



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ENFERMERIA

**Dimensión Práctica del Examen Complexivo previo a la obtención
del grado académico de Licenciada en Enfermería.**

TEMA:

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN GESTANTE DE
34.5 SEMANAS CON AMENAZA DE PARTO PRETERMINO**

AUTOR:

KATTY JAZMIN SEGURA SILVA

TUTORA:

LCDA. MARITZA JIMENEZ SUAREZ

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2022

INDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
TITULO CASO CLINICO	IV
INTRODUCCION	V
I. MARCO TEÓRICO	1
1.1 AMENAZA DE PARTO PRETERMINO	1
1.1.1 ETIOLOGÍA	2
1.1.3 DIAGNOSTICO	3
1.1.4 TRATAMIENTO.....	4
1.1.5 EPIDEMIOLOGIA	5
1.2 JUSTIFICACION	7
1.3 OBJETIVOS.....	8
1.3.1 OBJETIVO GENERAL	8
1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	8
DATOS GENERALES	9
II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO	10
2.1 ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES	10
2.1.1 ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA	10
2.1.2 ANTECEDENTES.....	10
2.2 PRINCIPALES DATOS CLINICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (anamnesis)	11
2.3 EXAMEN FISICO	11
2.3.1 VALORACION CEFALOCAUDAL	11
2.3.2 SIGNOS VITALES.....	11
2.3.3 MEDIDAS ANTROPOMETRICAS.....	12
2.3.4 VALORACION POR PATRONES FUNCIONALES (M. GORDON)	12

2.3.5 PATRONES ALTERADOS.....	13
2.4 INFORMACION DE EXAMENES DE LABORATORIO REALIZADOS.....	13
2.5 DIAGNOSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO	15
2.6 ANALISIS Y DESCRPCION DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.....	15
2.7 INDICACION DE LAS RAZONES CIENTIFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES	18
2.8 SEGUIMIENTO	18
2.9 OBSERVACIONES.....	20
BIBLIOGRAFÍA	21

DEDICATORIA

Dedico este logro profesional al autor y dueño de mis días mi DIOS, a mis amados padres Lcdo. Pedro Segura Chang y Lcda. América Silva por su gran amor, esfuerzo, por mi formación académica y por enseñarme hacer fuerte ante cualquier circunstancia.

KATTY JAZMIN SEGURA SILVA

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por guiar mi camino e iluminar mi mente así ayudándome a superar obstáculos y dificultades durante la trayectoria de mi carrera. A mis padres y mis hijos por su ayuda incondicional. A la Lcda. Maritza Jiménez Suarez por su valiosa guía y colaboración.

Gracias a todas las personas que me ayudaron en la formación profesional.

KATTY JAZMIN SEGURA SILVA

TITULO CASO CLINICO

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN GESTANTE DE
34.5 SEMANAS CON AMENAZA DE PARTO PRETERMINO**

INTRODUCCION

El Parto pretérmino es un problema para la salud pública de todo el mundo. Se calcula que nacen en el mundo anualmente 13.000.000 de niños antes del término.

En nuestro país las cifras se mantienen alrededor del 8,0% en los últimos tres años habiéndose registrado una MI de 12,1 por mil nacidos vivos en el año 2009. Debe entenderse al parto pretérmino como una enfermedad multifactorial. Estos factores se conjugan en forma sucesiva y simultánea para desencadenar el NP y pueden variar no solo entre distintas gestantes sino también en los embarazos sucesivos de la misma embarazada.

Se presentan tres entidades clínicas bien definidas relacionadas con el PP: 1. Rotura prematura de membranas (RPM) (30%).
2. Nacimiento pretérmino indicado por causas maternas o fetales (40%).
3. Parto pretérmino con membranas íntegras o idiopático (30%). (Cristina M. Laterra, 2011)

En este caso clínico trataremos de una gestante de 34.5 semanas con diagnóstico médico de Amenaza de parto pretérmino, su estudio fue ejecutado en el cantón Yaguachi de la Provincia del Guayas en el Hospital Yaguachi.

Una vez ingresada la paciente en esta casa de salud, el personal médico y enfermero determinaron las pautas apropiadas a seguir para el tratamiento de la patología, el personal de enfermería aplicó la valoración, realizando los cuidados respectivos basándonos en la taxonomía NANDA, NIC Y NOC donde determinaremos un correcto diagnóstico enfermero, intervenciones y resultados que ayuden en la pronta recuperación del paciente.

Aplicamos la valoración de los patrones funcionales de la teorizante Marjory Gordon, para brindar mejor calidad de vida durante el tratamiento de la paciente en esta casa hospitalaria.

I. MARCO TEÓRICO

1.1 AMENAZA DE PARTO PRETERMINO

Un nacimiento prematuro se define comúnmente como aquel que ocurre después de las 20 semanas de gestación y antes de finalizar las 37 semanas, independientemente del peso al nacer.

De la misma manera, Amenaza de Parto Pretérmino (APP) consiste en la presencia de contracciones uterinas regulares en este mismo rango de tiempo, asociado a cambios progresivos del cérvix, tales como dilatación y borramiento característicos.

La prematuridad constituye una de las principales causas de morbimortalidad neonatal y es responsable de un gran porcentaje de secuelas infantiles.

Constituye aproximadamente el 70% de la mortalidad perinatal y el 75% de la morbilidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que el 9,6% de todos los nacimientos en 2005 fueron prematuros. Sin embargo, se debe recalcar que se ha producido un descenso de la tasa de nacimientos prematuros; ya que se disminuyó a 12,7% en 2007, 12,3% en 2008 y 12,1% en 2009. Esta disminución se explica por la mejora de las prácticas de fertilidad que reducen el riesgo de gestaciones múltiples y el aumento en el uso de estrategias para prevenir el parto prematuro recurrente.

Un dato que se debe recordar es que los afroamericanos tienen tasas de nacimientos prematuros casi dos veces mayores que otros grupos étnicos. Es importante tener en cuenta que la sintomatología de la amenaza de parto pretérmino (APP) es muy imprecisa y muchos de estos síntomas han sido asignados de manera empírica a parto prematuro inminente.

El parto pretérmino es un problema para la salud pública a nivel mundial, ya que conlleva complicaciones neonatales a corto plazo, como depresión al nacer, síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia intraventricular, sepsis, trastornos metabólicos, enterocolitis necrotizante, ductus arterioso persistente, displasia broncopulmonar o apneas. A largo plazo se dan parálisis cerebral, retraso mental, compromiso de visión y pérdida de audición.

Por consiguiente, la sobrevivencia neonatal es dependiente de la madurez del neonato y aumenta progresivamente con la edad gestacional, por lo que cada día impacta

críticamente y disminuye el riesgo de mortalidad y complicaciones. (Gabriela Quirós González, 2006)

1.1.1 ETIOLOGÍA

Tradicionalmente, las causas de parto prematuro se han agrupado en tres grandes grupos:

- Iatrogénico (por indicación médica, el parto debe ocurrir antes del término del embarazo, por ejemplo: patología materna)
- Secundario a Rotura Prematura de Membranas (RPM)
- Idiopático (sin causa aparente)

Respecto del parto prematuro idiopático y secundario a RPM, en forma reciente se ha modificado el concepto del parto prematuro hacia un síndrome, que obedece a diferentes causas que determinan una respuesta con liberación de mediadores bioquímicos y el desencadenamiento de las contracciones uterinas con modificaciones del cérvix uterino y/o RPM. (S. Jorge Andrés Robert, 2014)

1.1.2 SIGNOS Y SINTOMAS

Los signos y síntomas del parto prematuro comprenden los siguientes:

- Sensaciones regulares o frecuentes de endurecimiento del abdomen (contracciones)
- Dolor sordo, leve y constante en la espalda
- Sensación de presión en la pelvis o en la región inferior del abdomen
- Cólicos leves
- Manchado o sangrado vaginal leve
- Rotura prematura de las membranas: pérdida continua de líquido, en forma de chorro o goteo, después de que se rompa o se desgarre la membrana alrededor del bebé

- Cambio en el tipo de flujo vaginal (acuoso, con aspecto de mucosidad o sanguinolento) (Mayo Clinic , 2022)

1.1.3 DIAGNOSTICO

El proveedor de atención médica revisará tu historia clínica y los factores de riesgo del trabajo de parto prematuro, y evaluará tus signos y síntomas. Si tienes contracciones uterinas regulares y el cuello del útero ha comenzado a volverse más suave, delgado y abierto (dilatarse) antes de las 37 semanas de embarazo, es probable que te diagnostiquen trabajo de parto prematuro.

Las pruebas y los procedimientos utilizados para diagnosticar el trabajo de parto prematuro son los siguientes:

- **Examen pélvico.** El proveedor de atención médica puede evaluar la firmeza y la sensibilidad del útero, el tamaño y la posición del bebé. Siempre que no hayas roto bolsa y que la placenta no esté cubriendo el cuello del útero (placenta previa), el proveedor de atención médica también podría hacerte un examen pélvico para determinar si el cuello del útero ha comenzado a abrirse. Además, podría controlar si hay sangrado uterino.
- **Ecografía.** Puede usarse una ecografía transvaginal para medir la longitud del cuello del útero. También podría hacerse para verificar si existen problemas con el bebé o la placenta, confirmar la posición del bebé, evaluar el volumen de líquido amniótico y estimar el peso del bebé.
- **Control del útero.** El proveedor de atención médica puede usar un monitor uterino para medir la duración y la distancia entre las contracciones.
- **Análisis de laboratorio.** El proveedor de atención médica puede tomar una muestra de tus secreciones vaginales para detectar la presencia de determinadas infecciones y de fibronectina fetal, una sustancia que actúa como un adhesivo entre el saco fetal y el revestimiento del útero, y que se expulsa durante el trabajo de parto. Estos resultados se revisarán junto con otros factores de riesgo. Asimismo, proveerás una muestra de orina, que se analizará para detectar la presencia de ciertas bacterias. (Mayo Clinic , 2022)

1.1.4 TRATAMIENTO

Medicamentos:

Una vez que estás de parto, no hay medicamentos o procedimientos quirúrgicos para detener el trabajo de parto, excepto temporalmente. No obstante, el médico podría recomendarte los siguientes medicamentos:

- **Corticoesteroides.** Los corticoesteroides pueden ayudar a promover la madurez pulmonar de tu bebé. Si tienes entre 23 y 34 semanas, es probable que tu médico te recomiende corticoesteroides si cree que tienes un mayor riesgo de parto en los próximos uno a siete días. Tu médico también puede recomendarte esteroides si corres el riesgo de tener un parto entre 34 y 37 semanas.

Se podría repetir el tratamiento con corticoesteroides si estás embarazada de menos de 34 semanas, con riesgo de dar a luz dentro de los siete días, y si realizaste un tratamiento previo con corticoesteroides por más de 14 días anteriormente.

- **Sulfato de magnesio.** El médico podría ofrecerte sulfato de magnesio si corres riesgo alto de dar a luz entre la semana 24 y la 32 del embarazo. Algunas investigaciones han demostrado que podría reducir el riesgo de un tipo específico de daño al cerebro (parálisis cerebral) en bebés nacidos antes de las 32 semanas de gestación.
- **Tocolíticos.** Tu proveedor de atención médica podría darte un medicamento llamado tocolítico para retardar temporalmente las contracciones. Los tocolíticos pueden utilizarse durante 48 horas para retrasar el parto prematuro y así permitir que los corticosteroides proporcionen el máximo beneficio o, si es necesario, que te trasladen a un hospital que pueda proporcionar atención médica especializada a tu bebé prematuro.

Los tocolíticos no abordan la causa subyacente del trabajo de parto prematuro y en general no se ha demostrado que mejoren los resultados de los bebés. Tu proveedor de atención médica no te recomendará un tocolítico si tienes ciertas afecciones, como presión arterial alta inducida por el embarazo (preeclampsia).

Si no te hospitalizan, posiblemente tengas que programar consultas con el proveedor de atención médica todas las semanas o con mayor frecuencia, para que pueda controlar los signos y síntomas del trabajo de parto prematuro.

Procedimientos Quirúrgicos

Si tienes riesgo de parto prematuro debido a un cuello del útero corto, tu médico puede sugerir un procedimiento quirúrgico conocido como cerclaje cervical. Durante este procedimiento, el cuello del útero se cierra con suturas fuertes. Normalmente, las suturas se retiran después de 36 semanas completas de embarazo. Si es necesario, las suturas se pueden extraer antes.

El cerclaje cervical puede ser recomendado si tienes menos de 24 semanas de embarazo, si tienes un historial de nacimiento prematuro temprano, y si una ecografía muestra que el cuello del útero se está abriendo o que la longitud del cuello del útero es menor de 25 milímetros. (Mayo Clinic , 2022)

1.1.5 EPIDEMIOLOGIA

Durante el periodo de estudio en el Hospital Universitario se atendieron 302 eventos obstétricos, se puede caracterizar que solo 159 muestras eran con diagnóstico definitivo de Amenaza de Parto Prematuro con un 53%, de los cuales 42 pacientes culminaron en parto pretérmino 12%, se excluyeron 143 muestras que están dentro de la 27-37 semana de gestación, pero no presentaba diagnóstico de APP y que sin embargo fueron atendidas en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital con un 47%.

Estudios realizados tenemos que el Hospital Regional 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, 7.73 %. Hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima, 4,3%. En Estados Unidos, en 1981, representó 9.4% de los embarazos y, en 2005, 12.7%. (Villanueva, s/f.) En nuestro medio tenemos Hospital Enrique Garcés, en 1984-85: 5,54%, en 1986: 8,08%. Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, en 1981: 5,45%, en 1982: 7,93 %, en 1983: 6,06% en 1993: 8,32% y en el 95 fue 9,43%. (Yáñez, 1998) La presentación de parto pretérmino fue de 11, 33% en el Hospital Pablo Arturo Suárez de Quito en el 2006. Sin embargo, se debe destacar la calidad del

trabajo obstétrico de nuestro hospital puesto que de un universo de estudio de 159 pacientes respondieron adecuadamente al tratamiento 117 paciente y su embarazo concluyeron con productos a término.

Las patologías asociadas en orden decreciente fueron infecciones del tracto urinario 65 %, infecciones del tracto genital 13 %, oligohidramnios 7 %, ruptura prematura de membranas 4 %, pielonefritis 4% fistula amniótica 3 %, trastornos placentarios 2 %, traumatismo 1%, bradicardia fetal 1%. (Veloz, 2021)

1.2 JUSTIFICACION

La amenaza de parto pretérmino se define comúnmente como aquel que ocurre después de las 20 semanas de gestación y antes de finalizar las 37 semanas, independientemente del peso al nacer. (Gabriela Quirós González, 2006)

Debido a la alta demanda de mujeres embarazadas con esta patología en Ecuador se procedió a realizar este estudio de caso ya que durante el periodo de estudio en el Hospital Universitario se atendieron 302 eventos obstétricos, se puede caracterizar que solo 159 muestras eran con diagnóstico definitivo de Amenaza de Parto Prematuro con un 53%, de los cuales 42 pacientes culminaron en parto pretérmino 12%, se excluyeron 143 muestras que están dentro de la 27-37 semana de gestación, pero no presentaba diagnóstico de APP y que sin embargo fueron atendidas en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital con un 47%.

En este caso clínico trataremos de una paciente de sexo femenino gestante de 34.5 semanas la cual fue ingresada al Hospital Básico José Ruiz Cevallos, donde tuvo la adecuada atención por parte del personal médico y de enfermería.

El personal de enfermería, aplico el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) donde se realizó un correcto diagnóstico, intervenciones y resultados que ayudaron con la mejoría de la paciente.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

- ✓ Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería en gestante de 34.5 semanas con diagnóstico médico de amenaza de parto pretérmino en el Hospital Básico José Ruiz Cevallos del Cantón Yaguachi

1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✓ Valorar el paciente cefalocaudal bajo las técnicas de recolección de datos.
- ✓ Diagnosticar la patología del paciente a través de la taxonomía NANDA
- ✓ Identificar patrones alterados mediante la valoración física.
- ✓ Ejecutar cuidados de enfermería durante la estancia hospitalaria de la paciente.
- ✓ Evaluar los resultados y las intervenciones realizadas al paciente.

DATOS GENERALES

NOMBRE: NN

APELLIDO: NN

SEXO: Femenino

RAZA: Mestizo

GRUPO SANGUINEO: O Rh+

RELIGION: católica

EDAD: 24 años

LUGAR DE NACIMIENTO: Yaguachi – Guayas – Ecuador

RESIDENCIA: Yaguachi

NIVEL SOCIECONOMICO: Bajo

CEDULA: 09253868**

II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

2.1 ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES

2.1.1 ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA

Recibo en el área de emergencia del Hospital Básico Yaguachi a paciente de sexo femenino de 24 años de edad con embarazo de 34.5 semanas de gestación por FUM, refiere que hace 3 horas presenta dolor en la zona abdominal, al momento de la valoración se visualiza mucosidad, secreción y sangre, refiere sentir dolor intenso, es valorada por médico de guardia quien admite su ingreso a sala de observación.

2.1.2 ANTECEDENTES

ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES

- CLINICO: amenaza de aborto en primer embarazo
- QUIRURGICO: No refiere
- TRAUMATOLOGICO: No refiere
- ALERGIAS: No refiere

Antecedentes ginecológicos

- **Menarquia:** 14 años
- **Ciclos:** regulares
- **Síntomas acompañantes:** cólicos menstruales
- **Enfermedades de transmisión sexual:** no refiere

Antecedentes obstétricos

- **Gesta:** 1 **Parto:** 0 **Cesaría:** 0 **Aborto:** 0
- **FUM:** 13/05/12
- **Controles:** 3 controles
- **Eco:** 2

ANTECEDENTES FAMILIARES

PADRE: Hipertenso

MADRE: No refiere

HERMANOS: No refiere

ANTECEDENTES QUIRURGICOS

- No refiere

ANTECEDENTES ALERGICOS

- No refiere

2.2 PRINCIPALES DATOS CLINICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (anamnesis)

Recibo en el área de emergencia del Hospital Básico Yaguachi a paciente de sexo femenino de 24 años de edad con embarazo de 34.5 semanas de gestación por FUM, refiere que hace 3 horas presenta dolor en la zona abdominal, al momento de la valoración se visualiza mucosidad, secreción y sangre, refiere sentir dolor intenso, es valorada por médico de guardia quien admite su ingreso a sala de observación.

2.3 EXAMEN FISICO

2.3.1 VALORACION CEFALOCAUDAL

Cabeza: Normo cefálica

Piel: Hidratadas

Cuello: Sin adenopatías

Tórax: Simétrico, con buena expansibilidad, latidos cardiacos normales 75x', no soplos

Mamas: Simétricas, normales turgentes

Extremidades superiores e inferiores: Normal, sin presencia de edema.

EXAMEN GINECO OBSTETRICO

Abdomen: Globoso debido a gestación, ruidos hidroaéreos presentes, se realiza maniobra de Leopold, feto único, situación longitudinal, dorso derecho, presentación cefálica, no encajamiento

2.3.2 SIGNOS VITALES

- **Presión Arterial:** 125/70
- **Frecuencia Cardiaca:** 77x'
- **Frecuencia Respiratorio:** 18x'

- **Saturación de Oxígeno:** 99%
- **Temperatura Axilar:** 37
- **Pupilas:** Isocóricas, reactivas a la luz
- **Reflejos:** presentes
- **Frecuencia cardíaca fetal:** 138 – 145 latidos por minuto

2.3.3 MEDIDAS ANTROPOMETRICAS

- **Peso:** 42 Kg
- **Talla:** 154 cm

2.3.4 VALORACION POR PATRONES FUNCIONALES (M. GORDON)

1. Percepción / Manejo de Salud

Paciente refiere que no consume drogas, ingiere bebidas alcohólicas, vacunas completas, refiere dolor y se observa secreción vaginal.

2. Nutricional y Metabólico

Paciente no tiene buena alimentación debido al malestar que siente, tiene una temperatura de 37 ° C, con piel y mucosas deshidratadas.

3. Eliminación

Refiere que la micción es normal, realiza deposiciones 1 vez al día, presenta salida de líquido mucoso y sanguinolento.

4. Actividad / Ejercicio

No realiza actividad física.

5. Sueño / Descanso

Paciente presenta problemas de sueño debido al embarazo.

6. Cognitivo / Perceptual

Se encuentra orientado en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15

Se encuentra preocupada por su estado de salud.

7. Autocontrol / Auto concepto

Sin alteraciones presentes.

8. Rol y Relaciones

Buenas relaciones con su entorno familiar, esposo y amigos

9. Sexualidad / Reproducción

Genitales correctamente implantados, un embarazo previo y 0 abortos.

10. Adaptación / Tolerancia al Estrés

Paciente se encuentra pasando cuadros de estrés y ansiedad ya que es su segundo embarazo con el mismo antecedente.

11. Valores y Creencias

Refiere ser testigo de Jehová.

2.3.5 PATRONES ALTERADOS

- Percepción/ Manejo de Salud
- Nutricional/ Metabólico
- Eliminación
- Sueño / Descanso
- Adaptación/ Tolerancia al Estrés

2.4 INFORMACION DE EXAMENES DE LABORATORIO REALIZADOS

Exámenes	Resultado	Unidad	Rango referencial
HEMOGRAMA			
Leucocitos	13.44	10 ³ /uL	4 - 12
Hematíes	3,9	x 10 ⁶ /uL	3.5 – 5.2
Hematocrito	36,8	%	36.0 – 45.0 %
Hemoglobina	12.6	g/dl	12 - 16
MCV (Volumen Corpuscular Medio)	82.7	fL	80 – 100
MCH (Hemoglobina Corpuscular Media)	26.2	Pg	27 – 34
MCHC (Concentración de Hemoglobina Corpuscular Media)	32.0	g/dl	31 - 37
Plaquetas	282	10 ³ /uL	100 – 300
VPM (Volumen Plaquetario Medio)	7.2	fL	6.5 – 12
Neutrofilos %	52,8	%	50 – 70
Linfocitos %	23.1	%	20 – 40
Monocitos %	6.1	%	3 – 10
Eosinofilos %	2.5	%	0.5 – 5
Basofilos %	0.6	%	0 - 1

GRUPO SANGUINEO	O		
FACTOR RH	POSITIVO		

Glucosa	105	mg/dlg	60-100
Urea	26	mg/dlg	10-40
Creatinina	0.7	mg/dlg	0.6 a 1.1
Ácido Úrico	3.6	mg/dlg	2,4-6,0

Uroanálisis

Color	Amarillo
Densidad	Ligeramente turbio
PH	6.8
Leucocitos	+
Sangre	+
Proteínas	+

EXAMEN GINECO OBSTÉTRICO

Altura uterina: 32 cm.

Dinámica uterina: 0

Latidos cardíofetales: 185 por minuto,

Movimientos fetales activos: ++, Tono normal.

Placenta: adecuadamente implantada

Útero: con tonalidad normal

Maniobras de Leopold: feto único, situación longitudinal, dorso derecho, presentación cefálica, no encajamiento.

Tacto vaginal: No se realizó

Dilatación: 0 cm.

Ecodoppler fetal: Normal, no circular de cordón umbilical

2.5 DIAGNOSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO

- **DIAGNOSTICO PRESUNTIVO**

Dolor Abdominal

- **DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**

Falso trabajo de parto

- **DIAGNOSTICO DEFINITIVO**

Amenaza de Parto Pretérmino

2.6 ANALISIS Y DESCRPCION DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.

- **BIOLOGICA:** Control de signos vitales.
- **FISICA:** Valorar signos de alarma
- **AMBIENTALES:** El ambiente en el que vive el paciente es agradable
- **SOCIALES:** Paciente se encuentra con preocupación por su salud y la de su bebe.

NANDA:
NOC:
NIC:

Dx: Dolor Agudo 00132

R/C: Contracción Uterina

E/P: Expresión facial, diaforesis

Dominio: Confort

Clase: Confort físico

Etiqueta: dolor agudo

Campo: Fisiológico Básico

Clase: Fomento de la comodidad física

Etiqueta: Manejo de dolor

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Dolor referido				x	
inquietud					X
Expresión facial				x	

ACTIVIDADES

1. Control de signos vitales.
2. Realizar valoración exhaustiva del dolor que debe incluir localización, Características, aparición – duración, frecuencia intensidad y factores desencadenantes.
3. Observar signos no verbales de molestias
4. Asegurarse que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
5. Brindar cuidado y confort

M
E
T
A
S

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E

NANDA:
NOC:
NIC:

Dx: Riesgo de la diada materno/fetal

R/C: Proceso de hospitalización e incertidumbre acerca de su condición de salud y la de su bebé.

Dominio: Sexualidad

Clase: Reproducción

Etiqueta: Riesgo de la diada materno fetal

Campo: Familia

Clase: Cuidado de un nuevo bebe

Etiqueta: Cuidado del embarazo de alto riesgo

E/P: Expresión facial, dolor, sequedad bucal, insomnio, debilidad.

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Impaciencia				X	
Inquietud					X
Ansiedad verbalizada				X	
Trastorno del sueño					X

ACTIVIDADES

1. Control de signos vitales
2. Instruir a la paciente en técnicas de autocuidado para aumentar las posibilidades de un resultado saludable.
3. Instruir a la paciente sobre el uso de fármacos prescritos.
4. Brindar cuidado y confort.
5. Enseñar a controlar los movimientos fetales..

M
E
T
A
S

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E

2.7 INDICACION DE LAS RAZONES CIENTIFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES

La amenaza de parto pretérmino ocurre después de las 20 semanas de gestación y antes de finalizar las 37 semanas, en el Ecuador existe un alto índice de mujeres embarazadas que presentan esta patología.

En este estudio de caso aplicamos la valoración de enfermería por medio de patrones funcionales de la teoría de Marjory Gordon, se realizó el proceso de atención de enfermería (PAE), de esta manera podemos desglosar de manera correcta las intervenciones que vamos a realizar con la gestante con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino.

2.8 SEGUIMIENTO

Ingreso: Día 1

Recibo paciente de sexo femenino 24 años de edad, gestante con 34,5 semanas comprobado a través de ecografía abdominal, ingresa en compañía de su esposo a través del área de emergencias del Hospital Básico Yaguachi, diagnosticada con embarazo de parto pretérmino, en estado de conciencia alerta, responde ordenes, se controló los signos vitales: presión arterial 125/74 mm/Hg, frecuencia cardíaca 77 latidos por minutos, saturación de oxígeno 97 %, temperatura 37 °C, frecuencia respiratoria 18 respiraciones por minuto, glicemia capilar de 105 mg/dl.

Se brindaron cuidados oportunos de enfermería, asegurando vía aérea permeable, examen físico completo, canalización de vía endovenosa periférica permeable por donde se administró la medicación. Se controló score mama, cada ocho horas. Paciente es admitida para ingreso a la sala de ginecología. Se envía toda la documentación a personal encargado de área. Paciente pasa sin novedades y hemodinámicamente estable.

Actividades de enfermería realizadas:

- ✓ Se colocó al paciente en posición de cubito lateral izquierdo para mejorar el estado de dolor

- ✓ Se monitorizó signos vitales y score mama cada 8 horas
- ✓ Se le administra toda la medicación prescrita
- ✓ Se vigila todo tipo de sangrado

Día 2:

Recibo paciente de sexo femenino 24 años de edad, gestante con 34,5 semanas comprobado a través de ecografía abdominal, diagnosticada con embarazo de parto pretérmino, durante la guardia permanece tranquila, orientada en tiempo espacio y persona, alerta, activa a los manejos, se brindan cuidados oportunos de enfermería. Se realiza baño asistido, se administra toda la medicación prescrita. Paciente con mejoría clínica y reposo permanente, médico especialista valora con exámenes de laboratorio y nueva ecografía abdominal, demostrando una mejoría notable, por lo que el médico recomienda que a partir del día de mañana la paciente preferiblemente puede guardar reposo en su casa. Paciente queda hemodinámicamente estable, bajo el cuidado y supervisión de enfermería, se comunican las novedades a médico de guardia.

Actividades de enfermería realizadas:

- ✓ Se colocó al paciente en posición de cubito lateral izquierdo para mejorar el estado de dolor
- ✓ Se monitorizó signos vitales y score mama cada 8 horas
- ✓ Se le administra toda la medicación prescrita
- ✓ Se vigila todo tipo de sangrado

Día 3:

Recibo paciente de sexo femenino 24 años de edad, gestante con 34,5 semanas en su tercer día de hospitalización, diagnosticada con embarazo de parto pretérmino, se mantiene consciente, orientada, alerta, hemodinámicamente estable con notoria mejoría clínica. Paciente de acuerdo a valoración médica y de enfermería puede ser dada de alta para recibir cuidados paliativos en su caso y pase a primer nivel de atención para su debido seguimiento. Se le administra toda la medicación prescrita. Se retira catéter endovenoso. Se entrega medicación para la casa y sus debidas prescripciones. Se indican cuidados para la salud.

La paciente mantiene en su casa reposo absoluto, es atendida en primer nivel de atención, logra completar su embarazo a término y se le practica una cesárea instrumentada con feto único vivo, cumpliendo así con su mejoría clínica.

2.9 OBSERVACIONES

Paciente estable en sus 3 esferas, se mostró interesada en conocer sobre la patología que estaba atravesando y el personal de enfermería se encarga de brindarle la educación respecto a su patología, tratamiento y las complicaciones que se dan.

Durante su estancia hospitalaria paciente fue colaborativa con el personal de salud.

CONCLUSIONES

La amenaza de parto pretérmino es una de las complicaciones más comunes durante la etapa de gestación, esta patología se puede desarrollar a partir de la semana 20 y finalizar en la semana 37 de embarazo.

Durante la estancia hospitalaria de la paciente se cumplió con brindar un diagnóstico acertado y rápido, se brindó el tratamiento adecuado para la mejoría de la paciente y su bebe, se brindó los cuidados de enfermería basándonos en la taxonomía NANDA, NIC Y NOC.

BIBLIOGRAFÍA

Cristina M. Laterra, S. S. (2011). *Guía de práctica clínica: AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO*.

Gabriela Quirós González, R. A. (2006). Amenaza de Parto Pretermino. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD* .

Mayo Clinic . (08 de Febrero de 2022). Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/preterm-labor/symptoms-causes/syc-20376842>

Mayo Clinic . (08 de Febrero de 2022). Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/preterm-labor/diagnosis-treatment/drc-20376848>

S. Jorge Andrés Robert, B. J. (2014). Protocolo de manejo en pacientes con amenaza de parto prematuro . *Revista Medica Clinica Los Condes* , 953-957.

Veloz, J. M. (2021). *Causas mas frecuentes de amenaza de parto pretermino* . Guayaquil : Saberes del Conocimiento.

ANEXOS

Anexo 1



Anexo 2

Control de paciente



Document Information

Analyzed document	KATTY SEGURA SILVA URKUND.docx (D142195780)
Submitted	2022-07-19 04:30:00
Submitted by	
Submitter email	loterot@utb.edu.ec
Similarity	9%
Analysis address	loterot.utb@analysis.orkund.com

Sources included in the report
