



PLAN DE CUIDADOS INDIVIDUALIZADO

Gestante con Crecimiento Intrauterino
Retardado (CIR)

Alumna: Laura Castañedo Fuentes

Profesor tutor: Juan José Suárez Sánchez

Titulación: Grado en Enfermería

Facultad de Ciencias de la Salud: Sección
Enfermería

Sede La Palma

Universidad de La Laguna

Fecha: 04/06/2019

Índice

RESUMEN.....	1
ABSTRACT	1
1. INTRODUCCIÓN	3
2. OBJETIVOS	7
2.1 Objetivo principal.....	7
2.2 Objetivos Secundarios	7
3. MÉTODOS Y MATERIALES	8
3.1 Valoración por patrones funcionales de M. Gordon.....	8
3.2 Diagnóstico de enfermería	12
3.3 Planificación de cuidados	12
3.4 Ejecución de los cuidados.....	17
3.5 Resultados.....	18
4. DISCUSIÓN.....	21
5. CONCLUSIÓN.....	23
BIBLIOGRAFÍA	24

RESUMEN

El crecimiento intrauterino retardado (CIR) es la manifestación común de procesos inusuales que impiden el crecimiento normal del feto. Se estima que está presente en el 5% de los nacimientos (12).

En cuanto al tratamiento, no se puede decir que exista una estrategia terapéutica, por lo que es necesario una detección temprana del CIR, evitando así complicaciones que puedan afectar a los recién nacidos (RN) (3).

En este trabajo se desarrolla la elaboración y ejecución de un Plan de Atención de Enfermería (PAE) a una paciente que padece un embarazo de alto riesgo, más concretamente un embarazo con CIR Tipo I. Se ha realizado y llevado a cabo por una estudiante de 4º curso del Grado de Enfermería, utilizando los 11 patrones de Marjory Gordon en la valoración, quedando así la información ordenada para posteriormente su análisis. También se han empleado como herramientas de clasificación las taxonomías de *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), *Clasificación de Resultados de Enfermería* (NOC) y *Clasificación de Intervenciones de Enfermería* (NIC). El objetivo de este PAE es ayudar a la paciente a conseguir una mejora en su autoconcepto y autoestima, así como que se llegue al final del embarazo de manera óptima.

Con respecto a los resultados, se han conseguido los objetivos establecidos, mejorando sus actitudes y realizando educación sanitaria acerca del diagnóstico.

En cuanto a las conclusiones, se destaca la motivación y participación de la paciente ya que ha facilitado la mejora de su autoconcepto y autoestima.

Palabras claves: Plan de Cuidados, Crecimiento Intrauterino Retardado, gestante, enfermera.

ABSTRACT

Intrauterine growth restriction (IUGR) is one of the common unusual processes that can affect the correct growth of the fetus. It is estimated that 5% of births are related to it.

It can be said that there is not a therapeutical strategy for its treatment and because of that, an early diagnosis is needed to avoid any problem that may affect the newborn (nb).

In this project, a Nursing Care Plan (NCP) for a high risk pregnancy patient, an IUGR type I, has been carried out by a 4th grade Nursing student. To evaluate it, the 11 Marjory Gordon's patterns have been used so that the information is ordered and analysed later. The North American Nursing Diagnosis Association's (NANDA) taxonomy, Nursing Interventions Classification (NIC) and Nursing Outcome Classification (NOC) have also been used as classifying tools.

The aim of this NCP is to help the patient to get a better self-concept and self-esteem and also reach the end of pregnancy in good conditions.

If we talk about outcomes, the objectives have been achieved improving her attitudes and making possible to attend health education programmes about the diagnosis.

As a conclusion, the patient's motivation and engagement must be mentioned as they have allowed the improvement of her self- concept and self- esteem.

Key words: Care Plans, Intrauterine growth restriction, pregnant, nurse.

1. INTRODUCCIÓN

Este trabajo tiene como objetivo efectuar un Plan de Cuidados Individualizado a una gestante con CIR Tipo I, con el propósito de valorar el impacto que ha producido padecer una gestación de alto riesgo y resolver todas las preocupaciones, miedos y dudas que pueda tener con respecto al diagnóstico.

Los profesionales de enfermería utilizan los planes de cuidados con la finalidad de atender todas las necesidades de los pacientes, pueden tratarse de planes de cuidados estandarizados o como en este caso, individualizado (14).

El crecimiento fetal, se ve regulado por unos factores tanto maternos como fetales y placentarios, considerándolos dentro de su normalidad. Esto permite que el feto obtenga un crecimiento en peso y talla predeterminado genéticamente.

El crecimiento intrauterino restringido (CIR) asocia, además de una morbilidad perinatal, en la infancia alteraciones en el desarrollo neurológico y cardiovascular, así como en su vida adulta alteraciones metabólicas y cardiovasculares.

Esto se entiende por la limitación del potencial de crecimiento intrínseco del feto, que se manifiesta por la presencia de un peso fetal estimado (PFE) inferior al percentil 3 o entre el percentil 3 y 10 con alguna otra condición patológica.

Existen diversas consecuencias en los fetos considerados pequeños para su edad gestacional, de diferentes factores etiológicos que pueden ser distinguidos en:

- Feto PEG: feto constitucionalmente pequeño. Anatomía, líquido amniótico, Doppler fetal y velocidad de crecimiento normal. No presentan riesgo de mortalidad ni de morbilidad perinatal.
- Feto PEG anormal: feto pequeño por otra condición patológica (malformaciones, infección, cromosomopatía). Se caracteriza por un patrón de crecimiento en el que todos los órganos del feto están disminuidos proporcionalmente de tamaño debido a alteraciones de la hiperplasia celular fetal temprana.
- Feto CIR: son aquellos que presentan una función placentaria alterada, identificada por anomalías en el estudio Doppler o por un estancamiento en la velocidad de crecimiento.

En este último se profundizará con mayor cavidad, ya que el plan de cuidados tiene como diagnóstico CIR.

Tabla 1

	CIR
Frecuencia	10-15%
Etiología	Insuficiencia útero-placentaria
Fase de crecimiento afectada	Hipertrofia celular
Velocidad de crecimiento	Normal o disminuida
Patrón de crecimiento	Frecuentemente asimétrico
Anatomía	Normal
Líquido amniótico	Disminuida
Doppler	Anormal
Seguimiento continuo	PBF, Doppler, RCTG
Momento del parto	Equilibrio entre EG y pruebas de bienestar fetal (PBF/Doppler)

Según la edad gestacional se pueden clasificar en:

- Casos de inicio precoz, que tienden a ser más severos, representan un 20-30 % de las restricciones del crecimiento fetal, se asocian a preeclampsia hasta un 50 % y su morbilidad y mortalidad es alta, dado la prematuridad asociada.
Destacando una causa que agrupa infección, anomalías cromosómicas o genéticas, como factores patológicos intrínsecos del feto, y otra causa secundaria agrupando a la insuficiencia placentaria severa.
- Casos de aparición tardía, de más de 34 semanas y en especial los de término, representan un 80 % de las restricciones de crecimiento fetal (4).

Tabla 2

Diagnóstico y clasificación de retardo de crecimiento fetal (15)

CIR PRECOZ	CIR TARDÍO
Problema: Manejo	Problema: Diagnostico
Alto grado insuficiencia placentaria	Bajo grado insuficiencia placentaria
Hipoxia franca: adaptación cardiovascular sistémica	Hipoxia moderada: adaptación cardiovascular central
Feto inmaduro con tolerancia hipoxia alta: historia natural	Feto maduro con tolerancia hipoxia baja: escasa o nula historia natural
Baja prevalencia, pero alta mortalidad y morbilidad	Baja mortalidad, pero causa mayor de FMIU y alta morbilidad neurológica, alta prevalencia.

Protocolo de estudio para su diagnóstico:

- Estudio Doppler de la arteria umbilical (AU), cerebral media (ACM) y arterias uterinas (AUt). Cálculo del índice cerebroplacentario (ICP)
- Exploración anatómica detallada al diagnóstico.
- Ecocardiografía funcional y Neurosonografía: si CIR I severo (< p3) o superior.
- Control ambulatorio de la TA 2-3 veces /semana.
- Estudio proteinuria:
 - Si TA < 140/90: se solicitará ratio proteínas / creatinina en orina fresca (normal 0,300mg/mg)
 - Si TA > 140/90: se solicitará proteinuria/ 24h si es menor de 37 semanas o ratio proteínas/creatinina si es > de 37 semanas.
- Se aconseja estudio genético en líquido amniótico.
- Estudio de infecciones:
 - Estudio de la IgG rubéola.
 - Estudio sífilis.
 - Estudio malaria.
 - Estudio de CMV (citomegalovirus).

- a) Si técnica invasiva indicada: realizar PCR CMV en líquido amniótico.
- b) Si no está indicada técnica invasiva, se solicitará serologías maternas en IgG e IgM sólo en CIR (excluye PEG).
 - IgG e IgM negativas se descarta infección.
 - IgM positiva se realiza amniocentesis para PCR CMV en líquido amniótico.
 - IgG positiva e IgM negativa: realizar amniocentesis sólo si presenta algún marcador ecográfico compatible con infección por CMV excepto oligoamnios aislados (6).

Clasificación

En función de los resultados del protocolo de estudio se pueden clasificar en:

- Feto PEG anormal: PFE < p 10 más otra condición patológica.
- Feto PEG: PFE mayor o igual a p3 y < con el resto de las pruebas normales.
- Feto CIR:
 - **Tipo I:** PFE < P3; ICP (índice cerebroplacentario) < P5 (vasodilatación); AU > p 95 y IP (índice pulsatilidad) medio AUt > p95.
 - **Tipo II:** PFE < P10 con alguno de los siguientes: flujo diastólico ausente en AU en dos ocasiones sobre el 50 % de los ciclos en las dos arterias o flujo diastólico reverso en Itsmo Aórtico.
 - **Tipo III:** PFE < 10 con alguno de los siguientes: flujo diastólico reverso en AU o IP DV (ductus venoso) > p 95.
 - **Tipo IV:** PFE < p 10 con alguno de los siguientes: variabilidad ausente y/o desaceleraciones, flujo diastólico reverso en DV o vena umbilical pulsátil (4).

Tratamiento

Hasta la fecha no existen estrategias terapéuticas, por ello que su manejo consiste principalmente en un diagnóstico temprano, así como en el seguimiento para definir el momento en el cual se va a interrumpir el embarazo, equilibrando los riesgos de prematuridad con la morbi-mortalidad esperada para cada condición fetal.

Recomendaciones:

- Reposo domiciliario relativo preferentemente en decúbito lateral izquierdo.
- Eliminación de factores externos favorecedores (tabaquismo, anemia...).
- Recuento de movimiento fetales diarios a partir de las semana 28.
- Estudio Doppler.
- Perfil biofísico (4).

A continuación, se mencionarán los objetivos en los cuáles estará centrado este Plan de Cuidados Individualizado, con la finalidad de conseguir dar respuesta a cada uno de ellos, así como satisfacer las necesidades que presenta la gestante en la intervención.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo principal

Efectuar un Plan de Cuidados Individualizado a una gestante con CIR Tipo I, basándose en la taxonomía NANDA, NIC, NOC.

2.2 Objetivos Secundarios

1. Realizar una valoración de los 11 patrones de Marjory Gordon.
2. Priorizar los patrones según la importancia de la gestante.
3. Identificar los diagnósticos enfermeros.
4. Concretar los objetivos alcanzables durante 3 meses de tiempo.
5. Establecer las actividades e intervención más importante acorde a su plan de cuidados individualizado.

3. MÉTODOS Y MATERIALES

Este plan de cuidados individualizado ha sido elaborado basándonos en el Plan de Atención de Enfermería (PAE), que constituye la herramienta de trabajos de los enfermeros. El PAE está organizado en cinco fases interrelacionadas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación; que nos permite obtener la información que se necesite acerca del paciente, con el objetivo de conseguir la recuperación, mantenimiento y progreso de salud del mismo. El PAE tiene un apoyo teórico basándose en las diferentes teorías de Enfermería. En este plan de cuidados se ha llevado a cabo mediante la Teoría de la adaptación de Callista Roy, puesto que su propuesta de cuidados está centrada en la adaptación de la persona a los estímulos que recibe, tanto de su entorno interno como externo, planteando así la acción enfermera como ayuda en la adaptación, en caso de que las respuestas no sean eficaces (2).

En la primera fase; valoración, la información se obtuvo a través de la exploración física y entrevista personal, basándonos en la metodología bidireccional, y ordenado estos datos según los 11 patrones de Marjory Gordon. Según las respuestas individuales que refiere el paciente, se lleva a cabo un juicio clínico, elaborando así, el diagnóstico de enfermería y ejecución de una serie de intervenciones y actividades elaborada mediante las taxonomías NANDA, NOC y NIC acordes con el diagnóstico médico y enfermero del paciente (5).

La realización de este trabajo de ha complementado y apoyado con una búsqueda y análisis de información de diferentes fuentes bibliográficas. Esta búsqueda se ha realizado principalmente a través de internet, para ello, han sido utilizado recursos específicos:

Base de datos	Buscadores
Scielo, Pubmed, Dialnet, NNNConsult ULL, PuntoQ-ULL, Science Direct	Google, Google académico

3.1 Valoración por patrones funcionales de M. Gordon

Caso clínico: Mujer embarazada de 29 años con 31 semanas de embarazo, a la que se le ha diagnosticado embarazo de alto riesgo, por presentar un CIR Tipo I (Restricción del Crecimiento Intrauterino) en la semana 27 de embarazo. Teniendo que cumplir el plan terapéutico pertinente para dicho caso.

Este cuadro reflejará por colores los patrones según sean funcionales o disfuncionales.

- Disfuncionales
 - Alterados: rojos
 - Riesgos: Naranja
- Funcionales
 - Eficaces: Verdes

Tabla 3

Patrón 1: Percepción – manejo de la salud.

Patrón 2: Nutricional – Metabólico

Patrón 3: Eliminación

Patrón 4: Actividad y ejercicio

Patrón 5: Sueño - Descanso

Patrón 6: Cognitivo – Perceptual.

Patrón 7: Auto percepción- Autoconcepto

Patrón 8: Rol – Relaciones.

Patrón 9: Sexualidad- Reproducción.

Patrón 10: Adaptación – Tolerancia al estrés.

Patrón 11: Valores - Creencias

Patrón 1: Percepción – manejo de la salud.

Dx médico: Embarazo de alto riesgo por CIR Tipo I.

Antecedentes obstétricos: G1 P0 A0 C0, no refiere antecedentes personales.

Tratamiento durante el embarazo: Natalben Supra.

No presenta hábitos tóxicos.

No refiere alergias medicamentosas ni alimentarias.

Patrón 2: Nutricional – Metabólico

En cuanto a la alimentación, lleva una dieta rica en frutas y verduras. Refiere que el apetito le ha aumentado durante el embarazo. Bebe abundante agua 1-2 litros al día. No consume carnes ni pescados crudos para prevenir la toxoplasmosis. No tiene problemas en la masticación, deglución y digestión de alimentos. No cuenta con ningún tipo de prótesis dentaria, dentición con buena oclusión y con todas las piezas en buen estado. Presenta edemas sin fóvea en MMII y MMSS y buen estado de mucosas. Peso: 67 kg. Talla: 1,57 cm. Temperatura corporal de 36,2 °C.

Patrón 3: Eliminación

Refiere estreñimiento y micciones más frecuente por la presión uterina.

Patrón 4: Actividad y ejercicio

TA: 100/ 62 mmHg. FC: 78 lpm. SatO2: 97%.

Independiente para las Actividades Básica de la Vida Diaria.

No presenta alteración de la función motora, comenta que a medida que ha avanzado el embarazo ha tenido más dificultad debido al aumento de peso.

Ha estado activa hasta que le diagnosticaron que presentaba un embarazo de alto riesgo por CIR Tipo I, por lo que actualmente se encuentra de baja y en reposo.

Patrón 5: Sueño - Descanso

En cuanto al sueño, no tiene patrón continuo, comenta que hay noches que no puede dormir nada porque se encuentra incómoda y se levanta varias veces a la noche para ir a orinar (Nicturia). Patrón de sueño entre 6 y 7 horas no logrando sueño reparador. Si siestas. No ayudas farmacológicas para dormir.

Patrón 6: Cognitivo – Perceptual.

Paciente que se encuentra consciente, orientada en tiempo y espacio. Cuando habla lo hace de forma clara y concisa y con coherencia en todo su contenido. Lleva gafas porque tiene miopía. No tiene problemas de audición. Refiere tener molestias en la espalda cuando está mucho tiempo sentada. Presenta un déficit de conocimiento sobre el diagnóstico médico.

Patrón 7: Auto percepción- Autoconcepto

Refiere excesiva preocupación por los sucesos vitales. Comenta que se enfada por cualquier cosa, ya que nota que tiene menos paciencia. Le preocupa los cambios que está sufriendo su cuerpo, no está conforme consigo misma. Expresa sentimientos apropiados a la situación (refiere miedo por la situación actual debido a la posibilidad del nacimiento prematuro de su bebé y los problemas que pueden suponer el mismo). Además, comenta que el embarazo lo ha vivido con miedo desde el inicio debido a antecedentes familiares (tía con problemas fisiológicos para llevar a término un embarazo).

Patrón 8: Rol – Relaciones.

Vive con su marido. Sus padres y su hermana viven muy cerca de ella y constantemente va a visitarlas. Comenta que se está viviendo con bastante preocupación por el tema diagnosticado. No presenta barrera idiomática ni pertenece a una cultura distinta.

Patrón 9: Sexualidad- Reproducción.

No ha tenido más gestaciones, esta es la primera.

Amenorrea fisiológica causada por el embarazo.

Mamas sensibles

Refiere que hay cambios en su vida sexual.

Patrón 10: Adaptación – Tolerancia al estrés.

Es colaboradora ante el personal sanitario.

Tras el diagnóstico se siente nerviosa y refiere estar preocupada por que todo salga bien.

Detección de inseguridades referentes a los cambios externos a los que se va a enfrentar (rol de madre, control de la familia, etc.).

Patrón 11: Valores - Creencias

Comenta que para ella la religión no tiene importancia.

3.2 Diagnóstico de enfermería

Tras haber llevado a cabo la valoración y una observación de la paciente, se puede apreciar que los patrones disfuncionales son 7, 8 y 10 caracterizándose por estar alterados a raíz del comienzo del embarazo y tras el diagnóstico dado. A pesar de ser estos patrones los disfuncionales tras la valoración, la paciente manifiesta que los más relevantes para ella son el patrón 6: Cognitivo – Perceptual y el patrón 7: Autopercepción- Autoconcepto, aunque la paciente está dispuesta a hacer todo lo posible por cambiar su actitud. Con todos los datos obtenidos, se llega a la conclusión que los diagnósticos de enfermería son (00146) Ansiedad r/c grandes cambios, m/p preocupación a causa de cambios en acontecimientos vitales, temor e irritabilidad, (00120) Baja autoestima situacional r/c alteración de la imagen corporal m/p verbalizaciones de negación de sí misma y (00126) Conocimientos deficientes r/c información insuficiente m/p conducta inapropiada.

3.3 Planificación de cuidados

Para llevar a cabo los cuidados de enfermería que se han planificado han sido utilizados las taxonomías NOC y NIC (5):

(00146) ANSIEDAD

NOC [1211] Nivel de ansiedad

Objetivo: Disminuir

Indicadores	Puntuación inicial
[121108] Irritabilidad	2
[121110] Explosiones de ira	2
[121118] Preocupación exagerada por eventos vitales	2

Escala n: Desde GRAVE (1) hasta NINGUNO (5)

1. Grave
2. Sustancial
3. Moderado
4. Leve
5. Ninguno

NIC [5820] Disminución de la ansiedad

Actividades:

- Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.
- Escuchar con atención.
- Crear un ambiente que facilite la confianza.
- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.
- Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.

NOC [1210] Nivel de miedo

Objetivo: Enseñar

Indicadores	Puntuación inicial
[121008] Dificultades de concentración	de 3
[121014] Preocupación por sucesos vitales	por 2
[121032] Lloros	3

Escala n: Desde GRAVE (1) hasta NINGUNO (5)

1. Grave
2. Sustancial
3. Moderado
4. Leve
5. Ninguno

NIC [Mejorar el afrontamiento]

Actividades:

- Utilizar un enfoque sereno, tranquilizador.
- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Confrontar los sentimientos ambivalentes del paciente.
- Alentar la verbalización de sentimientos, percepciones y miedos.
- Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para afrontar sus limitaciones y manejar los cambios de estilo de vida o de papel.

(00120) BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL

NOC [1205] Autoestima

Objetivo: Mejorar

Indicadores	Puntuación inicial
[120501] Verbalizaciones de autoaceptación	2
[150521] Sentimientos sobre propia persona	2
[120518] Descripción de estar orgullosa	1

Escala k: desde NUNCA positivo (1) hasta SIEMPRE positivo (5)

1. Nunca positivo
2. Raramente positivo
3. A veces positivo
4. Frecuentemente positivo
5. Siempre positivo

NIC [5400] Potenciación de la autoestima

Actividades:

- Observar las afirmaciones del paciente sobre su autovalía.
- Reafirmar los puntos fuertes personales que identifique el paciente.
- Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes
- Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación.

NOC [1200] Imagen Corporal

Objetivo: Lograr

Indicadores	Puntuación Inicial
[120005] Satisfacción con el aspecto corporal	2
[120007] Adaptación a cambios en el aspecto físico	2
[120017] Actitud hacia la utilización de estrategias para mejorar el aspecto.	1

Escala k: desde NUNCA positivo (1) hasta SIEMPRE positivo (5)

1. Nunca positivo
2. Raramente positivo
3. A veces positivo
4. Frecuentemente positivo
5. Siempre positivo

NIC [5220] Mejora de la imagen corporal

Actividades:

- Ayudar a la paciente a comentar los cambios causados por un embarazo normal.
- Ayudar al paciente a identificar acciones que mejoren su aspecto.

(00126) CONOCIMIENTOS DEFICIENTES

NOC [1810] Conocimiento: Gestación

Objetivo: Conocer

Indicadores	Puntuación Inicial
[181003] Signos de alarma de las complicaciones del embarazo	2
[181005] Cambios anatómicos y fisiológicos del embarazo	2
[181030] Cambios emocionales asociados al embarazo	2

Escala u: Desde ningún conocimiento (1) hasta conocimiento extenso (5).

1. Ningún conocimiento
2. Conocimiento escaso
3. Conocimiento moderado
4. Conocimiento sustancial
5. Conocimiento extenso

NIC [6800] Cuidados del embarazo de alto riesgo

Actividades:

- Determinar la presencia de factores médicos relacionados con malos resultados del embarazo (hipertensión).
- Determinar el conocimiento de la paciente de los factores de riesgo identificados.
- Fomentar la expresión de sentimientos y miedos acerca de cambios en el estilo de vida, bienestar fetal, cambios económicos, funcionamiento familiar y seguridad personal.
- Instruir a la paciente sobre técnicas de automonitorización (medir la PA).

3.4 Ejecución de los cuidados

Este plan de cuidados individualizado ha tenido una duración de 3 meses, durante este tiempo se ha citado a la paciente en varias ocasiones, para llevar a cabo las intervenciones y valorar el progreso de las mismas. Cada sesión, tenía una duración de entre 45- 50 minutos, dependiendo de las intervenciones que se llevaran a cabo. La captación de la paciente fue durante el prácticum V en la unidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Fuerteventura. Ese día se estableció una relación terapéutica con la paciente y ahí se preguntó si accedería a participar en un plan de cuidados individualizado para un trabajo fin de grado, al que accedió. Para mantenernos en contacto, proporcionó su número de teléfono.

1ª Sesión (11/01/2019) Duración 15 minutos. Se lleva a cabo por vía telefónica. En esta sesión se explicó a la paciente en qué consistía el trabajo final de grado (plan de cuidados individualizado) y que sus datos eran confidenciales (no se relevará información sobre su nombre, apellidos, etc). Concertamos cita para la próxima sesión.

2ª Sesión (25/01/2019) Duración 50 minutos. En esta sesión se estableció el inicio de la relación enfermera-paciente, en un contexto físico. Posteriormente se realizó la toma de constantes vitales. A continuación, se inició la valoración por patrones de Marjory Gordon hasta el patrón 6, porque la paciente no se sentía cómoda hablando.

3ª Sesión (8/02/2019) Duración 45 minutos. Continuamos la valoración, se evitaron preguntas cerradas, dejando vía libre a la paciente para que pudiera expresar sus sentimientos y emociones. Hubo muchos momentos emotivos. Finalmente se consiguió completar la valoración.

4ª sesión (22/02/2019) Duración 45 minutos. Se dedicó esta sesión a indagar sobre las dudas y expectativas de la paciente sobre el embarazo de alto riesgo. Posteriormente, se aclaró todas las dudas sobre el procedimiento, cuidados que se le realizarían, etc, y se corrigieron falsas expectativas que tenía la paciente.

5ª Sesión (15/03/2019) Duración 50 minutos. Dedicada a valorar el impacto de la situación actual de la paciente. Se ayudó a entender los cambios producidos por el embarazo y que la paciente aceptara su nuevo estado de salud. Hubo un diálogo sobre los cambios que se había producido tras pasar los meses de embarazo, y como han cambiado los sentimientos hacia sí misma. Se aprovechó ese momento para identificar junto con ella, acciones que pudiesen mejorar su aspecto como por ejemplo trajes de premamá, etc., animarla a la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos, y usar técnicas de relajación. Se animó a la paciente a que acudiera a los talleres de educación maternal para que hablara con otras mujeres que están viviendo su misma situación y cuenten sus experiencias.

6ª Sesión (25/03/2019). Duración de 30 minutos. Se inició la sesión preguntando a la paciente si tenía alguna duda sobre el embarazo, pregunté cómo se encontraba y si se había animado a acudir a los talleres de educación maternal y a utilizar estrategias para mejorar su aspecto.

7ª Sesión (5/04/2019). Duración 40 minutos. En esta última sesión se evaluaron los conocimientos de la paciente sobre su diagnóstico. Se valoró el cambio de actitud desde el inicio de la valoración hasta ahora, así como sus sentimientos y emociones actuales.

3.5 Resultados

Para evaluar el Plan de Cuidados, se utilizó la escala de Likert, valorando los indicadores de resultados de la NOC. Esta escala consiste en un cuestionario compuesto por una serie de ítems en los que se trata de reflejar los diferentes aspectos de la paciente, en particular, su actitud hacia los que cabe tener una posición diferente (8). Para valorar mejor los resultados se empleó una tabla donde quedó reflejada la puntuación inicial, la puntuación del objetivo que se esperaba conseguir y por último la que se ha conseguido tras finalizar con las intervenciones.

NOC [1211] Nivel de ansiedad

Indicadores	Puntuación inicial	Objetivo	Resultados obtenidos
[121108] Irritabilidad	2	5	5
[121110] Explosiones de ira	2	5	5
[121118] Preocupación exagerada por eventos vitales	2	5	5

NOC [1210] Nivel de miedo

Indicadores	Puntuación inicial	Objetivo	Resultados obtenidos
[121008] Dificultades de concentración	3	5	5
[121014] Preocupación por sucesos vitales	2	5	5
[121032] Lloros	3	5	5

NOC [1205] Autoestima

Indicadores	Puntuación inicial	Objetivo	Resultados obtenidos
[120501] Verbalizaciones de autoaceptación	2	5	4
[150521] Sentimientos sobre su propia persona	2	5	5
[120518] Descripción de estar orgullosa	1	5	5

NOC [1200] Imagen Corporal

Indicadores	Puntuación Inicial	Objetivos	Resultados obtenidos
[120005] Satisfacción con el aspecto corporal	2	5	4
[120007] Adaptación a cambios en el aspecto físico	2	5	5
[120017] Actitud hacia la utilización de estrategias para mejorar el aspecto.	1	5	5

NOC [1810] Conocimiento: Gestación

Indicadores	Puntuación Inicial	Objetivo	Resultados obtenidos
[181003] Signos de alarma de las complicaciones del embarazo	2	5	5
[181005] Cambios anatómicos y fisiológicos del embarazo	2	5	5
[181030] Cambios emocionales asociados al embarazo	2	5	5

Si se observan los resultados de la escala de Likert podemos apreciar que han sido satisfactorios ya que han cumplido los objetivos que se han planteado. A excepción de los resultados del NOC Autoestima [120501] y NOC Imagen corporal [120005], que no han tenido los resultados esperados debido a que la paciente no se encuentra del todo cómoda con los cambios físicos que ha sufrido su cuerpo a lo largo del embarazo, pero entiende que se trata de cambios agudos y espera obtener un aspecto físico más satisfactorio tras el fin del embarazo y el periodo

de recuperación postparto. Aunque si se aprecia una notable mejoría en su autoestima y aceptación de su nueva imagen corporal.

4. DISCUSIÓN

La diferenciación etiopatogénica influye en consecuencias fetales, neonatales tempranas y/o tardías, postnatales y en la edad adulta. Alrededor del 60-70% de los casos del CIR se desconoce el agente causal y únicamente del 30-35% se conoce la etiología, y del 10-15% su afectación genética (9). Tras haber revisado varios artículos y planes de cuidados estandarizados se ha podido comprobar que el diagnóstico de CIR, y como consecuencia de ello, producen cambios muy significativos en la vida de las pacientes provocando preocupaciones y emociones negativas en los que necesitan conseguir una actitud de cambio. Asimismo, en el análisis de diversos artículos no se ha encontrado un plan de cuidados individualizado, centrado en un caso concreto de una mujer real, sino que tratan como se ha mencionado anteriormente de planes de cuidados estandarizados, en los que se describen de manera general los principales problemas que pueden sufrir las mujeres que padecen CIR.

En el artículo, *Crecimiento intrauterino restringido ¿problema de definición o de contenido?*, se define como CIR “aquel recién nacido cuyo peso está situado por debajo del percentil 10 para su edad gestacional”. Teniendo en cuenta esta definición, hace mención a que el 10% de los casos pueden ser CIR, a pesar de que en la práctica clínica pueda disminuir si existe una corrección en el peso y en el fenotipo de la madre y padre. Se conoce que los fetos CIR presentan mayor riesgo de complicaciones perinatales que incluyen prematuridad, mayor número de inducciones y de cesáreas, pérdida del bienestar fetal en el parto y aumento de morbimortalidad fetal y neonatal (9).

En la revisión, *Revisión bibliográfica sobre el retraso del crecimiento intrauterino*, se hace mención a las diversas probabilidades de padecer CIR en embarazos posteriores, es decir, si en la primera gestación ha padecido de CIR, en el segundo existe una probabilidad del 29% de que vuelva a ser un feto con crecimiento intrauterino retardado y un 44% si los dos primeros han sido afectados por éste.

La confirmación de un diagnóstico de CIR, está centrado en la ecobiometría fetal y eco-Doppler. Es fundamental determinar la medición del feto, su longitud del fémur, perímetro abdominal y craneal, así como realizar una ecografía del primer trimestre que refleje la edad gestacional (1).

Teniendo en cuenta lo detallado anteriormente, en el artículo *Restricción del crecimiento intrauterino. Causa, características clínicas y evaluación de factores asociados a la*

policitemia sintomática, se destaca que es fundamental una detección temprana del CIR, ya que si se realiza un manejo perinatal adecuado se llega a lograr una gran mejoría en los resultados (3).

En cuanto a la incidencia del retraso del crecimiento intrauterino, el documento *Seguimiento psicoevolutivo del niño con RCIU*, evidencia que la incidencia del CIR en los países desarrollados es aproximadamente 7-10%, mientras que en los países en vías de desarrollo puede llegar en torno al 20,9% de los recién nacidos. Mientras que en nuestro país algunos estudios sitúan la cifra en un 2,15% (10).

Se han utilizado tres diagnósticos de enfermería adaptados a las necesidades de la paciente (NANDA). *Ansiedad*, sensación vaga e intranquilizadora de mal estar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza. *Baja autoestima situacional*, desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual. Ambos se han utilizado para la mejora del *patrón 7 Autopercepción-Autoconcepto*, ya que la paciente tenía una visión distorsionada de su percepción corporal, así como un cúmulo de sentimientos negativos hacia si misma. Y *conocimientos deficientes*, carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico. Utilizado para la mejora del *patrón 6 Cognitivo-perceptivo*, puesto que presentaba un déficit de conocimiento sobre el diagnóstico médico.

Se puede apreciar que la metodología empleada para la organización del plan de cuidados, aplica las mismas taxonomías que utiliza el Servicio Canario de Salud, tanto en la Isla de Fuerteventura como en el resto de las islas.

En cuanto al modelo enfermero utilizado, este plan de cuidados se ha basado en la adaptación de Callista Roy por ser el modelo que más se adapta a las necesidades de la paciente. A pesar de la buena disposición de la misma para realizar este plan de cuidados, no se puede dar por finalizado ya que su gestación no ha llegado a término. Aún así sería interesante haber llegado al término gestacional puesto que no solo se valoraría la mejora de la paciente en todos los déficits mostrados anteriormente, sino que, a su vez, existiría una valoración del postparto, dándole a conocer las consecuencias con las que se podría encontrar tras haber padecido CIR durante el embarazo.

5. CONCLUSIÓN

Se ha efectuado un Plan de Cuidados Individualizado a una gestante con CIR Tipo I, basándose en la taxonomía NANDA, NOC, NIC. Se ha llevado a cabo con una temporalidad de 3 meses, mediante una valoración a través de los 11 patrones de Marjory Gordon, dando prioridad a los patrones según la importancia de la paciente. Tras la valoración, se han identificado tres diagnósticos enfermeros en los cuales se establecen las actividades correspondientes para posteriormente realizar la intervención pertinente.

El plan de cuidados individualizado que se ha llevado a cabo, ha ayudado a resolver los problemas de la paciente desde un punto de vista psicosocial. Tras la intervención se ha podido solventar aquellas preocupaciones y miedos que invadían a la paciente, acerca de su diagnóstico (CIR). La paciente mostraba una actitud de cambio hacia la nueva situación en la que se encontraba, consiguiendo resultados positivos tras las intervenciones; entre ellos se encuentra el uso de trajes premamá mejorando con esto su autoimagen, así como su autoestima y asistir a talleres de educación maternal, relacionándose de esta manera con otras personas que se encuentran o que se han encontrado en su misma situación para lograr un mayor entendimiento acerca del CIR. De esta manera, se ha conseguido que la paciente haya podido disminuir tanto sus dificultades de concentración como sus lloros, obteniendo de esta manera una satisfacción en la última fase del embarazo. De igual forma, se ha detectado desde un punto de vista profesional que se pueden dar diferentes cambios externos, los cuales podrían afectar a la paciente a lo largo de su vida, a pesar de que no hayan sido manifestados por ésta, como por ejemplo el cambio de rol. Este plan de cuidados ha resultado efectivo, por lo que se podría llevar a cabo en otras pacientes con las mismas o similares características. El periodo de tiempo empleado ha sido suficiente para poder solventar aquellas dudas o sensaciones que en ese momento sentía la paciente, pero no ha sido suficiente para poder valorar los resultados que pueda tener el postparto; por tanto, se debería llevar un seguimiento hasta el puerperio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carolina SC, María Puy GG. Revisión bibliográfica sobre el retraso del crecimiento intrauterino. *Matronas Prof* [Internet]. 2012 [citado 12 Marzo 2019]; 13(1): 23-28. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/revision-schezcrizat-13-1.pdf>
2. Díaz de Flores Leticia, Durán de Villalobos María Mercedes, Gallego de Pardo Patricia, Gómez Daza Bertha, Gómez de Obando Elizabeth, González de Acuña Yolanda et al. Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. *Aquichán* [Internet]. 2002 [citado 26 Abril 2019]; 2(1): 19-23. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972002000100004
3. Gladys M. GT, Mabel ZJ. Restricción de crecimiento intrauterino. Causas, características clínicas y evaluación de factores asociados a policitemia sintomática. *Pediatr* [Internet]. 2008 [citado 23 Feb 2019]; 35(2): 77-87. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4800253>
4. Gobierno de Canarias, Servicio Canario de Salud. (2016). *Alteraciones por Defecto del Crecimiento Fetal. Recuperado de Servicio Canario de Salud, Complejo Hospitalario Universitario Insular – Materno Infantil.*
5. Herramienta online para la consulta y diseño de Planes de Cuidados de Enfermería. [Internet]. NNNConsult. Elsevier; 2015 [citado 2019 Marzo 21]. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com.accedys2.bbt.ull.es>
6. Hospital Clínic – Hospital Sant Joan De Déu – Universitat De Barcelona [Internet] Barcelona. Protocolo: Defectos del crecimiento fetal. Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-fetal/cir-peg.pdf>
7. Laura Marcela PI, Mónica Andrea BA. Restricción del crecimiento intrauterino: una aproximación al diagnóstico, seguimiento y manejo. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2015 Dic [citado 2019 Abril 26]; 80(6): 493-502. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262015000600010&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262015000600010>
8. Manuel GB. Escala Mixta Likert-Thurstone. *Anduli* [Internet]. 2006 [citado 28 Mayo 2019]; (5): 81-93. Disponible en: <https://revistascientificas.us.es/index.php/anduli/article/view/3728/3256>

9. María Dolores GR, Óscar GA. Crecimiento intrauterino restringido: ¿problema de definición o de contenido? *An Pediatr* [Internet]. 2011 [citado 23 Feb 2019]; 75(3): 157-160. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pident_articulo=90026754&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=37&ty=42&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=37v75n03a90026754pdf001.pdf
10. María José AG. Seguimiento psicoevolutivo del niño con RCIU. En: AEPap ed. *Curso de Actualización Pediatría 2005*. Madrid: Exlibris Ediciones; 2005. p. 25-35. Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/psicoevolutivo_rciu.pdf
11. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Programa Formativo de la Especialidad de Enfermería Obstétrico Ginecológica (Matrona). [Internet]. 2014 [citado 26 Abril 2019]; 4: 394-405. Disponible en: http://www.ingesa.mscbs.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Manual_EIR_Vol_4.pdf
12. Nazer H Julio, Cifuentes O Lucía, Ramírez R Constanza, Seymour M Camila, Aguila R Alfredo, Ureta L Pilar et al . RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO COMO FACTOR DE RIESGO PARA MALFORMACIONES CONGÉNITAS. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2009 [citado 2019 Mayo 29]; 74(6): 366-371. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262009000600008&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262009000600008>.
13. Pérez Valdés Deborah, Castro Pérez Isaura, González Salvat Rosa María, Riverón Cobo Ana María, Fernández Gómez Janete. Factores de riesgos fetales en la restricción del crecimiento intrauterino en gestantes. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [Internet]. 2015 Dic [citado 2019 Mayo 29]; 41(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2015000400001&lng=es.
14. Planes de cuidados estandarizados de enfermería. Guías para la práctica. Servicio Vasco de Salud: Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco; pág 14. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/buen_gob_planes/es_def/djuntos/cuidadosEstandarizados.pdf
15. Sepúlveda S. Eduardo, Crispi B. Md. PHD. Fátima, Pons G. Andrés, Gratacos S. Md, Eduard. Restricción del crecimiento intrauterino. *Rev. Med. Clin Condes.* [Internet] 2014 Oct [citado 2019 Febrero 22]; 25(6) 958-963. Disponible en:

<https://www-sciencedirect-com.accedys2.bbt.k.ull.es/science/article/pii/S0716864014706443>