de desarrollo. Las clases sociales son un aspecto importante a tratar, el EA no tiene límites y pueden darse en todos los estratos, sin embargo, se sabe que la mayor parte de los EA se dan en las los adolescentes de baja clase social ya que el nivel educativo suele ser decreciente referente a estos temas, ya sea por la falta de acceso o escasa información. (16)

Haciendo énfasis a profundo, estudios realizados en varias partes del mundo establecen con evidencias que factores como la edad (menor a 12 años), la presencia de una menarquia, el color de piel (raza negra o parda), falta de escolaridad, ausencia de compañía, economía inferior al básico o extrema pobreza y la presencia de un cuidador ajeno a un familiar o no perteneciente al núcleo principal, son determinantes que aumentan la probabilidad de iniciar un acto sexual sin responsabilidad y generar un embarazo temprano. (1)

Para ser específicos, existen aspectos más comunes que suelen presentarse en la vida cotidiana, varios estudios determinan ciertas situaciones que pueden llegar a contribuir en una fecundación temprana.

Aspecto familiar: en este contexto, se determina que la condición social de una madre soltera con hijos adolescentes puede ser motivo para que se dé un embarazo adolescentes en ellos. Puesto que la falta de comunicación y la necesidad de otra figura paterna harán que los hijos busquen la comunicación en otras personas, como novios/as, o extraños aumentando así el riesgo del inicio de un acto sexual temprano. (16)

Otro ámbito es la ausencia de los padres debido a la falta de tiempo para ejercer la comunicación de sus hijos ya que se dedican más al trabajo. El abandono de los hijos adolescentes hace más probable que ellos dediquen el tiempo y las actividades cotidianas de su rol en el hogar, hacia la vulnerabilidad para las oportunidades de una actividad sexual. (16)

Se establece que la proyección de los padres o personas mayores que viven en el mismo hogar, influyen como ejemplo para sus hijos. La probabilidad para que un hijo/a adolescente sea responsable de un embarazo precoz puede deberse a los actos y experiencias sexuales irresponsables tempranas que hayan experimentado los cuidadores principales o algún otro miembro de la familia. (16)

Aspecto sociocultural: los escasos recursos económicos, la falta de conocimiento sobre la sexualidad y la reproducción sexual, insuficiente escolaridad, la ausencia de valores, la presencia de contenido público sexual sin restricciones a adolescentes de entre 11 y 19 años de edad, son responsables para la incitación del acto sexual temprano. (1)

Se estima que cuando las condiciones socioeconómicas son bajas, las tasas de adolescentes que inician su vida sexual de forma temprana y como resultado tienen un embarazo crecen. (16)

Factores individuales: A más de las anteriormente mencionadas, también ciertos aspectos pueden contribuir a la concepción de un embarazo temprano, tales como: anhelos académicos bajos, adherencia a las creencias, el surrealista “amor romántico” dentro de las relaciones sentimentales, ímpetu e ideas de omnipotencia. (16)

Diversos estudios hacen hincapié en la edad y muchas bibliografías lo detallan como una mayor probabilidad de una concepción gestacional siempre y cuando la mujer sea la más joven. (16)

CONTROL DE EMBARAZO DE LAS ADOLESCENTES

Debido a la condición riesgosa que representa el embarazo en la adolescente, es necesario que en la atención médica se lleve a cabo una serie de pasos a aplicar desde el comienzo de la atención, partiendo desde la anamnesis con una serie de preguntas para despejar dudas, identificar factores de riesgo que puedan afectar a la gestante como al producto. Esta entrevista se lleva a cabo junto a los familiares ya que por ser menor de edad no se encuentran abiertamente a expresar información que puede ser relevante ya sea por desconocimiento o ignorancia. Es necesario implementar este comienzo

ya que la inmadurez que posee la adolescente puede generar con el tiempo complicaciones por lo que es necesario aplicar los controles prenatales para de esta manera llevar una asistencia y poder solucionar factores y eventos que puedan complicar el parto posteriormente. (26)

De forma resumida, los controles prenatales constituyen y facilitan al personal de salud para poder llevar a cabo el tratamiento y finalización del embarazo cuando el momento sea adecuado. (26) En las primeras 2 citas prenatales, el ginecólogo indicara la realización de ecografías para conocer la edad gestacional, se implementaran el ultrasonido para descartar los embarazos ectópicos, pruebas de laboratorios para identificar infecciones de vías urinarias o de transmisión sexual y problemas hemodinámicos para conocer sobre los riesgos a complicaciones o riesgo que puedan generar aborto espontaneo. (26)

Los posteriores controles se centran más en reconocer e identificar problemas detectados en las primeras citas. Ya se pueden tratar mediante la farmacología u otros métodos no invasivos o perjudiciales para la salud de la madre o feto. También se trata de solucionar complicaciones dentro del 2do o 3er trimestre como anemia gestacional, diabetes gestacional, placenta previa, preeclampsia, eclampsias, ruptura prematura de membranas, desprendimiento de placenta normoinserta, o amenazas de parto prematuro entre otras, en caso de presentarse. (26)

Es de vital importancia que estos controles se lleven a cabo dentro de un cronograma para poder efectuar constancia de los procedimientos ejecutados y registrar la asistencia de la paciente. Tales como la valoración sistemática de ecografías, tratamientos profilácticos farmacológicos y no farmacológicos como son la ingesta de hierro, ácido fólico, vitaminas y otros minerales; como también la modificación de los estilos de vida con la alimentación saludable, la higiene tanto corporal como del descanso, la restricción de actividad física en exceso y del consumo de alcohol y tabaco o sustancias nocivas, y recomendaciones dirigidas a los familiares para asegurar el cumplimiento de los mismos para el cuidado. (26)

2.2.4 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA

La ruptura prematura de membranas (RPM) hace referencia a pérdida gradual del líquido amniótico debido a la degradación de la integridad del saco ovular, independientemente de la edad gestacional y previo al trabajo de parto. (27) La RPM se relaciona al parto pretérmino ya que al momento de haber una pérdida de la barrera que crea la membrana amniótica se desencadena una eliminación del líquido amniótico y posterior puede generarse una infección materno fetal debido a los gérmenes que se encuentran en el cuello uterino o en la vagina. (27)(28)

Esto lo convierte en la principal causa del parto pretérmino aunque sea una condición aislada. (29)

LATENCIA

El periodo de latencia comprende desde que se presenta la rotura de membranas y el inicio del TP (trabajo de parto) suele ser corto cuando estas se rompen cerca del periodo gestacional a término. (27) en caso de que el feto sea prematuro, el periodo de latencia es más prolongado por lo que puede generar la aparición de infección materna como la amnionitis y endometritis o infecciones fetales como septicemias o neumonía, además de prematuridad puede producirse la muerte. (27)(30)

No todos los periodos de latencia cortos suelen darse en gestaciones a términos o previos al parto, sino que también un cuello uterino corto también es una causa para optimizar el periodo de latencia por lo que resulta inmediata las transferencias desde cualquier área que se encuentre la paciente incluidas el triaje en la recepción a ser intervenida en el parto. (5)

El periodo de latencia de la ruptura prematura de membranas es variable según lo exponen las diversas bibliografías, sin embargo suele requerir un periodo superior a 12 horas, pero bajo criterios obstétricos se requiere al menos 1 hora de latencia para definir a la RPM. (27)(31)

FRECUENCIA

La RPM tiene una incidencia muy variable debido a muchas causas que lo generan. En muchas investigaciones la RPM representa entre 10 a 18% de todos los embarazos. En las gestaciones a términos de entre 37 semanas en adelante representa entre el 60 y el 80%. (27) Dentro de las semanas gestacionales entre las 22 y 25 la RPM suele relacionarse a una incidencia a la morbi-mortalidad materno-fetal. (32)

EFFECTOS DE LA ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN LA GESTANTE Y EN EL RECIÉN NACIDO

Efectos en la gestante de la RPM

Según la literatura, la RPM representa un 50% de probabilidad de que desencadene el trabajo de parto y con ello el parto independientemente del tratamiento que reciba desde la primera semana de haber ocurrido. (28)

Se considera que cuando ocurre la rotura de membrana en una edad gestacional menor tarda en iniciar el periodo de latencia, en ese transcurso hasta que se dé, puede haber una recuperación del líquido

amniótico; por otro lado la latencia inicia de forma rápida cuando se trata de gestaciones a término. (28)

Los datos determinan que existe una probabilidad del 15 a 25 % de presentar una infección intraamniótica cuando se produce una RPM; e incluso a parte de una RPM pretérmino, suele haber desprendimiento prematuro de la placenta lo que puede complicar aún más a 2 a 5% de los embarazos. (28)

Efectos en el feto de la RPM

La prematuridad es la principal consecuencia posterior a una RPM en fase latente y posterior a un parto; sin embargo, a ello puede sumarse el riesgo de infección o una sepsis fetal adquirida por una infección intrauterina lo cual puede provocar un deterioro del neurodesarrollo. Además, otra alteración que puede darse es el daño de la sustancia blanca asociado a la rotura de membrana. (28)

La infección y traumas con el cordón umbilical representan a eventos adversos que pueden constituir el 1 a 2% de causa de muerte fetal prenatal posterior a la RPMP. (28)

CUADRO CLÍNICO

Si bien está entendido como cursa la RPM, y los riesgos que puede provocar tanto en la madre como en el feto, se presentan condiciones clínicas ante esta complicación; la mayoría de la información bibliográfica establece que la gestante puede presentar; además de una pérdida de líquido amniótico en escasez o a chorro transvaginal, fiebre debido a la infección adquirida, dolor abdominal de tipo contracción y taquicardia en el feto por sufrimiento en la reducción de su entorno intrauterino. (29)

ETIOLOGÍA

La RPM es independiente de la edad gestacional o edad materna, sin embargo, existen muchos factores que pueden originar el evento, entre ellos, se mencionan: (30) la falta de un cuidado correcto durante la gestación; el consumo de tabaco; inadecuados hábitos alimenticios e higiene; cuello uterino con falta de capacidades o incompetente; elevación de la presión dentro del útero ya sea por embarazo múltiple o hidramnios; degradación de la integridad o fuerza tensional de la membrana amniótica y la infección intrauterina. (27)(28)(29)

El debilitamiento de las membranas parte desde la alteración o adelgazamiento del citotrofoblasto y la decidua lo que genera una ruptura violenta de los tejidos que conectan al corion y los amnios. (29)

Otro factor de riesgo a destacar se menciona el acto sexual, no solo por representar un riesgo por acción mecánica, sino porque puede incluir gérmenes infecciosos en el útero y posiblemente transmitir al feto. Los tactos vaginales, de la misma forma, puede atribuirse a un factor infeccioso en la vagina y cuello uterino. (27)

Diversas literaturas detallan que la suplementación de la vitamina C y E aseguran en mayor probabilidad que haya ruptura de membranas. (29)

PATOGENIA

El adelgazamiento de las membranas por lo general en un embarazo que posterior puede ser accidentalmente alterado o rotas empieza con la disminución de la celularidad y falta de colágeno.

Esta disminución corresponde a un criterio en el cual se lo denomina apoptosis. (27)

La apoptosis es un resultado de la muerte celular debido a la falta de proliferación y el aumento de la disminución de células que integran la membrana. Se ha visto que los cuerpos apoptoicos se ven más en las membranas que están por encima del cérvix por lo cual se genera el debilitamiento de esa membrana y supone un riesgo a su rotura. (27)

En las gestaciones que se encuentran en semanas tempranas o de extrema prematuridad, la apoptosis de las células que conforman las membranas tiene más aceleración que en la gestación a término. (27)

Esta muerte celular, es provocada en su mayor parte por proteínas o enzimas ajenas a los procesos fisiológicos de la gestante, es decir que muchos de los gérmenes que se encuentran en el cuello cérvix, son capaces de generar una apoptosis por presencia de sustancias propias de agentes infecciosos, dando como resultado necrosis celular, además suelen aumentar la síntesis de la prostaglandinas de forma que generan la tensión de las membranas. (27)

DIAGNÓSTICO

La ruptura prematura de membranas puede documentarse implementando varias técnicas como: (15) la observación directa de eliminación de líquido amniótico transcervical o conservación de líquido en el saco vaginal; la ecografía en donde se detalle la cuantificación del líquido amniótico; la prueba de nitrazina que consiste en la modificación de un papel amarillo a color azul por la alcalinización por el líquido amniótico presente; la prueba de arborización en helecho que hace referencia al frotis más la cristalización de líquido y se obtiene en el fondo del saco amniótico; y la indagación de la proteína

PAMG-1 (proteína alfa microglobulina-1), ya que la presencia de la proteína es la misma que sintetiza la decidua. (15)

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Es importante saber diferenciar si la eliminación de líquido no representa otras condiciones clínicas como una IVU (infección de vías urinarias) o infección vaginal. (30) Para ello, es necesaria realizar la prueba de leucorrea, para reconocer si la eliminación de líquido es infecciosa de origen vaginal; la incontinencia urinaria, que corresponde a la pérdida gradual de orina involuntariamente y la eliminación de tapón mucoso. Si estas tres condiciones no están presentes, se confirma una RPM. (15)

MANEJO INICIAL DE LA ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

De acuerdo a los protocolos y a la literatura que determinan el tratamiento de RPM en las gestantes, señalan que el manejo expectante se aplica en gestantes con edades gestacionales menor a 35 semanas. Si se da la rotura de membranas dentro de las 35 semanas en adelante se indica la finalización del parto. (15)

Existen 3 opciones a realizar prioritariamente en el momento que se presenta la eliminación del líquido amniótico:

- 1) Elaborar inmediatamente la historia clínica para conocer sobre la edad gestacional, estado o bienestar fetal y presentación del mismo. (28).
- 2) Valorar la existencia de signos que representen infecciones intrauterinas, riesgos del compromiso fetal y desprendimiento de placenta. Además, previo a aplicar expectantes, se debe realizar un cultivo para detectar la presencia de estreptococos B. (28).
- 3) Seguimiento y monitorización de la FCF (frecuencia cardíaca fetal) y actividad que genera el útero como la frecuencia de contracciones, de tal forma que en los resultados se observen anomalías y alteraciones dentro de las gráficas impresas en el cardiotocográfico. (28).

Expectante

Se estima que las embarazadas con edad gestacional de 24 a 34 semanas, bajo un tratamiento adecuado, pueden obtenerse el 50 a 60% de productos vivos dentro de la primera semana posterior a

una RPM; el 70 a 75% de las embarazadas tendrá un parto en la siguiente semana y el 80 a 85% suelen comenzar su trabajo de parto y luego el parto en los 28 días después de una RPMP. (15)

El manejo expectante debe realizarse dentro de la hospitalización inmediata de la embarazada que presenta esta complicación obstétrica, ya que se enfoca en la revisión constante para identificar indicios de infección, desprendimiento de placenta prematura, modificación del bienestar fetal, traumas por cordón umbilical y la presencia del inicio de trabajo de parto. (28)(15)

Además, se indica el seguimiento continuo de la FCF y constantes órdenes de ecografías para valorar el crecimiento fetal, ya que esto puede determinar algún signo de infección fetal precoz que no destaque la fiebre. (28)(15)

Uso de tocolíticos

La aplicación de la tocolisis puede asociarse a un riesgo a la corioamnionitis, ya que se ha demostrado que no representa un método de prolongación del embarazo o disminución de complicaciones neonatales. (28) (15)

Uso de corticoides

El uso de corticosteroides como tratamiento para la RPM pretérmino, en el neonato puede ocasionar efectos adversos como complicaciones respiratorias, enterocolitis necrosante y hemorragia intraventricular. (28).

Según la guía de práctica clínica que establece el MSP para el tratamiento del RPM se recomienda la aplicación de un ciclo de corticosteroides para gestantes con edad gestacional de entre 24,7 a 34,7 semanas de gestación. (28)(15)

El segundo ciclo de betametasona en un periodo pretérmino no es recomendable porque no respaldan buenos resultados bajo este contexto, ya que se relacionan al bajo peso al nacer del recién nacido y alteraciones en la circunferencia de la cabeza. (28) (15)

Uso de antibióticos

Se indica el uso de antibióticos con el fin de evitar o disminuir la corioamnionitis e infección neonatales después de ocurrir a una RPM. (28)(15)

En algunas literaturas, el tratamiento se basa en la combinación de la ampicilina por vía intravenosa, una dosis de 2 g cada 6 horas durante 7 días, a esto se le añade la eritromicina de 250 mg cada 6 horas durante 48 horas, seguido de la amoxicilina por vía oral de 250 mg cada 8 horas. Como base debe ir la

eritromicina de 333 mg cada 8 horas en rupturas prematuras de membranas en gestantes menores de 34 semanas. (28)

La amoxicilina más ácido clavulánico hace referencia a la aparición de enterocolitis necrosante por lo tanto no suele ser recomendado. (28)

De acuerdo a la guía práctica del MSP de la RPM, recomienda en el manejo expectante el uso de los antibióticos anteriormente mencionados en un curso de 48 horas en caso de ruptura prematura de membrana pretérmino de forma que se pueda prolongar la latencia del embarazo, reducir la carga bacteriana y combatir la infección, y evitar el riesgo de morbilidades por prematuridad. (15)

En caso que la mujer gestante presente síntomas alérgicos a los antibióticos de base, es recomendable solo administrar la eritromicina de 250 mg tabletas cada 6 horas durante 10 días y la clindamicina ampolla de 900 mg intravenoso cada 8 horas durante 7 días. (28) (15)

Uso de sulfato de magnesio

El sulfato de magnesio a más de ser un medicamento usado para condiciones de preeclampsia y eclampsia dentro de la activación del código obstétrico azul, es un neuroprotector fetal en la anticipación de un nacimiento inferior a las 32,7 semanas de gestación. (28)

Las gestantes que se encuentran bajo el riesgo de un parto prematuro inminente dentro de las 24 a 32 semanas de gestación, son candidatas para el tratamiento con sulfato de magnesio para la neuroprofilaxis fetal. (28)

Cronología del manejo de la RPM en prematuridad.

- a) Gestantes de 37,7 semanas (termino y termino temprano): intervención en el parto y aplicación de profilaxis para combatir el estreptococo del grupo B. (28).
- b) Gestantes de 34,7 a 36,7 semanas (pretérmino tardío): el mismo protocolo de las gestantes a término. (28)
- c) Gestantes de 24,7 a 33,7 semanas (pretérmino): se aplica el manejo expectante, además de la recomendación del esquema de antibióticos de base en la latencia duradera, aplicación de un ciclo de corticosteroides, implementación de la profilaxis de la GBS en caso que se indique
 - Para menores de 24 semanas de gestación: se brinda consejería, de igual forma se implementa el manejo expectante y el uso de antibióticos, la profilaxis dejando de lado el uso de corticosteroides ya que no representa viabilidad, al igual que el uso de tocolíticos, se implementa el uso de sulfato de magnesio como neuroprofilaxis, sin embargo no suele ser viable aunque es recomendado a partir de las 23.7 semanas. (28)

2.2.5 ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA (SARS-2/COVID-19)

La Enfermedad o Síndrome Respiratorio Agudo/Severo denominado SARS-/COVID-19 es una infección por coronavirus novedosa. Esta cepa viral se basa en una neumonía atípica. (33) El virus de los términos “Severe Acute Respiratory Síndrome-Coronavirus-2” abreviado en SARS-CoV-2. Actualmente representa una emergencia sanitaria global según la OMS. (33)

Los coronavirus son una familia viral, provenientes de muchas especies animales. Estos virus tienen la capacidad de reservarse y replicarse en las personas ocasionando una infección tal cual lo ha experimentado el MERS.CoV y el SARS-CoV, siendo capaces de desencadenar sintomatologías severas. (33)

No está muy establecido del todo como actúa el Covid-19 ya que durante este último año se ha venido presentando de forma distinta según los hallazgos encontrados en cada persona que fue atendida en un centro de salud o en los servicios de salud de 2do nivel. (33) La enfermedad respiratoria severa tiene una incidencia del 16% de acuerdo a los estudios que se realizaron en la primera ciudad infectada (Wuhan, China). Sin embargo, se sabe que afecta más a las personas mayores o que padecen de una enfermedad previa autodegenerativa (Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, afecciones pulmonares o cardíacas). (33)

De acuerdo a los datos reportados, la letalidad del virus según el grupo etario es: de 14.8% en personas adultas mayores de 80 o más años de edad; un 8% en personas geriátricas con edades de entre 70 y 79 años; 3.6% en personas mayores con 60 a 69 años; 1.3% en personas adultas de 50 a 9 años; 0.4% en adultos con 40 a 49 años; 0.2% en adultos de entre 20 a 29 años; 0.2% en adolescentes de 10 a 19 años y aún no existen reportes ciertos de la letalidad en niños de 0 a 9 años de edad. (33)

INCUBACIÓN

El SARS-2-CoV-19 posee una incubación de aproximadamente 5 días desde el primer contacto con el virus o el infectado (rango de 2 a 14 días). (34) Después de la incubación puede generar síntomas o no por la replicación en el sistema corporal. (34)

TRANSMISIÓN

La adquisición de esta infección se basa en el contacto con las gotas respiratorias con un tamaño mayor a 5 micras, que a pesar de no permanecer en el aire, suelen estar presentes en una distancia menor a 1 o 2 metros. Además, el contacto directo con las mucosas o secreciones y material infectado

puede asegurar una infección ya que al estar en contacto con las manos, estas disponen un riesgo al momento de tener contacto con alguna parte anatómica o fisiológica propia y dar paso al virus para su incubación. (34)

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Las manifestaciones clínicas de la infección es variable en muchos casos clínicos reportados, sin embargo hay hallazgos que parecen muy comunes en muchos de los casos. Los síntomas van desde una fiebre, malestar, tos seca, disnea hasta una dificultad respiratoria grave. (8)(4) cerca de un 20% de los pacientes infectados llegan a presentar un cuadro clínico grave, este porcentaje hace énfasis a los pacientes con enfermedades previas a la infección. (34)

FACTORES DE RIESGO

La adquisición de la infección por lo general suele darse en todas las personas que hayan tenido contacto con alguien ya infectado, haya salido del país o cambio de ciudades en donde hayan identificado casos. Sin embargo, la morbilidad se asocia a diversos factores como: personas de raza negra o hispanas, edad avanzada, obesidad, enfermedades previas ya diagnosticadas, estado gestacional. (10)

TRATAMIENTO

Actualmente no existe una cura definitiva para la infección viral por SARS-2/CoV-19. (34) El tratamiento ante el cuadro clínico es paliativo, de forma que se trate de disminuir las manifestaciones clínicas hasta que el ciclo viral cese, la mayor parte de los medicamentos utilizados están basados en corticoides, antibióticos, broncodilatadores, medicamentos para terapias respiratorias, anticoagulantes y antipiréticos. (34) Inclusive en personas asintomáticas es innecesario el uso de medicamentos que traten de disminuir la sintomatología. (34)

Para tratar de disminuir el contagio es necesario una vez con la infección adquirida, se basa en la aplicación de medidas higiénicas y conservación de la distancia social para evitar contagiar. (34)

EMBARAZO Y SARS-2-COVID-19

Las gestantes son un grupo vulnerable dentro de los grupos de atención en salud ya que su condición representa un riesgo de por sí al encontrarse alojando a uno o más productos vivos. (34) Su sistema inmunológico se encuentra delimitado por lo que cualquier infección suele ser oportunista y proliferar en su sistema en la ausencia de cuidados. (4)(34) No existe tanta evidencia o hallazgos que

determinen que las gestantes infectadas por SARS-2/CoV-19 puedan generar una transmisión vertical del virus, sin embargo se ha determinado que han aumentado los casos de partos prematuros. (4)(34)

La infección viral en las gestantes sintomática aumenta el riesgo de un aborto espontáneo, además de relacionarse a resultados adversos en los fetos de forma que altera su crecimiento fetal. (8)(34)

Al igual que el resto de los adultos y población en general, el cuadro clínico no varía mucho según datos obtenidos de innumerables muestras poblacionales en las áreas hospitalarias occidentales. Se establece que el 8% del total de gestantes suelen pasar de un estado leve de infección a un estado grave y el 1% suele encontrarse en estado crítico. (34) Esto se debe a que estos porcentajes hacen referencia a gestantes que son parte de los factores de riesgo anteriormente descritos en especial si se encuentran bajo condiciones delicadas de salud independiente del estado gestacional o condición obstétrica. (34). No existen datos que señalan a gestantes asintomáticas cursar los niveles de gravedad de la infección por Covid-19. (34) esto no quiere decir que no presenten signos que puedan ser un riesgo de otras complicaciones, se ha observado que existe una linfopenia moderada y presencia de la proteína C reactiva. (34).

Las gestantes que cursan un ciclo de infección leve y luego entran en complicaciones, se ha destacado que existe un cuadro clínico crítico a nivel hemodinámico afectando los órganos diana (corazón, pulmones, hígado, riñones, cerebro) complicando a la paciente y otorgando criterios para los cuidados intensivos dentro del área hospitalaria. (34) Raros son los casos que pueden evolucionar de esta forma, su incidencia es muy baja en comparación a los casos asintomáticos que representan más del 80% del total de casos de gestantes infectadas por CoV-19. (34)

Además, asintomática o no, el tratamiento ante estas pacientes ha llevado a que el personal médico genere una preocupación debido al riesgo de transmisión. Las gestantes asintomáticas al no manifestar cambios, son un factor de riesgo transmisible para otras personas incluyendo el personal médico que la atiende. (9)(34)

Se ha visto la necesidad de implementar medidas estrictas para disminuir la probabilidad de contagio y salvaguardar la integridad de la paciente cumpliendo de esta forma el adecuado control prenatal y los servicios de atención en la hospitalización de las mismas incluyendo el parto.

Estas medidas se enfocan en la protección tanto del personal sanitario que interviene como a la paciente bajo un contexto que pueda ser manejado sin aumentar la probabilidad de contagio con aquellas pacientes gestantes y puérperas que no se encuentran infectadas. (34)

Complicaciones perinatales

Según los datos encontrados en base a la evidencia, se determina que durante el embarazo las gestantes son menos tolerantes a la hipoxia por lo que su vulnerabilidad a infecciones es mayor durante este estado gestacional. Existe una alteración de la citoquinas las mismas que pueden ocasionar modificaciones en el desarrollo y maduración de algunas funcionalidades fetales. (34)

Transmisión vertical.

Se define como la transición intrauterina que cursa la carga viral mediante la placenta, el líquido amniótico, circulación sanguínea del cordón umbilical hasta llegar al feto. Se puede demostrar mediante la aplicación de hisopos nasofaríngeos a través del PCR (reacción en cadena de la polimerasa) después del nacimiento. (34)

La transmisión vertical no se ha evidenciado con tanta frecuencia a nivel global ya que no hay datos estadísticos de casos en los que se hayan presentado y hayan presentado novedades clínicas. (34)

Transmisión horizontal.

El riesgo de transmisión horizontal o por gotas es inminente. Al obtener los recién nacidos y encontrarse en contacto con las madres infectadas, es probable que el mismo adquiriera la infección. Se han registrado pocos casos en los que los recién nacidos cuya condición clínica es similar al cuadro clínico común leve: presentando fiebre, tos, incluso hasta vómitos. (34)

Pruebas diagnósticas adicionales

Radiografía de tórax: Se indica como método confirmatorio de tal manera que se pueda evidenciar la función respiratoria y las condiciones en las que se encuentra en caso de estar infectada. En la gestante este método es inmediato, ya que la exposición a la radiación puede ser un factor de riesgo en la salud materno-fetal. (34)

Tomografía Axial Computarizada (TAC): Es necesario para poder observar las estructuras orgánicas y las alteraciones que pueda provocar la infección. Puede ser una TAC simple o una angio-TAC. (34) De la misma forma este procedimiento no requiere mucho tiempo para su realización por la condición gestante. (34)

Ecografía fetal: Esta prueba es independiente de los métodos diagnósticos para SARS-2/CoV-19. (34) Sin embargo es necesario que se implemente ya que de esta forma se puede conocer el bienestar fetal. (34)

Registro Cardiotocográfico (RCTG): Este método es parte del control y monitorización fetal, de esta forma se puede conocer sobre la condición fetal. (34)

Manejo y tratamiento clínico de la mujer embarazada con SARS-2-COVID-19

En vista de la ausencia de una cura definitiva, se optó por el tratamiento paliativo en cualquier estadio de gravedad de la infección adquirida, mediante el uso de antimicrobianos e inmunomoduladores en las gestantes. (34) Estos últimos deben estar bajo precauciones en caso que puedan visualizarse posibles efectos adversos o latentes. (34)

Para cada embarazada y puérpera existe un tratamiento diverso de acuerdo a los protocolos y normativas establecidos en cada territorio a nivel americano. (34)

Sin embargo, las principales medidas a tomar en cuenta al igual que el resto de la población, se enfocan en: (34)

- Medidas de alojamiento exclusivo o aislamiento para controlar la infección. (34)
- Recolección de muestras para los exámenes respectivos en la confirmación de COVID-19 u otras infecciones respiratorias. (34)
- Tratamiento de oxigenoterapia en caso de haber síntomas de que alteren la respiración y oxigenación periférica (hipoxia). (34)
- Tratamiento antibiótico para disminuir afecciones provocadas por bacterias ajenas a la infección por SARS-2. (34)
- Vigilancia y monitorización sistematizada de la condición uterina y fetal. (34)
- En caso de ser necesario, aplicar la ventilación mecánica para mejorar la función respiratoria que se encuentra alterada. (34)
- Excluir la preparación de las intervenciones cuando se presente el parto. (34)

Cabe recalcar que para enfrentarse a esta condición sanitaria que puede presentar la gestante, el equipo debe ser multidisciplinario y apto para efectuar los tratamientos más adecuados y de esta forma mantener un adecuado bienestar binomial materno-fetal, inclusive hasta en el momento del trabajo de parto tanto en el parto a término como pretérmino. (34)

2.2.6 TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson fue una enfermera precursora quien permitió que la enfermería pueda ser reconocida y estimada por el aporte científico y de campo. (35) Destacada como una mujer investigadora y docente, autora de las 14 necesidades básicas del ser humano incorporando bases fisiológicas y psicopatologías para poder realizar una valoración adecuada. Hace referencia a que cada

persona es holística, con la capacidad de realizar en todo en cualquier ámbito siempre y cuando sus necesidades estén saciadas. (35) si una necesidad se encuentra insatisfecha, puede llegar a alterar la salud del paciente y con ello modificar uno o varios de los 4 metaparadigmas (salud, contorno, persona y enfermería). Por otra parte se establecen 3 niveles de intervención por parte del personal de enfermería ya que sustituye, colabora y es compañero/a en la disposición de brindar cuidados al individuo. (29)(26)

De acuerdo al modelo establecido por Virginia Henderson, se establecen catorce necesidades básicas, estas son: respirar, alimentarse (beber y comer), eliminación (desechos corporales), movilidad (traslado, deambulación, accionar físicamente), sueño (descanso), vestimenta (capacidad de usar prendas de vestir), seguridad, temperatura corporal, afrontamiento (evitar peligros del entorno), comunicación (relación social y familiar), religión o creencias, autorrealización, aprendizaje y ocio. (29)(26)

14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON EN EL EMBARAZO

- 1. Respiración.-** Durante el embarazo, los sistemas de oxigenación, y hematopoyéticos requieren estar en condiciones aptas para aportar oxígeno tanto a la gestante como al feto, de forma que no se presente hipoxia. Sin embargo pueden detectarse problemas en la ventilación por la evolución fisiológica dada por la gestación previa al parto. (26)
- 2. Alimentación.-** La alimentación y digestión no varía mucho durante el embarazo. Sin embargo, muchas de las dietas y alimentos pueden modificar el estado sistémico de la gestante, de forma que puedan resultar alteraciones en el tracto digestivo o a nivel circulatorio o mejorar los aportes de nutrientes tanto para la madre como para el feto. (26)
- 3. Eliminación.-** Se describe a la función renal y los procesos de eliminación de sustancias que el cuerpo elimina. Se ejercen dentro de los riñones y recorren por las vías urinarias hasta su expulsión; como también a los procesos de eliminación por otras vías. En la gestante, a menudo se presentan infecciones de vías urinarias por diversas causas por lo que se encuentran bajo recomendaciones para facilitar su diuresis, defecación, o eliminación. (26)
- 4. Movilización.-** Hace referencia a toda actividad física incluyendo las más básicas como es el deambular o la mecánica para la alimentación y para el reposo como cambios posturales. Toda embarazada al cursar complicaciones obstétricas se encuentran con restricciones de actividades desde las que requieran mucho esfuerzo hasta las actividades cotidianas o que conforman parte de necesidades vitales por lo que suelen encontrarse en reposo absoluto.(26)
- 5. Reposo y sueño.-** Estado corporal necesario para descansar el estado físico y mental. En la gestación es un factor importante ya que el descanso recupera el estado físico y el desgaste de energía que ejerce la madre durante el día, de tal forma que se repone la integridad física y psicológica, además de mejorar el estado fetal. (26)

6. **Vestirse y desvestirse.-** Acción de colocarse y retirarse las prendas de vestimenta, en la condición gestante las embarazadas optan por ropa cómoda, floja, como batas tanto de su preferencia por asistencia familiar, o las que brinda la institución de salud. (26)
7. **Temperatura.-** Signo vital correspondiente a identificar alteraciones fisiológicas ya sea por infecciones o factores ambientales. Se puede identificar la hipotermia o hipertermia en dependencia de las condiciones que se presenten. (26)
8. **Higiene y estado de la piel.-** La piel y mucosas expuestas y tejido tegumentario posee su integridad fisiológica y por ende su función recae en la protección y recubrimiento de otras estructuras corporales; para mantener adecuadamente su integridad se ha visto envuelta en los cuidados e higiene de los mismos. Durante el estado gestacional, se pueden apreciar modificaciones en veces como apariciones de estrías, arañas vasculares; y en veces no; sin embargo la higiene es un factor que hace hincapié para prevenir infecciones. (26)
9. **Seguridad.-** Aspecto que involucra y salvaguarda la integridad holística corporal y mental. Durante la gestación hace énfasis a los métodos para erradicar o corregir complicaciones que puedan darse por alguna intervención invasiva. (26)
10. **Comunicación/Relación.-** Capacidad de ejercer para fortalecer las relaciones sociales y familiares mediante los órganos de los sentidos. La mujer gestante no suele presentar problemas al intentar comunicarse ya que en caso de estar alterado algún órgano de los sentidos, el lenguaje no verbal se presenta por gestos o comportamientos corporales. (26)
11. **Creencias/Religión.-** Hace referencia a dificultades que se presentan dentro de la espiritualidad, conflictos con los valores, creencias, cultura y religión. (26)
12. **Aprendizaje.-** Capacidad de adquirir conocimientos a partir de la recepción directa o indirecta sobre el estado de salud. Muchas de las mujeres gestantes, en base a los derechos que poseen, se hacen énfasis al derecho a la información y estado de salud tanto de la misma gestante como del recién nacido. Este requerimiento permite suplir la necesidad de información a captar para tener conocimiento en todo momento que se involucre la integridad de la gestante. (26)
13. **Autorrealización.-** Cúspide subjetiva que se proyecta en cada ser humano para llevarlo a cabo en cada etapa de su vida. La mujer gestante, a menudo presenta haber logrado algo beneficioso al tener en cuenta sus más grandes anhelos y cumplirlos, la mayor parte recae en formar una familia. (26)
14. **Ocio.-** Inactividad selectiva para brindar tiempo a actividades fuera de lo cotidiano y placenteras de mínimo esfuerzo, pero ciertamente necesarias psicológicamente. La embarazada por recomendaciones y bajo la estricta prescripción del reposo absoluto, requiere realizar ciertas actividades que generen tranquilidad, relajación muscular, y mínimos esfuerzos. (26)

2.2.7 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

La profesión de enfermería ha estado adquiriendo mayor impacto en el campo de la salud ya que constantemente está bajo retos en ámbitos nuevos de tal forma que se reconoce la independencia e interdependencia en el trabajo junto al equipo de salud dentro de los servicios y especialidades de salud. Es un pilar fundamental cuyo rol implica el cuidado integral tanto del paciente como de la familia y comunidad. (29)

El profesional de enfermería cumple ciertos roles que son importantes dentro de la salud. El profesional de enfermería puede desenvolverse en el papel de docente, mediante la promoción y educación en salud bajo instituciones o contextos educativos y hospitalarios dentro de las unidades de salud. (1) También ejecuta la función administrativa, encargada de ser una persona que pueda llevar temas de gestión, coordinación y organización. (1) El rol de investigador/a es un papel que a diario debe cumplir para adquirir nuevos conocimientos y estar al día para de esta forma enriquecerse sobre temas de la salud, y por último, el rol asistencial se basa en el cuidado directo del paciente, aplicando el método científico y ejecutar intervenciones dependientes, interdependiente e independientes que puedan mejorar el estado de salud del paciente. (1)

Dentro del área obstétrica, el enfermero/a tiene la labor de ejecutar casi todos sus roles en especial el asistencial y de educador ya que es responsabilidad del mismo dar a conocer y orientar al público sobre temas gestacionales, signos de alarma, el parto, lactancia materna, entre otros temas. (1). La asistencia del personal de enfermería antes, durante y después del parto permite ejecutar el cuidado apropiado para llevar a cabo un proceso de finalización del parto adecuado de forma que se disminuyan las condiciones negativas y factores que puedan afectar tanto a la madre y al feto. (1)(12)

Para llevar a cabo estos cuidados, es necesario establecer un protocolo de cuidados propio para enfermería que puede ser ejecutado de forma sistemática, encerrando una serie de acciones destinadas a la solución de problemas de forma lógica y crítica, fundamentado en base científica, teorías y modelos establecidos. (29) Este proceso se caracteriza por ser dinámico, periódico, organizado, controlado, oportuno y sistemático. Se conforma por: la valoración, el diagnóstico de enfermería, la planificación, la ejecución de intervenciones y la evaluación bajo indicadores. (29)

Valoración.- es la fase principal para comenzar a establecer el plan de cuidados ya que hace referencia a los datos recabados mediante la examinación obtenida de forma tanto directa como indirecta. (36)(29)

Diagnóstico.- esta fase permite establecer el problema mediante la causa y la evidencia de forma real o potencial. De esta forma se establece la condición en base a los datos recolectados. (29)

Planificación.- permite establecer los objetivos necesarios para la solución del problema de salud identificado. (29)

Ejecución.- se establecen y aplican las intervenciones con sus respectivas actividades encaminadas a resolver el problema de salud paso a paso cumpliendo los objetivos propuestos. (29)

Evaluación.- se revisan los resultados establecidos con la finalidad de categorizar el cumplimiento y satisfacción de las intervenciones ejecutadas en la resolución del problema de salud. (29)

CAPÍTULO III. PROCESO METODOLÓGICO

3.1 DISEÑO O TRADICIÓN DE INVESTIGACIÓN SELECCIONADA

3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio de caso se basa en la investigación científica Cualitativa ya que se centra en la recopilación de datos mediante revisión bibliográfica de artículos científicos de gran impacto con relación a los hallazgos encontrados en la historia clínica del objeto de estudio, de forma que permita establecer los principales argumentos y fundamentos basados en los hechos reales.

3.1.2 UNIDAD DE ANÁLISIS

Paciente primigesta juvenil de 14 años de edad con diagnóstico de embarazo gemelar de 27.4 semanas de gestación por ecografía, ruptura prematura de membranas (RPM), y enfermedad respiratoria aguda (SARS-2-COVID-19) asintomática

3.1.3 ÁREA DE ESTUDIO

El área de estudio hace referencia a la paciente gestante menor de edad captada en el área de emergencias obstétricas del Hospital Obstétrico Ángela Loayza de Ollague de la ciudad de Santa Rosa, Provincia de El Oro; para luego, permanecer en el cubículo de sintomáticos respiratorio de la misma área; posteriormente a unos días, a ser ingresada al área de Hospitalización Ginecológica, previo a ser intervenida dentro del área de quirófano.

3.1.4 TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación es de tipo descriptivo, de cohorte retrospectiva y transversal lo cual permite caracterizar la información con los eventos ocurridos en la paciente desde el comienzo de la hospitalización, su egreso hasta su condición postparto tardío dentro de su domicilio.

3.1.5 MÉTODOS DE ESTUDIO

Método científico: Se implementa esta forma metodológica ya que la información recolectada permite proyectar un gran impacto en conocimiento, puesto que el papel de enfermería se encuentre sustentada en bases científicas.

Método analítico: Permite de forma importante interpretar la información científica de tal manera que se detallen puntos vistas de ideología constructivista.

Método descriptivo: Se enfatiza a la presentación detallada de las características de forma general de manera que permita llegar a los aspectos específicos sistematizados.

3.1.6 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

Las técnicas implementadas dentro de la investigación son: Observación, entrevista directo a la paciente, análisis de historia clínica, revisión bibliográfica.

3.1.7 INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Entre los instrumentos utilizados dentro del estudio de caso, se detalla: la historia clínica, artículos científicos de alto impacto relacionadas con el objeto de estudio extraídas de las bases de datos de Science Direct, Scielo, Eric, Google Académico; manuales, guías, tesis y trabajos de grados extraídos de repositorios universitarios locales, nacionales e internacionales; libros digitales gineco-obstétricos y de las taxonomías de NANDA, NIC, NOC

3.1.8 CATEGORÍAS

Análisis de los siguientes criterios establecidos en el trabajo de investigación: anamnesis, examen físico, antecedentes patológicos personales previos, antecedentes patológicos familiares, plan de cuidado de enfermería.

3.2 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS EN LA INVESTIGACIÓN

Para realizar el estudio de caso de la paciente gestante captada en el área de emergencia obstétrica se realizó un proceso sistemático. Empezando por la captación del paciente y su representante para informar sobre el proceso de investigación a realizar, y de esta forma solicitar la firma del consentimiento para la realización del trabajo de investigación regido bajo los principios éticos. Este

documento es una constancia legal para poder adjuntar sobre la solicitud que se entrega en la institución de salud que fue atendida para obtener y recolectar información de la historia clínica de la paciente.

Se realizó una investigación exhaustiva, completa y sistemática basados en las palabras claves como: Embarazo adolescente, Ruptura prematura de membrana, Enfermedad respiratoria Aguda (SARS-2-COVID-19), Teoría de Virginia Henderson; Proceso de Atención de Enfermería; para obtener artículos científicos de alto impacto de los últimos 5 años en las distintas bases de datos como lo son: Science Direct, Scielo, Eric, Google Académico; además de trabajos de investigación de repositorios, libros, tesis, manuales, guías y trabajos de grado.

3.2.1 ASPECTOS ÉTICOS-LEGALES

En la elaboración del trabajo de investigación se abordan ciertos principios bioéticos, como son:

- **Autonomía:** El personal de enfermería es responsable de salvaguardar los derechos del o la paciente cuando aquella persona no posea la capacidad de tomar decisiones. (37)
- **Beneficencia:** El intervenciones directas efectuadas por el personal de enfermería se centra en el bienestar del paciente constituyendo una gran importancia dentro del plan de cuidados. (37)
- **No maleficencia:** El cuidado que brinda el personal de enfermería se encaminan a la recuperación sin infringir daño alguno en la integridad del paciente, de manera que se preserve la salud y se mejore la calidad de vida del mismo. (37)
- **Confidencialidad:** Se conserva la integridad del paciente, sus datos personales se encuentran bajo reservación sin revelación en su totalidad conservando su privacidad. (37)

3.2.2 PETICIÓN DE ACCESO PARA EL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA

Para acceder a la historia clínica de la paciente se procedió a emitir un oficio distinto por parte dela coordinadora de la Carrera de Enfermería dirigido al Mgs. Xavier Molina Quezada, Director Técnico del Hospital Obstétrico Ángela Loayza de Ollague para que de esta manera otorgue el permiso de revisión de datos clínicos registrados de la paciente.

3.3 SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN EN EL ANÁLISIS DE DATOS

· **Historia clínica:**

Se ejecutó un análisis de la historia clínica de la paciente gestante de 14 años de edad con diagnóstico de embarazo gemelar de 27 semanas de gestación por ecografía, ruptura prematura de membranas y enfermedad respiratoria aguda (SARS-2-COVID-19).

· **Anamnesis:**

Paciente gestante de 14 años de edad con antecedentes patológicos familiares (papa sospechoso de infección por SARS-2-COVID-19), no refiere antecedentes patológicos personales, sin partos o gestas previas, es valorada por médico residente de turno por presentar eliminación de líquido transvaginal en poca cantidad de 4 horas de evolución, sin actividad uterina al momento y movimientos fetales presentes, asintomática respiratoria, es ingresada inmediatamente para observación en el área de emergencia, dentro del cubículo de triaje para sintomáticos respiratorio. Se ordena toma de muestras para exámenes de laboratorio, mientras que se coordina trámites para la obtención de cupo y derivada a un centro de salud de mayor complejidad a nivel nacional por falta de espacio físico en hospitalización para pacientes sospechosos de síndrome respiratorio agudo y para el área de neonatología.

· **Signos vitales:**

Temperatura: 36.5°C

Frecuencia cardíaca: 100 x'

Frecuencia Respiratoria: 20 x'

Presión Arterial: 100/70 mmHg

Saturación de Oxígeno: 99%

· **Examen físico:**

- **Piel:** Normotérmica

- **Cabeza:** Normocefálica

- **Facies:** Pálidas.

- **Ojos:** Pupilas isocóricas, pupilas normoreactivas

- **Mucosas orales:** Semihidratadas

- **Cuello:** Simétrico, móvil sin presencia de adenopatías a la palpación.

- **Tórax:** Simétrico, campos pulmonares ventilados.

- **Abdomen:** Globuloso ocupado por útero gestante, alojando productos fetales 1 y 2. FCF1: 140 lpm; FCF2: 160 lpm.

- **Región genitourinaria:** Pérdida de líquido transvaginal claro en poca cantidad, eliminando diuresis por sonda vesical.

- **Extremidades:** Móviles simétricas, tono y fuerza muscular conservados.

POR SISTEMAS

Neurológico: Consiente, orientada en tiempo espacio y persona, apertura ocular al llamado, responde y entiende las ordenes sencillas, moviliza extremidades superiores e inferiores, fuerza muscular en escala de Daniels: 4/5; pupilas isocóricas normoreactivas, escala de Glasgow de 15/15.

Cardiovascular: TA: 100/70 mmHg; PAM: 80 mmHg; FC: 100 x'. RSCS rítmicos de adecuada intensidad, ausencia de soplos.

Respiratorio: FR: 20 x'; SPO2: 99%. Respirando aire ambiental con cubrebocas presente, patrón normal en la respiración, tórax con expansión adecuada por cada ventilación, ausencia de crepitaciones o ronquidos, tos o disnea.

Gastro-metabólico: Glicemia posprandial: 80 mg/dl; abdomen globuloso ocupado por útero gestante, con dolor de moderada intensidad a la palpación, ausencia de ruidos intestinales, con indicaciones de NPO y posterior a dieta blanda.

Reproductor: Eliminando líquido amniótico claro en poca cantidad, riesgo de infección, dilatando 2 cm con borramiento de 50%; plano I; sin sangrado vaginal; alteración de la integridad de membranas, altura uterina de 22 cm; movimientos fetales presentes; FCF1: 140 lpm; FCF2: 160 lpm; presentación fetal 1: transversal y presentación fetal 2: cefálica.

Renal: Diuresis normal por sonda vesical, clara, sin presencia de proteínas.

Hemato-Infeccioso: Proceso infeccioso por SARS-2-COVID-19 sin aparente sintomatología; IGG y IGM de cristalografía positiva, afebril.

· **Exámenes complementarios:**

Hematología, bioquímica sanguínea, cristalografías	
Fechas	Resultados (novedades)

6/7/2020	<p>Leucocitos: 10.94 10³/ul (4.00 - 10.00)</p> <p>Segmentados: 65.70 % (50 – 70)</p> <p>Linfocitos: 19.60 % (20.0 – 40.0)</p> <p>Eosinófilos: 6.40 % (1 - 4)</p> <p>Monocitos: 7.30 % (2.0 – 4.0)</p> <p>Hemoglobina: 10.10 g/dl (11.50 - 16.00)</p> <p>Hematocrito: 28.90 % (35.00 – 47.00)</p> <p>Plaquetas: 308.00 10³/ul (150.00 – 400.00)</p> <p>T. Protrombina (TP): 10.6 segundos (12 - 15)</p> <p>INR: 0.98 (1.30)</p> <p>COVID-19 IGG: Positivo</p> <p>COVID-19 IGM: Positivo</p> <p>Prueba de Cristalografía: Positivo</p>
7/7/2020	<p>Leucocitos: 13.95 10³/ul (4.00 - 10.00)</p> <p>Segmentados: 85.20 % (50 – 70)</p> <p>Linfocitos: 10.30 % (20.0 – 40.0)</p> <p>Eosinófilos: 0.00 % (1 - 4)</p> <p>Hematíes: 3.02 10⁶/ul (3.50 – 5.00)</p> <p>Hemoglobina: 8.90 g/dl (11.50 - 16.00)</p> <p>Hematocrito: 25.50 % (35.00 – 47.00)</p> <p>Glucosa: 111.0 mg/dl (60 - 110)</p> <p>LDH: 533 u/l (200 - 400)</p>
8/7/2020	<p>Leucocitos: 15.28 10³/ul (4.00 - 10.00)</p> <p>Segmentados: 81.30 % (50 – 70)</p> <p>Linfocitos: 8.90 % (20.0 – 40.0)</p> <p>Eosinófilos: 0.10 % (1 - 4)</p> <p>Monocitos: 8.70 % (2.0 – 4.0)</p> <p>Hematíes: 2.76 10⁶/ul (3.50 – 5.00)</p> <p>Hemoglobina: 8.10 g/dl (11.50 - 16.00)</p> <p>Hematocrito: 23.30 % (35.00 – 47.00)</p> <p>Glucosa: 112.0 mg/dl (60 - 110)</p>

9/7/2020	<p>Segmentados: 74.90 % (50 – 70)</p> <p>Linfocitos: 15.30 % (20.0 – 40.0)</p> <p>Monocitos: 5.90 % (2.0 – 4.0)</p> <p>Hematíes: $2.81 \cdot 10^6$/ul (3.50 – 5.00)</p> <p>Hemoglobina: 8.30 g/dl (11.50 - 16.00)</p> <p>Hematocrito: 24.10 % (35.00 – 47.00)</p> <p>Glucosa: 125.0 mg/dl (60 – 110)</p>
10/7/2020	Dímero-D: 3.33 ug/ml (0.0 – 0.5)
11/7/2020	<p>Eosinófilos: 9.30 % (1 - 4)</p> <p>Monocitos: 5.50 % (2.0 – 4.0)</p> <p>Hematíes: $2.73 \cdot 10^6$/ul (3.50 – 5.00)</p> <p>Hemoglobina: 8.10 g/dl (11.50 - 16.00)</p> <p>Hematocrito: 23.40 % (35.00 – 47.00)</p>
12/7/2020	<p>Leucocitos: $15.67 \cdot 10^3$/ul (4.00 - 10.00)</p> <p>Linfocitos: 9.40 % (20.0 – 40.0)</p> <p>Eosinófilos: 0.90 % (1 - 4)</p> <p>Monocitos: 5.10 % (2.0 – 4.0)</p> <p>Hematíes: $2.46 \cdot 10^6$/ul (3.50 – 5.00)</p> <p>Hemoglobina: 7.30 g/dl (11.50 - 16.00)</p> <p>Hematocrito: 21.10 % (35.00 – 47.00)</p>
15/7/2020	<p>Leucocitos: $11.00 \cdot 10^3$/ul (4.00 - 10.00)</p> <p>Linfocitos: 18.50 % (20.0 – 40.0)</p> <p>Eosinófilos: 7.90 % (1 - 4)</p> <p>Monocitos: 7.10 % (2.0 – 4.0)</p> <p>Hematíes: $2.24 \cdot 10^6$/ul (3.50 – 5.00)</p> <p>Hemoglobina: 6.60 g/dl (11.50 - 16.00)</p> <p>Hematocrito: 20.00 % (35.00 – 47.00)</p>
16/7/2020	<p>Leucocitos: $12.50 \cdot 10^3$/ul (4.00 - 10.00)</p> <p>Linfocitos: 19.00 % (20.0 – 40.0)</p> <p>Eosinófilos: 6.90 % (1 - 4)</p> <p>Monocitos: 5.70 % (2.0 – 4.0)</p> <p>Hemoglobina: 10.10 g/dl (11.50 - 16.00)</p> <p>Hematocrito: 29.60 % (35.00 – 47.00)</p>

Imagenología	
Fechas	Resultados (novedades)
6/7/2020	<p><i>Reporte Ultrasonico:</i></p> <p>Madurez de placenta I/III, membrana intergemelar delgada separando ambos fetos, índice amniótico 13.14 – 13.01 c.c. de aspecto grumoso; embarazo gemelar biamniótico de 26.7 semanas, fístula amniótica. Se sugiere Cristalografía</p> <p>Útero aumentando de tamaño, dos fetos, sin malformaciones movimientos fetales presentes, respondiendo estímulos</p> <p>Feto 1: en presentación cefálica, peso: 932 gr.</p> <p>Feto 2: en presentación podálica, peso: 985 gr.</p>
7/7/2020	<p>Índice amniótico 15.76 – 15.12 c.c. Embarazo gemelar biamniótico de 27.0 semanas. Altos riesgos obstétricos.</p>
9/7/2020	<p>Feto 1: 1079 gr.</p> <p>Feto 2: 1083 gr.</p>

· **Diagnóstico de ingreso:**

Embarazo gemelar de 27.5 semanas por FUM, ruptura de membranas y enfermedad respiratoria aguda

· **Plan de tratamiento:**

Tratamiento de ingreso:	<p>Nada por vía oral, control de signos vitales</p> <p>Control de pérdidas transvaginales, cloruro de sodio al 0.9 % 450 ml + 10 gr de sulfato de magnesio a 50 ml hora venoso (neuroprofilaxis fetal)</p> <p>Betametasona 12 mg intramuscular primera dosis.</p> <p>Ampicilina 1 gr venoso cada 6 horas.</p> <p>Nifedipino 20 mg dosis única.</p> <p>Control de diuresis horaria.</p> <p>Control de reflejos osteotendinosos</p> <p>Tramitar referencia.</p>
--------------------------------	---

Tratamiento de hospitalización:	Dieta líquida. Control de signos vitales. Control de altura uterina y sangrado. Ducha vulvar Ampicilina 1 gr venoso cada 6 horas Cloruro de sodio al 0.9 % 1000 ml venoso cada 8 horas. Ketorolaco 60 mg vía oral cada 8 horas.
Tratamiento de egreso:	Alta médica Referencia inversa al primer nivel de atención. Asesoría de lactancia materna y planificación familiar. Signos de alarma Cualquier novedad acudir por emergencia Retiro de puntos en 8 días Ibuprofeno 400 mg vía oral cada 8 horas por 3 días Hierro + ácido fólico 60.4 mg vía oral 1 tableta diaria por 30 días Ampicilina 500 mg vía oral cada 8 horas

· **Reportes de Enfermería:**

Fecha	Reporte (Novedades)
-------	---------------------

6/7/2020	<p>Paciente de 14 años de edad primigesta con residencia en el sitio San Agustín es recibida en esta casa de salud en compañía de familiar (papá), por presentar pérdida de líquido transvaginal claro desde hace 4 horas aproximadamente, refiere dolor tipo contracción uterina, se encuentra consciente, orientada en tiempo espacio y persona, mucosas orales húmedas, respiraciones espontáneas tolerando oxígeno ambiental, abdomen globuloso ocupado por útero gestante con movimientos fetales presentes, tono y fuerza muscular conservadas, signos vitales normales. Es valorada por médico ginecólogo de turno, indican ingreso a observación con diagnóstico embarazo gemelar de 27.5 semanas por FUM, ruptura de membranas y enfermedad respiratoria aguda, se coordina toma de muestra para exámenes de laboratorio y de imagenología, se canaliza vía venosa periférica, se administra tratamiento indicado, se realiza monitorización cardiotocográfico, control de signos vitales horario, se brinda mascarilla quirúrgica, se coloca manilla de identificación, se coloca sonda vesical por administración de neuroprofilaxis fetal y control de ingesta y excretas, higiene y confort. Es trasladada en silla de ruedas al área de triaje para sintomáticos respiratorios donde permanece en espera de referencia a otra casa de salud de mayor complejidad a nivel nacional por falta de espacio físico. FC: 100 x'; PA: 120/80 mmHg; FR: 22 x'; SPO2: 98%; T°: 36.7 C°; Estado de conciencia: alerta; Proteinuria: negativa; Score Mama: 0</p>
7/7/2020	<p>Paciente en iguales condiciones, conciliando sueño largos intervalos de tiempo, con sus fascias ligeramente pálidas, en NPO, permanece en cubículo de triaje para sintomáticos respiratorio con su sonda vesical y vía venosa periférica permeables, refiriendo aun pérdida de líquido claro en poca cantidad, recibiendo monitorización por cardiotocografía continua, neuroprofilaxis, recibe 2da dosis de betametasona. Médico valora ecografía obstétrica, indicando mismo tratamiento, tramitando referencia a otra casa de salud, sin espera de respuesta. Pendiente exámenes de laboratorio. FC: 100 x'; PA: 100/60 mmHg; FR: 20 x'; SPO2: 99%; T°: 36.1 C°; Proteinuria: negativa; Score Mama: 0</p>

8/7/2020	<p>Paciente gestante en su tercer día de observación se encuentra en iguales condiciones, refiriendo síntomas de ansiedad, dolor leve tipo contracción, bradicardia de 45x', recibiendo 3era dosis de neuroprofilaxis fetal, continua con anteriores indicaciones, se recoge muestra de esputo para examen de laboratorio. Médico realiza valoración de exámenes, indica administrar 600 ml de cloruro de sodio al 0.9% a 40 gotas por minuto, hierro intravenoso en 6 horas; balance hídrico ligeramente equilibrado con leve pérdidas hídricas. FC: 90 x'; PA: 100/60 mmHg; FR: 20 x'; SPO2: 98%; T°: 36.5 C°; Estado de conciencia: alerta; Proteinuria: negativa; Score Mama: 0</p>
9/7/2020	<p>Se encuentra cursando el 4to día con neuroprofilaxis fetal, en condiciones iguales, se traslada en la mañana para ecografía obstétrica. Médico valora resultados, queda bajo iguales indicaciones y tratamiento; se observa edema en región genital, médico prescribe tratamiento antibiótico en óvulos. FC: 90 x'; PA: 90/60 mmHg; FR: 22 x'; SPO2: 98%; T°: 36.2 C°; Estado de conciencia: alerta; Proteinuria: negativa; Score Mama: 0</p>
10/7/2020	<p>En condiciones normales, no refiere dolor, se le retira sonda vesical, se discontinúa neuroprofilaxis, permanece con DISH, se mantiene con antibioticoterapia, se coordina para toma de muestras para exámenes de laboratorio. FC: 88 x'; PA: 110/70 mmHg; FR: 20 x'; SPO2: 98%; T°: 36.2 C°; Estado de conciencia: alerta; Proteinuria: negativa; Score Mama: 0</p>
11/7/2020	<p>Bajo mismas indicaciones, paciente refiere preocupación por resultados de examen de esputo. Médico valora resultados y decide ingreso a sala de hospitalización para inducción. Paciente es negativo para Covid 19. Se le brinda bata de la institución, se prepara campo operatorio, es trasladada en camilla con barandas. Paciente refiere llanto fuerte, temor, ansiedad, sensación de abandono por cambio de unidad de cuidados. Recibe asesoría y educación por parte de enfermería. En el turno de la noche, paciente presenta pérdida de líquido claro en abundante cantidad, se comunica a médico de turno el mismo que indica traslado a centro obstétrico para cesárea de emergencia. FC: 89 x'; PA: 100/60 mmHg; FR: 20 x'; SPO2: 98%; T°: 36.3 C°; Estado de conciencia: alerta; Proteinuria: negativa; Score Mama: 0</p>

12/7/2020	<p>Se coloca sonda vesical a paciente previo a la intervención quirúrgica. Bajo normas de asepsia y antisepsia, en campos estériles, mediante cesárea, se obtiene primer producto vivo con apgar de 6 – 8 y el segundo producto vivo con apgar de 2 - 5 , ambas de sexo femenino; líquido amniótico claro en moderada cantidad, clampo oportuno de cordón umbilical: paciente recibe tratamiento con oxitocina, para el dolor, retiro completo de placenta, se realiza conteo de compresas sanguinolentas, se coloca apósito estéril en herida quirúrgica, se brinda bata de la institución, higiene y confort. Recién nacidas pasan a observación, médico pediatra realiza valoración y decide ingreso a neonatología. Paciente pasa a sala de recuperación. En el turno de la noche, paciente postquirúrgica inmediata pasa a sala de hospitalización, abdomen blando, útero tónico infraumbilical, eliminando loquios hemáticos en poca cantidad, con su sonda vesical, su vía venosa periférica permeable, recibiendo tratamiento médico indicado. FC: 80 x'; PA: 110/60 mmHg; FR: 20 x'; SPO2: 98%; T°: 36.1 C°; Estado de conciencia: alerta; Proteinuria: negativa; Score Mama: 0</p>
13/7/2020	<p>Paciente presenta palidez en fascias, se mantiene afebril, mucosas orales semihidratadas, mamas simétricas con pezón formado con secreción láctea presente, abdomen blando, depresible con dolor leve a la palpación, herida descubierta, limpia y seca en proceso de cicatrización, eliminando loquios hemáticos en poca cantidad, eliminando diuresis en cantidades normales, se retira sonda vesical; tono y fuerza muscular conservadas. FC: 80 x'; PA: 100/60 mmHg; FR: 20 x'; SPO2: 98%; T°: 36.5 C°; Estado de conciencia: alerta; Proteinuria: negativa; Score Mama: 0</p>
14/7/2020	<p>Paciente en su unidad de cuidados en condiciones estables, sin aparente sintomatología o malestar, mamas simétricas con presencia de secreción láctea, tolerando dieta general. Descansa largos periodos de tiempo durante la noche. Médico valora exámenes de biometría de control, e indica transfundir 2 paquetes concentrados de glóbulos rojos a primera hora del siguiente día. FC: 89 x'; PA: 100/60 mmHg; FR: 20 x'; SPO2: 98%; T°: 36.0 C°; Estado de conciencia: alerta; Proteinuria: negativa; Score Mama: 0</p>

15/7/2020	Paciente postquirúrgico mediato, se observa fascias semipálidas. Recibe 2 paquetes concentrados de glóbulos rojos sin presentar novedades, sin efectos adversos, se educa y asesora a la paciente para extracción de leche materna, sobre lactancia materna y signos de alarma. Se coordina para la realización de exámenes de control. Pendiente valorar resultados de exámenes. FC: 74 x'; PA: 100/60 mmHg; FR: 20 x'; SPO2: 98%; T°: 36.0 C°; Estado de conciencia: alerta; Proteinuria: negativa; Score Mama: 0
16/7/2020	Paciente en condiciones normales, tolerando dieta general, sin novedades o aparente sintomatología. Médico valora resultados de exámenes y decide el alta médica, se comunica a la paciente, se coordina para traslado de paciente, se educa sobre lactancia materna, método de planificación familiar, importancia de los chequeos médicos en el primer nivel de atención, cuidados sobre el recién nacido. Se traslada a la paciente en silla de ruedas hasta farmacia para recibir tratamiento farmacológico. FC: 80 x'; PA: 100/60 mmHg; FR: 20 x'; SPO2: 99%; T°: 36.4 C°; Estado de conciencia: alerta; Proteinuria: negativa; Score Mama: 0

2.2.8 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

1. **Respiración.-** *Sin alteraciones*, fue diagnosticada con Síndrome Respiratorio Agudo sin aparente sintomatología detectada por pruebas diagnósticas de IGM e IGB positivo, sin embargo, fue factor de riesgo transmisible.
2. **Alimentación.-** *Alteración detectada*, desde su ingreso, se mantuvo desde NPO las primeras 24 horas y posterior a ello dieta blanda y general hasta su egreso hospitalario. Además, desde el segundo día de hospitalización, se diagnosticó una anemia moderada, con hemoglobina de 8.10 g/dl, hematocrito de 23.30%, y un día antes de su egreso, posterior al parto, una anemia severa con hemoglobina de 6.60 g/dl y hematocrito de 20.00%,
3. **Eliminación.-** *Alteración detectada*, presentó edema vulvar en el 3 día de hospitalización, permaneció con sonda vesical los primeros cuatro días de hospitalización para eliminación de diuresis y presentaba eliminación de líquido amniótico.
4. **Movilización.-** *Alteración detectada*, fatiga, incapacidad para esfuerzos físicos, debilidad muscular en extremidades.
5. **Reposo y sueño.-** *Alteración detectada*, ansiedad, temor, tristeza debido al asilamiento situado por la condición clínica y por sensación abandono.

6. **Vestirse y desvestirse.-** *Sin alteraciones*, desde su ingreso hasta su egreso se vio facilitada ante las prendas ya sea por propiedad o por prestaciones de la institución bajo la asistencia requerida en ocasiones por el personal de salud responsable de su tratamiento. Otro aspecto de bioseguridad, las prendas de bioseguridad como mascarillas quirúrgicas, fueron brindadas a diario por el personal de turno
7. **Temperatura.-** *Sin alteraciones*, la temperatura tomada en el control horario establecido en un principio, y posterior a su registro normal, no cursó estadios de alzas o bajas térmicas a nivel general
8. **Higiene y estado de la piel.-** Alteración detectada, higiene personal deficiente.
9. **Seguridad.-** Alteración detectada, riesgo transmisible por infección de SARS-2, riesgo de infección por ruptura prematura de membranas, vaginosis bacteriana, riesgo de infección posquirúrgica.
10. **Comunicación/Relación.-** Alteración detectada, dificultad para comunicarse con familiar y tener acompañamiento debido al distanciamiento social protocolizado por pandemia presente.
11. **Creencias/Religión.-** *Sin alteraciones*, sus creencias no se encuentran relacionadas a su salud o no representan un factor de riesgo.
12. **Aprendizaje.-** *Sin alteraciones*, recibió toda la información acerca de su estado actual, condición fetal, procedimientos realizados, y asesoría en todo momento.
13. **Autorrealización.-** Alteración detectada, se evidencia que el nerviosismo, la duda, intranquilidad y la preocupación por el futuro incierto que se plantea la paciente al reconocer que su embarazo gemelar no fue planificado, ya que afirma no estar en condiciones adecuadas tanto física, psicológica y profesionalmente para llevar a cabo la crianza y desarrollo de sus futuras hijas.
14. **Ocio.-** *Sin alteraciones*, al ser una adolescente se le permitió entretenimiento digital (uso del celular) para no generar cargas de ansiedad o preocupaciones en la estancia hospitalaria, y que la inactividad contribuya a estabilizar la condición obstétrica.

2.2.9 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Proceso de atención de enfermería en el ingreso hospitalario

NECESIDAD ALTERADA: Seguridad

VALORACIÓN: Riesgo transmisible por infección de SARS-2

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)

Dominio: 11. Seguridad/protección	Clase: 1. Infección				
Código: 00004 Riesgo de infección R/C exposición a brotes de enfermedades y disminución de la hemoglobina.					
PLANIFICACIÓN (NOC)					
1908 Detección del riesgo 1902 Control del riesgo. 2802 Control del riesgo social: enfermedad transmisible.					
INTERVENCIÓN (NIC)					
<p><u>6540 Control de infecciones</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes. - Poner en práctica precauciones universales. - Llevar ropas de protección o bata durante la manipulación de material infeccioso. - Usar guantes estériles, según corresponda. - Brindar mascarilla quirúrgica a la paciente. - Aislar a las personas expuestas a enfermedades transmisibles. - Aplicar las precauciones de aislamiento designadas que sean apropiadas - Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte de los pacientes - Cambiar el equipo de cuidados del paciente según el protocolo del centro. - Limitar el número de las visitas, según corresponda - Instruir al paciente acerca de las técnicas correctas de lavado de manos. - Utilizar jabón antimicrobiano para el lavado de manos que sea apropiado. - Limpiar material y equipos utilizados antes y después de usarlos con la paciente. <p><u>8820 Control de enfermedades transmisibles</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar los factores ambientales que influyen en la transmisión de enfermedades contagiosas. 					
RESULTADOS (NOC)	INDICADORES				
	1 (Grave/ mala)	2 (Sustancia / justa)	3 (Moderado / buena)	4 (Leve/mu y buena)	5 (Ninguno/ excelente)

190810 Utiliza los servicios sanitarios de acuerdo a sus necesidades					X
190204 Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas.				X	
190207 Sigue las estrategias de control del riesgo.					X
280201 Detección sistemática de todos los posibles grupos de alto riesgo.				X	
280202 Vigilancia epidemiológica de enfermedades infecciosas; incluyendo un sistema de recogida de datos, comunicación y seguimiento.					X

NECESIDAD ALTERADA: Eliminación.

VALORACIÓN: Eliminación de líquido amniótico.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)

Dominio: 11.
Seguridad/protección.

Clase: 1. Infección.

Código: 00004 Riesgo de infección R/C ruptura prematura de la membrana amniótica.

PLANIFICACIÓN (NOC)

1908 Detección del riesgo.
2509 Estado materno: parto.

INTERVENCIÓN (NIC)

6800 Cuidados del embarazo de alto riesgo

- Determinar la presencia de factores médicos relacionados con malos resultados del embarazo
- Revisar el historial obstétrico para ver si hay factores de riesgo relacionados con el embarazo (prematuridad, embarazo múltiple, rotura prematura de membranas).
- Reconocer los factores demográficos y sociales relacionados con malos resultados del embarazo (edad materna, raza, pobreza, cuidados prenatales tardíos o inexistentes)
- Escribir guías sobre signos y síntomas que requieran atención médica inmediata (cambios en el líquido amniótico, disminución del movimiento fetal, cuatro o más contracciones por hora antes de las 37 semanas de gestación, dolor epigástrico).
- Explicar los riesgos fetales asociados con partos prematuros en las diversas edades de gestación.
- Coordinar para remitir a la unidad de cuidados intensivos neonatales si se prevé un parto prematuro (embarazo múltiple).
- Realizar pruebas para evaluar el estado fetal y la función de la placenta, como prueba en reposo y prueba de estimulación con oxitocina, perfiles biofísicos y pruebas ecográficas.
- Obtener cultivos del cuello uterino, según corresponda (cristalografía)
- Instruir a la paciente sobre técnicas de auto monitorización (signos vitales, prueba de glucemia, monitorización de la actividad uterina y administración de medicación subcutánea continua), según corresponda
- Realizar toma de signos vitales para valorar parámetros alterados del Score mama.
- Realizar monitorización continua de cardiotocografía para valorar bienestar fetal
- Instruir a la paciente sobre el uso de fármacos prescritos (insulina, tocolíticos, neuroprofilaxis, antihipertensivos, antibióticos, anticoagulantes y anticomiciales).
- Administrar betametasona i.m. (1ra y 2da dosis) en caso de prematurez, según corresponda.
- Administrar neuroprofilaxis (sulfato de magnesio en suero fisiológico) según corresponda

2380 Manejo de la medicación

- Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.
- Observar si hay signos y síntomas de toxicidad de la medicación.
- Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos

6550 Protección contra las infecciones

- Fomentar la higiene corporal de acuerdo a las capacidades de la paciente para disminuir el riesgo de infección
- Administrar tratamiento antibiótico según corresponda.

RESULTADOS (NOC)	INDICADORES				
	1 (Grave/ mala)	2 (Sustancia / justa)	3 (Moderado / buena)	4 (Leve/mu y buena)	5 (Ninguno / excelente)
190801 Reconoce los signos y síntomas que indican riesgos.					X
190805 Participa en la detección sistemática en los intervalos recomendados.				X	
250902 Afrontamiento de las molestias del embarazo.				X	
250912 Dolor abdominal.					
250914 Sangrado/líquido transvaginal.				X	

NECESIDAD ALTERADA: Eliminación	
VALORACIÓN: Edema vulvar	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	
Dominio: 2. Nutrición	Clase: 5. Hidratación

Código: 00026 Exceso de volumen de líquidos R/C mecanismos de regulación comprometidos
M/P edema.

PLANIFICACIÓN (NOC)

0504 Función renal.
0503 Eliminación urinaria.

INTERVENCIÓN (NIC)

0580 Sondaje vesical.

- Explicar el procedimiento y el fundamento del sondaje
- Reunir el equipo adecuado.
- Garantizar la intimidad y la cobertura adecuada del paciente con paños para preservar su pudor (es decir, exponer sólo los genitales).
- Emplear una iluminación adecuada para la visualización correcta de la anatomía.
- Prerrellenar (inflar) el balón de la sonda para comprobar su permeabilidad y tamaño.
- Mantener una técnica aséptica estricta.
- Mantener una higiene correcta de las manos antes, durante y después de la inserción o manipulación de la sonda.
- Colocar al paciente de forma adecuada (p. ej., mujeres en decúbito supino con las piernas separadas o en decúbito lateral con la extremidad inferior situada en posición alta flexionada a nivel de la cadera y la rodilla; varones en decúbito supino).
- Limpiar el área que rodea el meato uretral con una solución antibacteriana, suero salino estéril o agua estéril, según el protocolo del centro.
- Insertar una sonda recta o con balón de retención, según corresponda.
- Utilizar la sonda del calibre más pequeño posible.
- Confirmar que la sonda se inserte lo suficiente en la vejiga, para evitar el traumatismo de los tejidos uretrales al inflar el balón. Rellenar el balón de la sonda en el caso de que sea de tipo permanente, respetando las recomendaciones en cuanto a la edad y el tamaño corporal del paciente (10 cm³ en adultos). Conectar el catéter urinario a la bolsa de drenaje de pie de cama o a la bolsa de pierna.
- Fijar el catéter a la piel, según corresponda.
- Colocar la bolsa de drenaje por debajo del nivel de la vejiga urinaria.

4120 Manejo de líquidos.

- Administrar líquidos i.v. a temperatura ambiente.
- Realizar un registro preciso de entradas y salidas.
- Favorecer la ingesta oral (proporcionar una pajita para beber, ofrecer líquidos entre las comidas, cambiar el agua con hielo de forma rutinaria, preparar polos con el zumo preferido del niño, cortar gelatina con formas divertidas y utilizar recipientes pequeños de medicamentos), según corresponda.
- Instruir al paciente sobre la dieta absoluta, según corresponda.
- Controlar los resultados de laboratorio relevantes en la retención de líquidos (disminución del hematocrito).
- Monitorizar las entradas y salidas.

- Monitorizar el estado hemodinámico, incluidos los niveles de PVC, PAM, PAP y PECP, según disponibilidad.

2020 Manejo de líquidos/electrolitos.

- Observar si hay signos y síntomas de retención de líquidos.
- Observar si hay manifestaciones de desequilibrio electrolítico.
- Consultar con el médico, si los signos y síntomas de desequilibrio de líquidos y/o electrolitos persisten o empeoran.

RESULTADOS (NOC)	INDICADORES				
	1 (Grave/ mala)	2 (Sustancia / justa)	3 (Moderado / buena)	4 (Leve/mu y buena)	5 (Ninguno / excelente)
050402 Balance de ingesta y diuresis en 24 horas.				X	
050432 Edema.			X		
050301 Patrón de eliminación.				X	
050313 Vacía la vejiga completamente.				X	

NECESIDAD ALTERADA: Movilización

VALORACIÓN: Incapacidad para esfuerzos físicos, fatiga, debilidad muscular en extremidades.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)

Dominio: 4.
Actividad/Reposo.

Clase: 3. Equilibrio de la energía.

Código: 00093 Fatiga R/C Afección fisiológica (embarazo) M/C deterioro de la habilidad para mantener la actividad física habitual, deterioro de la habilidad para mantener las rutinas habituales, energía insuficiente.

PLANIFICACIÓN (NOC)

0007 Nivel de fatiga.
0002 Conservación de la energía.
0006 Energía psicomotora.

INTERVENCIÓN (NIC)

0180 Manejo de la energía

- Determinar los déficits del estado fisiológico del paciente que producen fatiga según el contexto de la edad y el desarrollo
- Seleccionar intervenciones para reducir la fatiga combinando medidas farmacológicas y no farmacológicas, según proceda
- Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados.
- Disminuir las molestias físicas que puedan interferir con la función cognitiva y el autocontrol/regulación de la actividad
- Favorecer el reposo en cama/limitación de actividades (aumentar el número de períodos de descanso) con períodos de descanso protegidos de elección.
- Restringir cualquier tipo de actividad física para conservación de la energía y evitar agotamientos.
- Fomentar las siestas, si resulta apropiado

6040 Terapia de relajación

- Evaluar el nivel de energía actual disminuido, la incapacidad para concentrarse u otros síntomas concurrentes que puedan interferir con la capacidad cognitiva para centrarse en la técnica de relajación
- Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles (relajación muscular progresiva).
- Sugerir a la persona que adopte una posición cómoda sin ropas restrictivas y con los ojos cerrados.
- Evaluar regularmente las indicaciones que refiera el paciente sobre la relajación conseguida, y comprobar periódicamente la tensión muscular, frecuencia cardíaca, presión arterial y temperatura de la piel, según corresponda.
- Limitar los estímulos ambientales (luz y ruidos) para facilitar la relajación.

RESULTADOS (NOC)	INDICADORES				
	1 (Grave/ mala)	2 (Sustancia / justa)	3 (Moderado / buena)	4 (Leve/mu y buena)	5 (Ninguno / excelente)
00701 Agotamiento.		X			
00715 Actividades de la vida diaria.			X		
000202 Utiliza las siestas para restaurar la energía.				X	
000203 Reconoce limitaciones de energía.				X	
000608 Muestra un nivel de energía estable.			X		

NECESIDAD ALTERADA: Reposo y sueño	
VALORACIÓN: Ansiedad, temor, tristeza, sensación abandono	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	
Dominio: 9. Afrontamiento/tolerancia al estrés	Clase: Clase 1. Respuestas postraumáticas
Código: 00114 Síndrome de estrés del traslado R/C estado de salud comprometido, sistema de apoyo insuficiente M/P ansiedad, abandono, preocupación, temor.	
PLANIFICACIÓN (NOC)	

1305 Modificación psicosocial: cambio de vida

1311 Adaptación al traslado

INTERVENCIÓN (NIC)

5270 Apoyo emocional

- Comentar la experiencia emocional con el paciente.
- Explorar con el paciente que ha desencadenado las emociones
- Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.
- Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional
- Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad.
- Disminuir temor y factores que afecten la relajación o descanso mediante la conversación amena o escucha activa.

5350 Disminución del estrés por traslado

- Controlar la presencia de signos y síntomas fisiológicos y psicológicos de estrés por traslado (ansiedad, depresión, aumento de exigencias y desesperanza).
- Animar al individuo y a la familia a comentar las preocupaciones respecto al traslado.
- Valorar la necesidad/deseo del individuo de apoyo social.
- Evaluar los sistemas de apoyo disponibles (familia ampliada).
- Disponer que los objetos personales del individuo estén en su sitio antes del traslado.

RESULTADOS (NOC)	INDICADORES				
	1 (Grave/ mala)	2 (Sustancia / justa)	3 (Moderado / buena)	4 (Leve/mu y buena)	5 (Ninguno / excelente)
130502 Mantenimiento de la autoestima					X
130507 Expresiones de sentimientos permitidos					X

131111 Muestra un estado de ánimo positivo				X	
131105 Compara las necesidades de atención con los recursos disponibles					X

Proceso de atención de enfermería durante la hospitalización

NECESIDAD ALTERADA: Higiene y estado de la piel. VALORACIÓN: higiene personal deficiente.	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	
Dominio: 4. Actividad/reposo.	Clase: 5. Autocuidado.
Código: 00193 Descuido personal R/C simulación de enfermedad M/P higiene personal insuficiente.	
PLANIFICACIÓN (NOC)	
0305 Autocuidados: higiene. 0310 Autocuidados: uso del inodoro. 2009 Estado de comodidad: entorno.	
INTERVENCIÓN (NIC)	

1800 Ayuda con el autocuidado

- Considerar la edad del paciente al promover las actividades de autocuidado.
- Comprobar la capacidad del paciente para ejercer un autocuidado independiente.
- Proporcionar los objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes y jabón de baño).
- Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir el autocuidado.

1804 Ayuda con el autocuidado: micción/defecación

- Ayudar al paciente en el inodoro/inodoro portátil/cuña de fractura/orinal a intervalos especificados
- Disponer intimidad durante la eliminación
- Facilitar la higiene tras miccionar/defecar después de terminar con la eliminación.
- Tirar de la cadena/limpiar el utensilio de eliminación (inodoro portátil, cuña).

1802 Ayuda con el autocuidado: vestirse/arreglo personal

- Disponer las prendas del paciente en una zona accesible (al pie de la cama).
- Proporcionar ropa personal, si resulta oportuno.
- Estar disponible para ayudar en el vestir, si es necesario.
- Ayudar con los cordones, botones y cremalleras, si es necesario.
- Colocar la ropa sucia en la colada.

RESULTADOS (NOC)	INDICADORES				
	1 (Grave/ mala)	2 (Sustancia / justa)	3 (Moderado / buena)	4 (Leve/mu y buena)	5 (Ninguno / excelente)
030517 Mantiene la higiene corporal.			X		
030503 Se lava la zona perineal.			X		
031013 Entra y sale del cuarto de baño.		X			
200905 Organización del entorno.					X

200906 Limpieza del entorno.				X	
200912 Cama cómoda.				X	

NECESIDAD ALTERADA: Alimentación.	
VALORACIÓN: Nada por vía oral, hemoglobina y hematocrito disminuido, anemia.	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	
Dominio: 4. Actividad/reposo	Clase: 4. Respuestas cardiovasculares/pulmonares
Código: 00202 Riesgo de perfusión gastrointestinal ineficaz R/C sexo femenino, inestabilidad hemodinámica, anemia.	
PLANIFICACIÓN (NOC)	
0401 Estado circulatorio 2301 Respuesta a la medicación	
INTERVENCIÓN (NIC)	

5614 Enseñanza: dieta prescrita

- Explicar el propósito del seguimiento de la dieta para la salud general.
- Informar al paciente acerca de cuánto tiempo se debe seguir la dieta.
- Coordinar con nutricionista para modificación de dieta y compensar la ingesta de alimentos según la condición que tenga la paciente.

5616 Enseñanza: medicamentos prescritos

- Instruir al paciente acerca de la administración/aplicación adecuada de cada medicamento

4150 Regulación hemodinámica

- Realizar una evaluación exhaustiva del estado hemodinámico (comprobar la presión arterial, frecuencia cardíaca, pulsos, presión venosa yugular, presión venosa central, presiones auriculares y ventriculares izquierdas y derechas, así como presión de la arteria pulmonar), según corresponda.
- Administrar hierro con ácido fólico i.v. diluido en suero fisiológico según corresponda.
- Evaluar signos vitales luego de la administración de un medicamento.
- Coordinar con laboratorio para toma de muestra de exámenes según corresponda.

RESULTADOS (NOC)	INDICADORES				
	1 (Grave/ mala)	2 (Sustancia / justa)	3 (Moderado / buena)	4 (Leve/mu y buena)	5 (Ninguno / excelente)
040152 Aumento de peso			X		
230101 Efectos terapéuticos esperados presentes				X	
230102 Cambio esperado en la bioquímica sanguínea				X	

NECESIDAD ALTERADA: Comunicación/Relación				
VALORACIÓN: Dificultad para comunicarse con familiar y acompañamiento				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)				
Dominio: 7. Rol/Relaciones.		Clase: 3. Desempeño del rol.		
Código: 00052 Deterioro de la interacción social R/C aislamiento terapéutico M/P discomfort en situaciones sociales, insatisfacción con los compromisos sociales (compañía).				
PLANIFICACIÓN (NOC)				
2603 Integridad de la familia				
INTERVENCIÓN (NIC)				
<u>5100 Potenciación de la socialización</u>				
- Fomentar una mayor implicación en las relaciones ya establecidas				
<u>7100 Estimulación de la integridad familiar</u>				
- Informar a los miembros de la familia el actual protocolo de restricción y distanciamiento social.				
- Proporcionar información regularmente a los miembros de la familia sobre el estado del paciente, de acuerdo con los deseos de éste.				
- Colaborar con la familia en la solución de problemas y en la toma de decisiones.				
- Ayudar a la familia a mantener relaciones positivas.				
- Facilitar a la paciente dispositivo de comunicación para que pueda estar en comunicación con familiares				
- Facilitar una comunicación abierta entre los miembros de la familia.				
<u>7440 Facilitar permisos</u>				
- Determinar quién es la persona responsable del paciente, si procede.				
- Ser un sistema de apoyo de comunicación para coordinar con los familiares cualquier necesidad que presente la paciente				
- Obtener la orden del médico para el permiso, según corresponda.				
RESULTADOS (NOC)	INDICADORES			
	1 (Grave/ mala)	2 (Sustancia /	3 (Moderado /	4 (Leve/mu y buena)

		justa)	buena)		excelente)
260305 Interacciona frecuentemente con toda la familia					X
260307 Los miembros se comunican de forma abierta y honesta entre sí					X
260315 Los miembros proporcionan apoyo durante los períodos de crisis					X

NECESIDAD ALTERADA: Seguridad	
VALORACIÓN: Riesgo de infección posquirúrgica	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	
Dominio: 11. Seguridad/protección	Clase: 1. Infección
Código: 00004 Riesgo de infección R/C procedimiento invasivo	
PLANIFICACIÓN (NOC)	
2510 Estado materno: intraparto 2305 Recuperación quirúrgica: postoperatorio inmediato 2511 Estado materno: puerperio	
INTERVENCIÓN (NIC)	

6750 Asistencia al parto por cesárea

- Orientar a la paciente a la unidad.
- Revisar el historial prenatal.
- Obtener o confirmar el consentimiento informado.
- Obtener los análisis de sangre necesarios y documentar los resultados.
- Monitorizar los signos vitales.
- Monitorizar la frecuencia cardíaca fetal.
- Preparar el abdomen para la cirugía.
- Colocar una vía intravenosa.
- Insertar una sonda urinaria permanente.
- Administrar las medicaciones.

6834 Cuidados intraparto: parto de alto riesgo

- Preparar el equipo adecuado, incluyendo el monitor electrónico fetal, ecografía, máquina de anestesia, suministros de reanimación neonatal, fórceps y calentadores adicionales para bebé.
- Comunicar a los ayudantes adicionales que asistan al parto (p. ej., neonatólogo, enfermeras de cuidados intensivos neonatales y anestesista).
- Ayudar a vestir y poner guantes al equipo obstétrico.
- Continuar la monitorización electrónica.
- Alertar al profesional principal de cualquier anomalía de los signos vitales de la madre o el trazado cardíaco fetal.
- Registrar la hora del parto del primer gemelo o del momento en el que el feto que viene de nalgas esté a nivel del ombligo.
- Ayudar a la madre a recuperarse de la anestesia, según corresponda.

Cuidados posparto

- Transferir a la paciente a una sala de recuperación o al paritorio.
- Controlar la localización, altura y tono del fondo uterino, asegurándose de sostener el segmento uterino inferior durante la palpación.
- Masajear suavemente el fondo uterino hasta que esté firme, si es necesario.
- Inspeccionar el estado de la incisión quirúrgica y del apósito.
- Vigilar los loquios para determinar el color, cantidad, olor y presencia de coágulos.
- Monitorizar los aspectos fisiológicos de la recuperación (p. ej., dolor, cambios uterinos, permeabilidad de la vía respiratoria y loquios).

**RESULTADOS
(NOC)**

INDICADORES

	1 (Grave/ mala)	2 (Sustancia / justa)	3 (Moderado / buena)	4 (Leve/mu y buena)	5 (Ninguno / excelente)
251009 Presión arterial					X
251010 Frecuencia del pulso radial					X
230505 Temperatura corporal					X
251109 Confort de las mamas					X
251111 Curación de la herida quirúrgica					X
251106 Altura del fondo uterino					X
251107 Cantidad de loquios					X
251120 Hemoglobina				X	

Proceso de atención de enfermería previo al alta hospitalario

NECESIDAD ALTERADA: Autorrealización

VALORACIÓN: Nerviosismo, la duda, intranquilidad y la preocupación por el futuro incierto

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)

Dominio: 9. Afrontamiento/tolerancia al estrés.	Clase: 2. Respuestas de afrontamiento				
Código: 00146 Ansiedad R/C crisis madurativa, grandes cambios (estatus económico, entorno, estado de salud, rol, consideración social del rol) M/P preocupación a causa de cambios en acontecimientos vitales, inquietud, nerviosismo, temor.					
PLANIFICACIÓN (NOC)					
1302 Afrontamiento de problemas 0906 Toma de decisiones					
INTERVENCIÓN (NIC)					
<u>5820 Disminución de la ansiedad</u> <ul style="list-style-type: none"> - Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una paciente. situación estresante <u>5230 Mejorar el afrontamiento</u> <ul style="list-style-type: none"> - Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los papeles y relaciones - Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante. - Ayudar al paciente a identificar sistemas de apoyo disponibles. - Fortalecer los sistemas de apoyo - Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para afrontar sus limitaciones y manejar los cambios de estilo de vida o de papel - Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo. - Ayudar al paciente a resolver los problemas de forma constructiva. - Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones. - Escuchar activamente y responder dudas, preocupaciones, para disminuir la ansiedad. - Brindar seguridad y comprender la situación para poder encontrar estrategias a corto y largo plazo. - Establecer opciones de asesoría especializada para afrontar cambios del estatus social, económico, psicológico de la vida diaria. 					
RESULTADOS (NOC)	INDICADORES				
	1 (Grave/mala)	2 (Sustancia / justa)	3 (Moderado / buena)	4 (Leve/mu y buena)	5 (Ninguno /)

					excelente)
130201 Identifica patrones de superación eficaces				X	
130205 Verbaliza aceptación de la situación					X
090606 Reconoce el contexto social de la situación				X	
090602 Identifica alternativas				X	
130506 Expresiones de optimismo sobre el futuro				X	

CAPÍTULO IV. RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN.

4.1 DESCRIPCIÓN Y ARGUMENTACIÓN TEÓRICA DE RESULTADOS

4.1.1 PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente primigesta juvenil de 14 años de edad es atendida en el área de emergencia del Hospital Obstétrico Ángela Loayza de Ollague el día 6 de julio del 2020 a las 14:55 refiriendo presentar pérdida de líquido claro transvaginal con aproximadamente de 4 horas de evolución, dolor abdominal y contracciones uterinas.

Los signos vitales al ingresar fueron: Presión arterial: 100/70 mmHg; frecuencia cardíaca: 99 latidos por minuto; frecuencia respiratoria: 22 respiraciones por minuto; saturación de oxígeno: 97%; temperatura: 36.5 C°, Score mama: 0; medidas antropométricas: peso: 48.8 Kilogramos; talla: 143.5 centímetros

De acuerdo a la anamnesis, la paciente presenta antecedente sospechoso para Covid, refiere que su familiar (papá) salió positivo para Covid 19. Por lo que medico emite orden para examen inmunológico. La cristalografía que se le realizó a la paciente resulta positivo, Covid-19 IGG-IGM positivo.

Al momento del examen físico se encuentra consciente, orientada en tiempo, espacio y persona, cabeza normo cefálica, pupilas isocóricas fotorreactivas, tórax con campos pulmonares ventilados sin aparente sintomatología aguda respiratoria, abdomen globuloso ocupado por útero gestante con movimientos fetales presentes, frecuencia cardíaca de producto 1 de 140 y frecuencia cardíaca de producto 2 de 160, genitales sin alteración, sin evidencia de sangrado transvaginal o eliminación de líquido al momento, dilatación de 2 centímetros, con 50% de borramiento, plano 1, extremidades simétricas con tono y fuerza muscular conservado.

Luego de la valoración del médico de turno es trasladada a la sala de triaje respiratorio del área de emergencia obstétrica, bajo legalidad corroborada, a las 18 horas del mismo día, con diagnóstico de embarazo gemelar de 27 semanas de gestación por ecografía, ruptura de membranas, enfermedad respiratoria aguda (SARS-2-COVID-19) asintomática en espera de transferencia a un centro de mayor complejidad que disponga el país debido a falta de espacio físico de la institución.

Recibe tratamiento médico indicado: antibioticoterapia, dosis para maduración pulmonar (primera dosis), profilaxis neonatal (sulfato de magnesio primera dosis), monitorización fetal continua, control de ingestas y excretas, control de signos vitales, indicar reposo absoluto y restricción de esfuerzos físicos o deambulación

7/07/2020

Paciente se mantiene en iguales condiciones bajo mismas indicaciones dentro del cubículo de triaje de sintomáticos respiratorio, aún sin respuesta de instituciones de salud de mayor complejidad nacionales que dispongan espacio físico para transferencia. Se encuentra en NPO. Se visualiza eliminación de líquido claro en poca cantidad, 70 % de borramiento. Recibe administración de líquidos para compensación, segunda dosis para maduración pulmonar y segunda dosis de profilaxis neonatal.

8/07/2020

Es diagnosticada anemia moderada por presentar una hemoglobina de 8.10 g/dl y un hematocrito de 23.30% de una biometría tomada el 6/7/2020. Por lo que se indica administración de hierro endovenoso diluido en suero de solución salina. Se encuentra con 80% de borramiento. Se continúa con la tercera dosis de profilaxis neonatal.

9/07/2020

Se observa edema genital en zona vulvar. Médico de turno prescribe antibioticoterapia en óvulos, cuarta dosis de profilaxis neonatal, órdenes para exámenes. Pasa de NPO a dieta blanda.

10/7/2020

Se le diagnostica edema vulvar + vaginosis, por lo que se indica no realización de tacto vaginal. Se descontinúa el control de ingesta y excreta, vías periféricas y reposición de líquidos. Continúa recibiendo tratamiento farmacológico por el dispositivo intravenoso sin heparina (DISH) y vía oral. Se observa capacidad adecuada para ejercer mínimos esfuerzos físicos para necesidades vitales.

11/7/2020

En resultados de muestra de esputo tomada el día 9/7/2020, paciente resulta negativo para Covid-19. Es trasladada a sala de hospitalización ginecológica. Presenta fascias pálidas y refiere síntomas de temor y aflicción debido a traslado.

12/7/2020

Presenta eliminación de líquido claro transvaginal en moderada cantidad, dilatando 3 a 4 centímetros con 60% de borramiento. Se le diagnostica labor de parto fase activa. Médico de turno indica pase del área de triaje respiratorio a sala de quirófano, bajo consentimiento firmado, para cesárea de emergencia en donde no se presentó ninguna complicación obteniendo dos productos gemelares vivos de sexos femeninos los mismos que pasaron a ser ingresadas a UCIN por prematuridad extrema.

Paciente retorna a la unidad de cuidados del área de hospitalización, presentando abdomen blando, útero contraído, eliminando loquios transvaginal en cantidades normales.

15/7/2020

Es diagnosticada con anemia severa por presentar hemoglobina de 6.60 g/dl y hematocrito de 20.00%. Sin aparente sintomatología, no refiere molestias. El médico indicó transfundir 2 unidades de glóbulos rojos de forma inmediata.

16/7/2020

Recibe método anticonceptivo reversible (implante) por médico tratante. Es dada de alta por médico residente, entregándose el plan de alta y hoja de referencia. Queda en comunicación con médicos pediatras.

12/10/2020

Madre adolescente en condiciones aparentemente normales se encuentra en convivencia con sus bebés. Refiere no haberse realizado ningún chequeo posterior a la hospitalización y cumple con el esquema de vacunación establecido para sus hijas. Recibe consejería e importancia de los chequeos médicos, sobre el tratamiento anticonceptivo, manejo y cuidado del recién nacido, higiene y estilos de vida saludables.

4.1.2 ARGUMENTACIÓN TEÓRICA DE RESULTADOS

La adolescencia corresponde a una etapa de aprendizajes para la preparación en la toma de decisiones importantes en la vida, Thomazini e Isabela Fleury Skaf plantean que la ausencia de educación en la sexualidad sobre medidas anticonceptivas conlleva a generar un embarazo irresponsable o inmediato por parte de los adolescentes, (1) dentro de nuestro estudio se puede evidenciar que paciente gestante pertenece a la adolescencia media cuyos factores predisponentes y causales a su gestación recaen a su falta de información, factores familiares como ausencia de figura materna dentro del hogar. También se destaca que a más de ese aspecto, la escolaridad con menos de 8 años de estudio, la edad dentro de los rangos de 10 a 14 años y la raza no blanca son más propensos a quedar embarazada; (1) como tal cual dentro de las características de la paciente del caso, destaca su edad de 14 años, de raza negra y con nivel de escolaridad primaria.

Algunos establecimientos antes de un trabajo de parto o realización de cesárea, las gestantes pasan a inducción, momento de practicar el trabajo de parto en caso de un parto normal, y en caso de intervención quirúrgica, preparar el campo y asesorar psicológicamente; K. Doron junto a sus colegas, determinaron que el ensayo de trabajo de parto en mujeres con antecedentes de cesáreas de embarazos gemelares no presentan riesgos como hemorragia, dehiscencia de cicatrices uterinas previas o alguna otra alteración de complicaciones anteriores; (38) por otro lado, nuestro caso es un embarazo de alto riesgo con restricción de mínimos esfuerzos, con fases incompletas del trabajo de parto como para ejercer ensayos en la inducción, sin embarazo, es preparada antes del intraoperatorio.

Si de por si los riesgos son evidentes y se tiene que tener más cuidados para evitar complicaciones, un embarazo en la adolescencia duplica la posibilidad, a más de eso, el embarazo múltiple acerca más las posibilidades a padecer una complicación, de acuerdo con Loscul en los resultados de su estudio establece que los embarazos gemelares tienen un 23% más de posibilidades de ser intervenidos

quirúrgicamente por cesárea debido a una complicación obstétrica y que los embarazos gemelares solo poseen un 19.4 % de posibilidades de darse por cesárea; (24) dentro del área de estudio, se ha evidenciado que es muy infrecuente que se den intervenciones quirúrgicas en embarazos gemelares ya que su incidencia de presentarse a nivel local y nacional es muy baja, por lo que en la finalización de la gestación de la paciente atendida fue de tipo cesárea por presentar ruptura prematura de membranas.

Ante el problema principal de este estudio; de acuerdo los fundamentos etiológicos de la complicación obstétrica de ruptura prematura de membranas, se establecen específicamente algunos entre los cuales no se mencionan la edad de la gestante, sin embargo, se afirma que muchas de ellas ocurren a causa de la infección dentro de las semanas gestacionales correspondientes al 2do y 3er trimestre. Un estudio transversal de E. Lorthe estableció resultados de entre 1435 mujeres gestantes que presentaron RPM, 379 de dan dentro las 22 y 25 semanas de gestación, siendo el segundo valor más alto del total demostrando como segunda causa etiológica de la RPM; (32) en cambio V. Moramaco y el resto de autores enmarcaron ciertas complicaciones como la endometritis, y riesgo de traslado a UCI como consecuencia de la edad gestacional entre 28 y 31 semanas de gestación. (39) Con respecto a la valoración de nuestro objeto de estudio, el diagnóstico de RPM se presentó en la semana 27 de gestación por ecografía, a más de eso, la ruptura es biamniótica lo que hace referencia a la pérdida de líquido en los dos sacos amnióticos por lo que la cesárea fue de emergencia, a comparación de los hallazgos evidenciados por E. Mei-Dan y su grupo de investigadores determinan que el periodo de latencia y el parto es más largo cuando ocurre la ruptura en el segundo saco amniótico en vez del primero. (39)

Por otro lado se ha determinado que otra causa probable de la prematuridad por RPM, según Yan Jie y demás investigadores, en los resultados de su muestra poblacional demuestra que se debe al síndrome respiratorio agudo severo durante el embarazo, e inclusive puede llegar a provocar abortos; (40) mientras que D. Di Mascio y su equipo plantearon que la neumonía provocada por COVID-19 acelera el parto siendo el efecto más común del embarazo en los casos registrados. (41) De acuerdo a la evidencia de la historia clínica, la enfermedad respiratoria severa que presentó la paciente fue de forma asintomática, por lo cual, no se relaciona a la causa principal, pero habría representado un riesgo al ser severa la infección por SARS-2-COVID-19 asintomático.

Al ser una condición asintomática, de acuerdo a A. Tanacan y el resto de investigadores, se destaca la aplicación inmediata de protocolos para tratar controlar de manera oportuna la infección de forma que se prevea la transmisión en los profesionales de salud. (9) Las medidas de protocolo para COVID-19 en el HOALO, se basan en el aislamiento, por ende cada embarazada diagnosticada por esta infección debe ser aislada en una unidad de cuidados especiales y lejanas a otras áreas, bajo medidas de protección como son cubrebocas, visores, guantes, y utensilios y equipos propios para sus

intervenciones a más de que el personal sanitario está en su deber aplicar el uso de EPP (equipo de protección personal) para de esta forma evitar el contagio entre ellos.

En base al problema, para la solución y tratamiento paliativo se establecen medidas farmacológicas según lo establece la bibliografía y protocolos que brinda el sistema de salud tanto nacional como internacional, S. Arrowsmith en conjunto a más investigadores, demuestran en los resultados de su estudio que la aplicación del sulfato de magnesio contribuye a disminuir las contracciones del miometrio único como del gemelar, además de ser un inhibidor para reducir las contracciones espontáneas en ambas condiciones; (42) según lo recabado en la historia clínica, la paciente recibió sulfato de magnesio con el fin de neuroprofilaxis fetal, con ello se redujeron las contracciones, y poco a poco la eliminación de líquido amniótico fue disminuyendo.

Después de haber cursado el tratamiento, al momento de la cesárea, se valoró condiciones de la paciente ya que era de alto riesgo. El procedimiento quirúrgico por lo general suele aplicarse en estas condiciones de riesgo, incluyendo cardiotocografía patológica, la RPM (motivo de cesárea en este estudio), inducción de parto fallido en el trabajo de parto, falta de progresión en la dilatación y borramiento, y la solicitud materna. (8) En este caso la RPM y la falta de progresión estuvieron presentes.

Al obtener como resultados productos prematuros, existen, según C. Merced en su investigación, plantea que la existencia de cuello uterino corto también constituye un factor que puede provocar amenazas de parto pretérmino, (22) por otro lado, el cambio de la longitud cervical también contribuye a que se dé un parto pretérmino, (23) y a la vez, los resultados de E. Weiner admiten que por tratarse en caso de un embarazo gemelar, y se dé un parto prematuro se debe a la distensión en aumento del útero además de la regulación positiva de los receptores de oxitocina, por el contrario, la paciente al ser una primigesta, su progresión fue ineficaz y la razón de su parto prematuro fue el problema principal en su ingreso sin presentar alteraciones en su altura uterina. (43)

Las presentaciones fetales antes del parto ya sea por cesare o eutópico, infliere mucho a la hora del parto, de tal forma que según los datos recabados del trabajo investigativo de M. Pascalet describen la forma de obtener un parto vaginal en dependencia de la presentación cefálica del primer gemelo; (44) dado el resultado de la intervención quirúrgica aplicado en la primigesta, no se optó por parto vaginal por diversas cuestiones obstétricas sin embargo, las presentaciones del feto 1 antes del parto por cesárea fue en posición podálica.

En base a estos resultados obtenidos en base al progreso obstétrico, en el embarazo y hasta su finalización está bajo el cuidado del profesional sanitario, sus intervenciones fueron elementales en la disminución de complicaciones y riesgos obstétricos en la condición de la paciente. Datos hallados de

la bibliografía de Amorim, Thaís Vasconcelos dan a conocer que muchos de los cuidados y atenciones de parto en embarazos de alto riesgo fueron solucionados por la práctica avanzada de la enfermería en la mayoría de casos de embarazos atendidos en Brasil. (12) El sistema de salud del Ecuador aplica protocolos de atención en casa institución, dirigidas tanto para el personal sanitario como obstetras, ginecólogos, neonatólogos, como también al personal de enfermería. En este aparatado, las intervenciones de enfermería brindados se basaron en la aplicación de protocolos en conjunto al equipo de salud lo cual permitió llevar la finalización del embarazo de alto riesgo que presentaba la paciente de forma sustentable con la menor de las complicaciones posibles.

CONCLUSIÓN

Una vez finalizado el estudio de caso se puede concluir que el problema principal de salud por el cual ingresó la paciente fue generado por una alteración de la integridad de las membranas biamnióticas dentro de las 27 semanas de gestación bajo la condición infecciosa por SARS-2/CoV-19 de forma asintomática lo cual llevó al personal sanitario a implementar medidas y protocolos estandarizados para la atención inmediata en pacientes con coronavirus y a la ves para la complicación obstétrica de RPM.

Se pudo identificar que esta condición obstétrica se debe riesgo presentado de un embarazo gemelar, para lo cual, las intervenciones por parte del personal de enfermería se encaminan a la satisfacción de las necesidades y disminución de la sintomatología evitando riesgos y complicaciones, supliendo alteraciones dentro de la alimentación, eliminación, movilización, descanso y sueño, higiene y condición tegumentaria, seguridad, comunicación y relaciones sociales y autorrealización, e implementando los cuidados establecidos dentro del protocolo del sistema de salud y el pensamiento crítico bajo este nuevo contexto de atención en salud.

RECOMENDACIONES

- Controlar de manera oportuna la sintomatología que genera la RPM para evitar la aparición de nuevas complicaciones obstétricas.

- La aplicación de medidas de bioseguridad antes de alguna intervención dirigida a la resolución del problema es la principal forma de controlar la situación sanitaria infecciosa por SARS-2/CoV-19 tanto para el personal como para los demás pacientes.
- Disponer de los recursos e implementación de métodos que puedan identificar precozmente signos de infección vaginal o intrauterina.
- Informarse continuamente sobre nuevos tratamientos y adecuados cuidados para pacientes con complicaciones obstétricas en condiciones infecciosas por Covid-19.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Thomazini IFS, Wysocki AD, da Cunha MCB, da Silva SR, Ruiz MT. Factores de riesgo relacionados con el Trabajo de Parto Prematuro en adolescentes embarazadas: revisión integradora de la literatura. *Enfermería Glob* [Internet]. 2016;15:416–27. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000400017&nr=iso
2. Aceves-Graciá L. Different factors affecting teenage latina pregnancy. ProQuest Diss Publ [Internet]. 2018; Available from: <https://www.proquest.com/docview/2089495967>
3. Della Gatta AN, Rizzo R, Pilu G, Simonazzi G. Coronavirus disease 2019 during pregnancy: a systematic review of reported cases. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2020;223(1):36–41. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937820304385>
4. Liu H, Wang L-L, Zhao S-J, Kwak-Kim J, Mor G, Liao A-H. Why are pregnant women susceptible to COVID-19? An immunological viewpoint. *J Reprod Immunol* [Internet]. 2020;139:103122. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165037820300437>
5. Tigdi J, Luksts J, Stewart A, Morais M. Cervical Length as a Predictor of Latency to Labour in Twin Pregnancies Complicated by Preterm Pre-Labour Rupture of Membranes: A Retrospective Study. *J Obstet Gynaecol Canada* [Internet]. 2020; Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1701216320302802>
6. Breslin N, Baptiste C, Miller R, Fuchs K, Goffman D, Gyamfi-Bannerman C, et al. Coronavirus disease 2019 in pregnancy: early lessons. *Am J Obstet Gynecol MFM* [Internet]. 2020;2(2, Supplement):100111. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2589933320300410>
7. Breslin N, Baptiste C, Gyamfi-Bannerman C, Miller R, Martinez R, Bernstein K, et al. Coronavirus disease 2019 infection among asymptomatic and symptomatic pregnant women: two weeks of confirmed presentations to an affiliated pair of New York City

- hospitals. *Am J Obstet Gynecol MFM* [Internet]. 2020;2(2, Supplement):100118. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2589933320300483>
8. Antoun L, Taweel N El, Ahmed I, Patni S, Honest H. Maternal COVID-19 infection, clinical characteristics, pregnancy, and neonatal outcome: A prospective cohort study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 2020;252:559–62. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0301211520304486>
 9. Tanacan A, Erol SA, Turgay B, Anuk AT, Secen EI, Yegin GF, et al. The rate of SARS-CoV-2 positivity in asymptomatic pregnant women admitted to hospital for delivery: Experience of a pandemic center in Turkey. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 2020;253:31–4. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0301211520304930>
 10. BRANDT JS, HILL J, REDDY A, SCHUSTER M, PATRICK HS, ROSEN T, et al. Epidemiology of COVID-19 in Pregnancy: Risk Factors and Associations with Adverse Maternal and Neonatal Outcomes. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2020; Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937820311340>
 11. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Alerta Epidemiológica: COVID-19 durante el embarazo, 13 de agosto de 2020. OPS/OMS. 2020;8.
 12. Amorim TV, Souza ÍE de O, Moura MAV, Queiroz ABA, Salimena AMO. Perspectivas de los cuidados de enfermería en el embarazo de alto riesgo: revisión integradora. *Enfermería Glob* [Internet]. 2017;16:500–43. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000200500&nr=iso
 13. Azarmehr H, Lowry K, Sherman A, Smith C, Zuñiga JA. Nursing Practice Strategies for Prenatal Care of Homeless Pregnant Women. *Nurs Womens Health* [Internet]. 2018;22(6):489–98. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1751485118301995>
 14. Lokken EM, Walker CL, Delaney S, Kachikis A, Kretzer NM, Erickson A, et al. Clinical characteristics of 46 pregnant women with a severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 infection in Washington State. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2020; Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937820305585>
 15. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Ruptura prematura de membranas pretérmino. Quito: MSP, Dirección Nacional de Normatización –MSP; 2015. p. 33.
 16. Malán Guzmán DC. Propuesta de intervención educativa sobre el embarazo en adolescentes , colegio Aurelio Guerrero , Archidona . 2015 – 2016. Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Riobamba; 2016.
 17. McLennan AS, Gyamfi-Bannerman C, Ananth C V, Wright JD, Siddiq Z, D’Alton ME, et al. The role of maternal age in twin pregnancy outcomes. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2017;217(1):80.e1-80.e8. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937817304131>
 18. Chen Wu X. Gestación Múltiple. Vol. 3, Revista Médica Sinergia. Limón, Costa Rica; 2018.

19. Connolly KA, Factor SH, Getrajdman CS, Bigelow CA, Weintraub AS, Stone JL. Maternal clinical disease characteristics and maternal and neonatal outcomes in twin and singleton pregnancies with severe preeclampsia. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 2016;201:36–41. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0301211515004303>
20. Oepkes D, Sueters M. Antenatal fetal surveillance in multiple pregnancies. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. 2017;38:59–70. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521693416300815>
21. Marleen S, Hettiarachchi J, Dandeniya R, Macgreggor R, Aquilina J, Khalil A, et al. Maternal clinical predictors of preterm birth in twin pregnancies: A systematic review involving 2,930,958 twin pregnancies. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 2018;230:159–71. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0301211518309916>
22. Merced C, Goya M, Pratcorona L, Rodó C, Llurba E, Higuera T, et al. Cervical pessary for preventing preterm birth in twin pregnancies with maternal short cervix after an episode of threatened preterm labor: randomised controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2019;221(1):55.e1-55.e14. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937819303874>
23. Moroz LA, Brock CO, Govindappagari S, Johnson DL, Leopold BH, Gyamfi-Bannerman C. Association between change in cervical length and spontaneous preterm birth in twin pregnancies. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2017;216(2):159.e1-159.e7. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937816308651>
24. Loscul C, Schmitz T, Blanc-Petitjean P, Goffinet F, Le Ray C. Risk of cesarean after induction of labor in twin compared to singleton pregnancies. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 2019;237:68–73. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0301211519301605>
25. González Nava P, Rangel Flores Y, Hernández Ibarra E. Retos en la prevención del embarazo adolescente subsiguiente, un estudio desde la perspectiva de madres adolescentes. *Saúde e Soc* [Internet]. 2020;29. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902020000300305&nrm=iso
26. Garcés Higuera ME, Rivera Navarrete PG. Valoración de las adolescentes embarazadas de 13 a 18 años, según necesidades de Virginia Henderson en la unidad educativa “Amarilis Fuentes Alcivar” en la ciudad de Guayaquil de octubre 2016 – febrero 2017. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2017.
27. Usandizaga Beguirista JA, De la Fuente Perez P. *Obstetricia y Ginecología*. 4a ed. Editorial Marban, editor. Madrid – España.; 2015. 1354 p.
28. Gutiérrez Ramos M. Manejo actual de la rotura prematura de membranas en embarazos pretérmino. *Rev Peru Ginecol y Obstet* [Internet]. 2018;64:405–14. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000300014&nrm=iso

29. Vega Chonillo GE. Proceso de atención de enfermería en paciente gestante con diagnóstico de ruptura prematura de membranas (examen complejo). Machala, Ecuador; 2018.
30. Jannett C, Santacruz B, Campana F. Enfermería materno-neonatal. 3ra ed. Wolters Kluwer, editor. Barcelona, España; 2016. 598 p.
31. Mei-Dan E, Hutchison Z, Osmond M, Pakenham S, Ng E, Green J, et al. Preterm Premature Rupture of Membranes in Twins: Comparison of Rupture in the Presenting Versus Non-presenting Sac. *J Obstet Gynaecol Canada* [Internet]. 2020;42(2):163–8. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1701216319306668>
32. Lorthe E, Torchin H, Delorme P, Ancel P-Y, Marchand-Martin L, Foix-L'Hélias L, et al. Preterm premature rupture of membranes at 22–25 weeks' gestation: perinatal and 2-year outcomes within a national population-based study (EPIPAGE-2). *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2018;219(3):298.e1-298.e14. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937818304393>
33. Abarzúa Camu F. COVID-19 y Embarazo [Internet]. Vol. 85, *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. scieloc; 2020. p. 110–4. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262020000200110&nrm=iso
34. SEGO, SENEQ, SEDAR, SETH, SEEN, AEM, et al. Documento técnico Manejo de la mujer embarazada y el recién nacido con COVID-19 [Internet]. 2020. p. 1–32. Available from: <https://www.covid-19.seth.es/manejo-de-la-mujer-embarazada-y-el-recien-nacido-con-covid-19/>
35. Rivera Herrera G, Pillajo Guilcapi AS. Valoración de enfermería en gestantes con ruptura prematura de membranas. Abril-agosto 2018 [Internet]. Universidad Nacional de Chimborazo. Facultad de Ciencias de la Salud; 2018. Available from: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/5080>
36. T. Heather Herdman, PhD, RN S, Kamitsuru FNI, PhD, RN F. *NANDA Internacional de Diagnósticos: Definiciones y Classification, 2018-2020*. 11a ed. Sao Paulo, Brasil; 2018.
37. García espinoza JA, Ovaco Medina ML. Proceso de atención de enfermería en paciente con hemorragia subaracnoidea Fisher III basado en la teoría de Dorothea Orem. Universidad Técnica de Machala. Facultad de Ciencias Químicas y de la Salud; 2020.
38. Kabiri D, Masarwy R, Schachter-Safrai N, Masarwa R, Hirsh Raccach B, Ezra Y, et al. Trial of labor after cesarean delivery in twin gestations: systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2019;220(4):336–47. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937818311475>
39. Moramarco V, Korale Liyanage S, Ninan K, Mukerji A, McDonald SD. Classical Cesarean: What Are the Maternal and Infant Risks Compared With Low Transverse Cesarean in Preterm Birth, and Subsequent Uterine Rupture? A Systematic Review and Meta-analysis. *J Obstet Gynaecol Canada* [Internet]. 2020;42(2):179-197.e3. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1701216319300908>

40. Yan J, Guo J, Fan C, Juan J, Yu X, Li J, et al. Coronavirus disease 2019 in pregnant women: a report based on 116 cases. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2020;223(1):111.e1-111.e14. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937820304622>
41. Di Mascio D, Khalil A, Saccone G, Rizzo G, Buca D, Liberati M, et al. Outcome of coronavirus spectrum infections (SARS, MERS, COVID-19) during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol MFM* [Internet]. 2020;2(2, Supplement):100107. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2589933320300379>
42. Arrowsmith S, Neilson J, Wray S. The combination tocolytic effect of magnesium sulfate and an oxytocin receptor antagonist in myometrium from singleton and twin pregnancies. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2016;215(6):789.e1-789.e9. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937816305804>
43. Weiner E, Dekalo A, Feldstein O, Barber E, Schreiber L, Bar J, et al. The placental factor in spontaneous preterm birth in twin vs. singleton pregnancies. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 2017;214:1–5. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0301211517302087>
44. Pascalet M, Fourel M, Bourtembourg A, Toubin C, Coppola C, Becher P, et al. Mode of delivery of twin pregnancies with the first twin in breech position after the introduction of a policy of planned caesarean delivery for nulliparous women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 2019;234:58–62. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0301211518311096>

ANEXOS

OFICIO DE SOLICITUD A COORDINACIÓN DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA.

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a la participante esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participante.

La presente investigación es conducida por Rommel William Narvaez Beltrán, estudiante de enfermería. El objetivo de este estudio es: "Aplicar el proceso de atención enfermería en una paciente primigesta juvenil con diagnóstico de embarazo gemelar, ruptura prematura de membrana y enfermedad respiratoria aguda (SARS-2) asintomática basado en la teoría de las 14 necesidades de Virginia Henderson, mediante la revisión de la historia clínica y artículos científicos de alto impacto para la aplicación del proceso de atención de enfermería.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas a través de una entrevista esto tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo y visitas domiciliarias durante la investigación, lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

P

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Rommel William Narvaez Beltrán. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es:

Aplicar el proceso de atención de enfermería en una paciente primigesta juvenil con diagnóstico de embarazo gemelar, ruptura prematura de membrana y enfermedad respiratoria aguda (SARS-2) asintomática basado en la teoría de las 14 necesidades de Virginia Henderson.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 30 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informada de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a

Rommel William Narvaez Beltrán, al teléfono 0989601345.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a 0989601345 al teléfono anteriormente mencionado.

Maria Catalina Romero Zorvides Maria Romero B 12/10/2020
Nombre del Participante (Señora) Firma del Participante Fecha
01:0750949376

**SOLICITUD EMITIDA POR LA COORDINADORA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
PARA EL ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE.**



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA
Casilla N°. 989- Teléfono 2983363
FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

SECCIÓN/CARRERA: ENFERMERÍA

Santa Rosa, 8 de diciembre del 2020

Mgs.
Xavier Molina Quezada

DIRECTOR TÉCNICO DEL HOSPITAL OBSTÉTRICO ANGELA LOAYZA DE OLLAGUE
Santa Rosa.

De mis consideraciones:

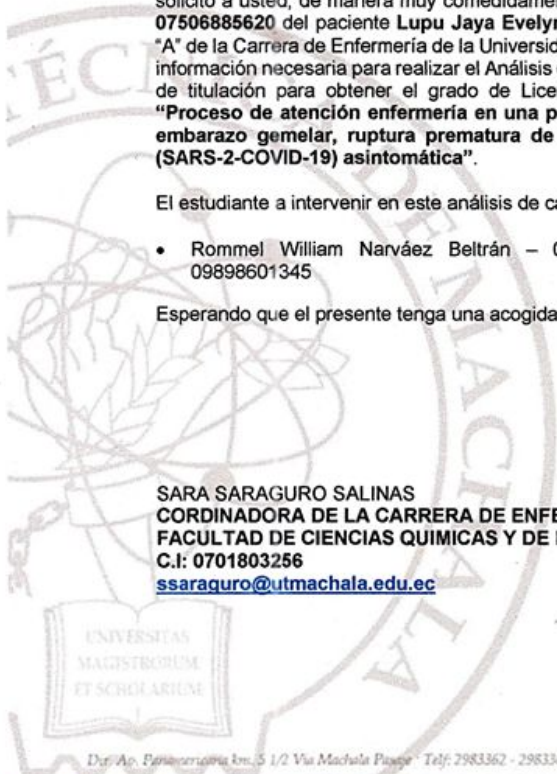
Con un cordial saludo y deseándole muchos éxitos en sus funciones, por medio del presente solicito a usted, de manera muy comedidamente, se autorice el acceso a la Historia Clínica N° 07506885620 del paciente **Lupu Jaya Evelyn Kristhel**, a un estudiante del Decimo semestre "A" de la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Machala, para que puedan recabar información necesaria para realizar el Análisis de Caso, el mismo que es requerido en el proceso de titulación para obtener el grado de Licenciada/o en enfermería, cuyo tema es titulado: "Proceso de atención enfermería en una paciente primigesta juvenil con diagnóstico de embarazo gemelar, ruptura prematura de membrana y enfermedad respiratoria aguda (SARS-2-COVID-19) asintomática".

El estudiante a intervenir en este análisis de caso es:

- Rommel William Narváez Beltrán – 0751001553 – narvaez1@utmachala.edu.ec - 09898601345

Esperando que el presente tenga una acogida favorable, me suscribo muy atentamente.

SARA SARAGURO SALINAS
COORDINADORA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD
C.I: 0701803256
ssaraguro@utmachala.edu.ec



Dir. Ao. Patrimonios km. 5 1/2 Via Machala Puyo - Telf: 2983362 - 2983365 - 2983363 - 2983364

www.utmachala.edu.ec