



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERIA (REDISEÑADA)**

**EXAMEN DE CARÁCTER COMPLEXIVO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA**

TEMA DEL CASO CLÍNICO

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN GESTANTE DE 26 SEMANAS
CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO POR INCOMPETENCIA CERVICAL
UTERINA.

AUTOR

SALAZAR ECHEVERRIA CAMILA ALEXANDRA.

TUTOR

LIC. MONCAYO FUENTES JULIANA JENNY.

BABAHOYO – LOS RÍOS – ECUADOR.

2024 – 2025

AGRADECIMIENTO

Comienzo agradeciendo en primer lugar a Dios por darme la salud, sabiduría y sobre todo la fortaleza que me han permitido llegar hasta esta etapa de mi vida universitaria ya próxima profesional, agradezco mucho a mis padres por siempre inculcarme lo mejor e incentivarme a seguir adelante, pero en especial a mi madre que siempre ha dado todo su apoyo y tiempo incondicional, a mi esposo por siempre motivarme a seguir adelante y nunca dejarme sola durante todo este proceso.

A todos y cada uno de los docentes que aportaron conocimiento y saberes que han permitido desarrollar me de mejor manera hasta llegar aquí.

A mi querida tutora la Lcda. Juliana Moncayo Fuentes por su dedicación y compromiso y por cada conocimiento compartido motivándonos siempre a ser mejores.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo hecho realizado con mucho esfuerzo y dedicación a mis padres José y Vilma, a mis hijas Alana y Alessia son la razón de este logro ya que son ellos un pilar fundamental en mi vida.

A mi esposo Alan por siempre creer en mí, nunca dejarme sola y siempre motivarme a ser una gran profesional, por nuestra familia, nuestro hogar.

Esto es para mi familia que siempre me alentó en especial a mi hermana, Jessenia que recorrimos este camino juntas hasta llegar a este momento esperado. Por creer y confiar tanto en mí, hoy este estudio de caso es dedicado a cada uno de ustedes y no me queda mas que agradecerles por todo.

APROBACIÓN DEL TUTOR



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

Babahoyo, 30 de noviembre del 2024

Lcda. Marilú Hinojosa Guerrero.
COORDINADORA DE TITULACION CARRERA DE ENFERMERIA
FACULTAD CIENCIA DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
Presente.

De mi Consideración:

Por medio de la presente, YO CAMILA ALEXANDRA SALAZAR ECHEVERRIA, con C.I. 0953934163 Estudiante de la carrera de Enfermería de la Malla Rediseño de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, del Proceso de titulación en la Modalidad EXAMEN DE CARÁCTER COMPLEXIVO , con el debido respeto me dirijo a usted de la manera más comedida para hacerle la entrega de la propuesta del TEMA DE CASO CLINICO PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN GESTANTE DE 26 SEMANAS DE GESTACIÓN CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO POR INCOMPETENCIA CERVICAL UTERINA. El mismo que fue aprobado por el DOCENTE ACADEMICO: LCDO VICTOR SELLAN solicitamos a usted muy respetuosamente nos apruebe el tema como Docente Tutor: Lcda. Juliana Moncayo Fuentes para iniciar en el proceso de Titulación, del 2do periodo del 2024.

Espero que mi petición tenga la acogida favorable, anticipa mis más sinceros agradecimientos.

Atentamente

Camila Salazar E.
ESTUDIANTE EGRESADO

Juliana Moncayo Fuentes
DOCENTE TUTOR (IT)

Recibido
[Firma]

INFORME FINAL DEL SISTEMA ANTI-PLAGIO



CERTIFICADO DE ANÁLISIS
magister

CAMILA SALAZAR

7%
Textos sospechosos



- 6% Similitudes
< 1% similitudes entre comillas
< 1% entre las fuentes mencionadas
- 5% Idiomas no reconocidos (ignorado)
- < 1% Textos potencialmente generados por IA

Nombre del documento: CAMILA SALAZAR.docx
ID del documento: ef7b73d6ced5271ef2ac8ca140982b8404d6f4fb
Tamaño del documento original: 78,4 kB
Autores: []

Depositante: TAYRY NOHELIA MORA TORRES
Fecha de depósito: 25/2/2025
Tipo de carga: interface
fecha de fin de análisis: 25/2/2025

Número de palabras: 7316
Número de caracteres: 51.508

Ubicación de las similitudes en el documento:



Fuentes principales detectadas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	TRABAJO FINAL MELANNIE COLCHA.pdf TRABAJO FINAL MELANNIE COLCH... #fb32dd El documento proviene de mi grupo 4 fuentes similares	1%		Palabras idénticas: 1% (97 palabras)
2	dspace.utb.edu.ec http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/17467/E-UTB-FCS-ENF-R-000882.pdf?sequence...	1%		Palabras idénticas: 1% (91 palabras)
3	revista.excedinter.com https://revista.excedinter.com/index.php/rtest/article/view/46#:~:text=La incompetencia cervical ... 7 fuentes similares	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (69 palabras)
4	dspace.utb.edu.ec Proceso de atención de enfermería en adolescente de 16 años c... http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/49000/10412/3/E-UTB-FCS-ENF-000546.pdf.txt 3 fuentes similares	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (53 palabras)
5	www.redalyc.org https://www.redalyc.org/pdf/7217/721778122017.pdf 2 fuentes similares	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (36 palabras)

Fuentes con similitudes fortuitas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	dx.doi.org Amenaza de parto prematuro predicción prevención y manejo http://dx.doi.org/10.26820/recimundo/6.(3).junio.2022.393-408	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (35 palabras)
2	Documento de otro usuario #ee420f El documento proviene de otro grupo	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (34 palabras)
3	Documento de otro usuario #ce3e3d El documento proviene de otro grupo	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (25 palabras)
4	dspace.unach.edu.ec http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/9694/1/Villalba Correa, K(2022)Manejo de la amena...	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (24 palabras)
5	iris.paho.org https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53940/9789974860247_spa.pdf?sequence=1ytsAll...	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (16 palabras)

Fuentes mencionadas (sin similitudes detectadas) Estas fuentes han sido citadas en el documento sin encontrar similitudes.

- <https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/6242ead86f171art4.pdf>
- <https://www.reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/download/1007/1479>
- <https://revistas.utm.edu.ec/index.php/QhaliKay/article/download/2707/2798/9224>
- <https://www.inmp.gob.pe/institucional/guias/1590593033>
- <https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/1831/2184>



firmado electrónicamente por:
JENNY JULIANA
MONCAYO FUENTES

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	I
RESUMEN	II
ABSTRACT	III
CASO CLÍNICO	1
1. Planteamiento del problema.....	1
1.1 Datos generales del paciente.....	1
1.2 Análisis de motivo de consulta	1
1.3 Antecedentes personales del paciente.....	2
1.4 Principales datos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).	2
1.5 Examen valoración cefalocaudal.....	3
1.5.1 Exámenes complementarios	4
2. Justificación.....	6
3. Objetivos	7
3.1 Objetivo general	7
3.2 Objetivos específicos	7
4. Línea de Investigación	7
5. MARCO CONCEPTUAL - MARCO TEÓRICO: ANTECEDENTES Y BASES TEÓRICAS	8
5.1 AMENAZA DE PARTO PREMATURO	8
5.2 Epidemiología	9
5.3 Fisiopatología	10
5.4 Signos y síntomas.....	11
5.5 Factores de riesgos	11
5.6 Exámenes de laboratorio y diagnostico	12
5.7 Tratamiento	13
5.8 Complicaciones.....	13
6. INCOMPETENCIA CERVICAL UTERINA	14
6.1 Epidemiología	15
6.2 Fisiopatología	15
6.3 Signo y síntomas.....	16
6.4 Factores de riesgos	17
6.5 Exámenes de laboratorios y complementarios	17
6.6 Tratamiento	18
6.7 Complicaciones.....	18
7. MARCO METODOLÓGICO	19

7.1	Valoración según la teorizante a utilizar y aplicación del proceso atención de enfermería basado en un caso real.....	19
7.2	Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.	21
7.3	Formulación del diagnóstico enfermero	21
7.4	Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.....	22
7.5	Indicación de las razones científicas de las acciones de la salud, considerando valores normales.....	26
8.	Resultados	27
8.1	Descripción de los resultados obtenidos.....	27
8.2	Seguimiento del plan de cuidados	27
8.3	Observaciones.....	31
9.	Discusión de los resultados.....	32
10.	CONCLUSIONES	33
	RECOMENDACIONES	34
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	35
	ANEXOS	38

INTRODUCCIÓN

Se define como amenaza de parto prematuro a la aparición de actividad uterina regular acompañado de modificaciones cervicales progresivas desde la semana 22 hasta 36 semanas con una dilatación igual o mayor a 2 centímetros (Iza & Bustillos, 2022).

Las manifestaciones clínicas se basan en las contracciones, dolor pélvico abdominal, hemorragia vaginal, expulsión del tapón mucoso, leucorrea y hidrorrea, (Martinez, Morales, & Rosales, 2022). Los exámenes de laboratorio que se pueden realizar para detectar una amenaza de parto prematuro es a través del hemograma, proteína C-reactiva, ecografía, ultrasonido transvaginal del cuello uterino, y exudado cérvico-vaginal para fibronectina fetal (Shennan & Girling, 2024).

Por otro lado, la incompetencia cervical es una afección que se caracteriza por la dilatación progresiva del cuello uterino en ausencia de contracciones uterinas. Esto provocará en la gestante una serie de manifestaciones clínicas como sangrado transvaginal, leucorrea, hidrorrea, dolor pélvico abdominal.

El presente estudio de caso tiene como objetivo aplicar el Proceso Atención de Enfermería en gestante de 26 semanas con amenaza de parto prematuro por incompetencia cervical. Donde tras valoración general y por patrones funcionales por parte del personal de enfermería se pudo gestionar de manera eficiente los patrones funcionales alterados de Marjory Gordon, utilizando como herramienta de apoyo las taxonomías NANDA, NIC y NOC para evitar complicaciones irreversibles en la diada materno – fetal durante la estancia hospitalaria de la paciente.

RESUMEN

El presente estudio de caso clínico está aplicado en paciente de sexo femenino con 26 semanas de gestación por FUM, por presentar cuadro clínico de hemorragia vaginal evidenciándose 30ml en toalla sanitaria, dolor pélvico abdominal tipo contracciones más dolor lumbar, leucorrea blanca, ligeramente espesa y sin olor fétido, hidrorrea y astenia. Se canaliza vía periférica para administración de tratamiento farmacológico. Se realizó valoración cefalocaudal donde se comprueba producto único vivo, longitudinal cefálico, dorso derecho y movimientos fetales presentes, y se identificaron los patrones funcionales alterados de Marjory Gordon que estaban comprometiendo es estado materno – fetal. Los cuales fueron tratados de inmediato por el personal de enfermería por medio del Proceso Atención de Enfermería y sus taxonomías NANDA, NOC Y NIC. También se realizaron exámenes como hemograma y ecografía pélvica abdominal para poder determinar el estado del producto. Gestante queda hospitalizada en el área de ginecología, para proporcionarle un mayor control y cuidados de enfermería durante su hospitalización.

Palabras claves: Hemorragia uterina, dolor pélvico, trabajo de parto prematuro, recuento de células sanguíneas, incompetencia cervical.

ABSTRACT

This clinical case study is applied to a female patient with 26 weeks of gestation due to LMP, who presented a clinical picture of vaginal bleeding showing 30 ml in a sanitary pad, abdominal pelvic pain with contractions plus lower back pain on the EVA scale of 8/10, leucorrhea, hydorrhea and asthenia. A peripheral line was placed for the administration of pharmacological treatment. A cephalocaudal assessment was performed, where a single live product was confirmed, cephalic longitudinal, right back and fetal movements were present, and altered functional patterns of Marjory Gordon were identified, which were compromising the maternal-fetal status. These were treated immediately by the nursing staff through the Nursing Care Process and its NANDA, NOC and NIC taxonomies. Tests such as a complete blood count and abdominal pelvic ultrasound were also performed to determine the status of the product. The pregnant woman was hospitalized in the gynecology area, to provide her with greater control and nursing care during her hospitalization.

Key words: Uterine bleeding, pelvic pain, preterm labor, blood cell count, cervical incompetence.

CASO CLÍNICO

1. Planteamiento del problema

1.1 Datos generales del paciente

• Nombre y apellidos	NN. NN
• Número de historia clínica	120XXXX064
• Edad	22 años
• Sexo	Femenino
• Lugar de nacimiento	Babahoyo, Los Ríos
• Fecha de nacimiento	01/Mayo/2003
• Etnia	Mestiza
• Estado civil	Soltera
• Lugar de residencia	La PJ
• Nivel de estudios	Secundaria
• Ocupación	Ama de casa
• Nivel sociocultural/Económico	Bajo
• Grupo sanguíneo	RH O+
• Religión	Católica
• Edad gestacional	26 semanas de gestación
• Diagnóstico definitivo	Amenaza de aborto más incompetencia cervical uterina.

Fuente: Información del formulario, 002. Datos generales del paciente.

1.2 Análisis de motivo de consulta

Paciente de sexo femenino de 22 años de edad con embarazo de 26 semanas de gestación acude a esta unidad hospitalaria por el área de emergencia en compañía de su madre por presentar cuadro clínico \pm 12 horas de evolución caracterizado por hemorragia vaginal evidenciándose 30ml en toalla sanitaria, dolor pélvico abdominal tipo contracciones más dolor lumbar, leucorrea blanca, ligeramente espesa y sin olor fétido, hidrorrea y astenia.

1.3 Antecedentes personales del paciente

Antecedentes alérgicos	<ul style="list-style-type: none">• No refiere
Antecedentes quirúrgicos	<ul style="list-style-type: none">• 1 legrado en el primer embarazo
Antecedentes patológicos personales	<ul style="list-style-type: none">• 2 abortos espontáneos
Antecedentes patológicos familiares	<ul style="list-style-type: none">• Madre: Diabetes Mellitus Tipo II
Antecedentes ginecológicos	<ul style="list-style-type: none">• Menarquia: 12 años• Ciclos menstruales: regulares• Inicio de vida sexual: 17 años.• Gestas: 3 Cesáreas: 0 Aborto: 3• Infección de transmisión sexual: No refiere.• Edad gestacional: 26 semanas por FUM• Nº controles prenatales: 3• Nº ecografías: 2• Inmunizaciones: 1 dosis de antitetánica.• Métodos anticonceptivos: No refiere.• Hospitalización anteriores: Sí.
Monitorización del producto	<ul style="list-style-type: none">• Feto: Único, vivo, Cefálico, dorso Izquierdo.• FCF: 140lpm.• Peso: 702 gramos.• ILA: Normal.• Placenta: Fúndica.

Fuente: Información del formulario, 003. Antecedentes personales del paciente.

1.4 Principales datos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).

Se recibe paciente de sexo femenino de 22 años de edad por presentar amenaza de parto prematuro con embarazo de 26 semanas de gestación por FUM presentando un cuadro clínico caracterizado por hemorragia vaginal evidenciándose 30ml en toalla sanitaria, con una aparición de hace aproximadamente 12 horas de dolor pélvico abdominal tipo contracciones que se irradia a la región lumbar, dolor intenso 8/10 en escala de EVA, dolor que aumenta estando de pie y disminuye en la posición decúbito lateral izquierdo, leucorrea blanca, ligeramente espesa y sin olor fétido, hidrorrea y astenia.

A la toma de signos vitales se comprueba presión arterial 123/71mmHg, frecuencia cardíaca 82lpm, frecuencia respiratoria 19rpm, temperatura corporal 36,5°C, saturación de oxígeno 97%, proteinuria (-) y score mama (0).

Al examen físico se evidencia abdomen globoso debido a gestación, ruidos hidroaéreos presentes. Se comprueba producto único vivo, longitudinal cefálico, dorso derecho, frecuencia cardíaca fetal de 148 latidos por minuto, movimientos fetales presentes, dinámica uterina a la palpación 2/10.

Se realiza canalización de vía periférica y se administra paracetamol 1gr IV para calmar los episodios del dolor. Se ordena realizar biometría hemática y ecografía pélvica abdominal. Paciente queda bajo vigilancia médica y cuidados de enfermería durante su estancia hospitalaria.

1.5 Examen valoración cefalocaudal

- **Piel:** Mestiza con turgencia y elasticidad conservada acorde a su edad.
- **Cabeza:** Simétrica. No se evidencia lesiones craneales.
- **Cabello:** largo, tonalidad café oscuro con buena distribución e implantación.
- **Cejas:** simétricas, bien implantadas con párpados simétricos y sin señales de edematización y pestañas de tamaño normal.
- **Ojos:** simétricos, color negro, conjuntiva palpebral y bulbar normo coloreada y pupilas isocóricas reactiva a la luz.
- **Nariz:** mucosas semihúmedas y sin perforaciones en su contorno.
- **Oreja:** Simétricas con perforaciones en ambas, conductos auditivos externos permeables. No se evidencia secreciones, pero sí algo de serumen.
- **Boca:** Mucosas húmedas, lengua saburral, labios semihidratados sin cicatrices, piezas dentarias completas sin presencia de caries, pero con calzas dentales en muelas e hidratada sin presencia de lesiones.
- **Cuello:** Normal y sin alteración en el movimiento. No se presencia masas, ni ganglios linfáticos inflamados.
- **Tórax:** Simétrico con buena expansión torácica y ruidos cardíacos normales con frecuencia cardíaca: 82lpm.
- **Pulmones:** presencia de murmullo vesicular conservado, no se evidencian ruidos sobreañadidos. Frecuencia respiratoria: 19rpm.

- **Corazón:** Latidos cardiacos rítmicos normales (82lpm) y con presión arterial: 123/71mmHg.
- **Abdomen:** globuloso, depresible, doloroso a la palpación con mayor intensidad en zona pélvica. Se comprueba feto único, vivo, cefálico, dorso izquierdo con frecuencia cardiaca fetal de 140lpm.
- **Extremidades superiores:** Simétricas con movilidad normal y anatomía completa con presencia vía periférica permeable. No se observa edemas, ni lesiones en los dedos de ambas manos. Llenado capilar en menos de 3 segundos.
- **Genitourinario:** Región vulvar, labios mayores y menores sin anomalías, pero con presencia de hemorragia vaginal, leucorrea blanca, ligeramente espesa y sin olor fétido e hidrorrea.
- **Extremidades Inferiores:** simétricas, no edemas y con uñas cortas y bien conservadas.
- **Examen Neurológico:** Orientada en tiempo, espacio y persona con Glasgow: 15/15.

Medidas Antropométricas

- **Peso:** 72,2Kg
- **Talla:** 165cm
- **IMC:** 26,5 (sobrepeso)

Signos Vitales

- **Presión arterial:** 123/71 mmHg.
- **Frecuencia cardiaca:** 82xmin.
- **Frecuencia respiratoria:** 19rxmin.
- **Temperatura axilar:** 36.5°C
- **Saturación de Oxígeno:** 97%

1.5.1 Exámenes complementarios

BIOMETRIA HEMATICA / RESULTADOS DE EXAMENES

Exámenes	Resultados	Valores referenciales
Rec. Glóbulos rojos	4,58	4 – 6/uL
Hemoglobina	12.6	12 – 16g/dl
Hematocrito	37.30	37 – 54%

Volumen Corpuscular Medio	81.40	80 – 100um ³
Hemoglobina Corpuscular Medio (HCM)	27.50	27 – 31pg
Concentración de Hb. Corp. Media (CHCM)	33.8	30 – 36G/dL
Plaqueta	241	150 – 450x10 ⁹ /ul
Plaquetocrito	0.24	0.1 – 0.5%
Vol. Plaquetario medio (VPM)	9.90	7.4 – 11um ³
Glóbulos blancos	9.82	4 – 10UI
Linfocitos	16.70	25 – 40%
Neutrófilos	74.85	55 – 65%
Monocito	7.59	2 – 10%
Eosinófilos	0.67	0.5 – 5%
Basófilos	0.19	1 – 4.4%

Fuente: Resultados obtenidos de los exámenes de laboratorios del Hospital General Martín Icaza.

Análisis: Se observa leve infección debido que los Neutrófilos se encuentran elevados y los linfocitos por debajo de los valores normales. A pesar de la pérdida de sangre no se observa anemia, pero sus valores de hemoglobina están llegando al borde de los parámetros normales. Lo cual deberá ser tratado para evitar la anemia en el embarazo.

BIOQUIMICA – RESULTADOS DE EXAMENES

Exámenes	Resultados	Valores referenciales
Glucosa	85.1	70 – 110mg/dl
Urea	18.2	16.6 – 48.5mg/dl
Creatinina	0.79	0.5 – 1.2mg/dl
Ácido úrico	5.2	3.4 – 7mg/dl
Proteínas totales	6.81	6.6 – 8.7g/dl
Albumina	3.6	3.5 – 5.5g/dl
Globulina	3.21	2 – 3g/dl
Colesterol	265	0 – 200mg/dl
Triglicéridos	335.9	0 – 165mg/dl
TGO/AST	26.5	5 – 40U/L
TGP/ALT	10.1	5 – 41U/L

Fuente: Resultados obtenidos de los exámenes de laboratorios del Hospital General Martín Icaza.

Análisis: Se observa que los niveles de colesterol y triglicéridos se encuentran elevados, por lo cual, deberá consumir una dieta saludable basada en alimentos ricos en fibra y bajos en grasas saturadas.

2. Justificación

La incompetencia cervical (IC) se caracteriza por la dilatación progresiva del cuello uterino en ausencia de contracciones uterinas. Esta patología es uno de los principales motivos de abortos o nacimientos prematuros en el segundo semestre de gestación.

Esta afección de salud que se presenta durante la gestación tiene un impacto sistémico en la salud y bienestar de las embarazadas, por lo que se justifica la importancia de reforzar los conocimientos de los profesionales sanitarios mediante esta investigación que va encaminada directamente en el campo laboral. Mejorando así la atención proporcionada a las gestantes con amenaza de abortos por incompetencia cervical.

La incompetencia cervical afecta entre el 0.05% y 1.8% de todos los embarazos y es responsable del 16 al 20% embarazos prematuros en el 2do trimestre (GPC, 2023). Respecto a los partos prematuros se llevó a cabo un estudio en el Hospital Isidro Ayora de Loja, Ecuador demostrando que la prevalencia de la amenaza de parto prematuro es alrededor del 21,4% (González & Álava, 2019).

El objetivo principal de estudio es aplicar el Proceso Atención de Enfermería que nos permitirá a los profesionales de enfermería brindar cuidados de manera racional, lógica y sistémica basados en el diagnóstico enfermero (NANDA), en la clasificación de los resultados (NOC) e intervenciones de enfermería (NIC).

Esto facilitará una atención y cuidados de manera directa y eficiente, porque nos permitirá analizar cada una de las complicaciones presentes en la gestante e intervenir de forma oportuna para disminuir el riesgo de morbilidad materno – fetal durante su recuperación, para que pueda reintegrarse a la comunidad como una gestante libre de complicaciones gineco-obstétricas.

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

- Aplicar el Proceso Atención de Enfermería en gestante de 26 semanas con amenaza de parto prematuro por incompetencia cervical uterina.

3.2 Objetivos específicos

- Describir los factores de riesgos en la amenaza de parto prematuro.
- Identificar los patrones funcionales alterados que ponen en riesgo la diada materno – fetal.
- Ejecutar las intervenciones de enfermería en gestante de 26 semanas con amenaza de parto prematuro por incompetencia cervical uterina.

4. Línea de Investigación

- **Dominio:** Salud y calidad de vida.
- **Línea de investigación:** Salud humana.
- **Línea de investigación enfermería:** Calidad en el cuidado de Enfermería.
- **Sublínea de investigación:** Salud pública y epidemiología

5. MARCO CONCEPTUAL - MARCO TEÓRICO: ANTECEDENTES Y BASES TEÓRICAS

5.1 AMENAZA DE PARTO PREMATURO

Se define como la amenaza de parto prematuro a las contracciones uterinas acompañadas de modificaciones cervicales que sin un tratamiento o cuando este fracasa, puede conllevar a un parto prematuro (Ruoti, 2020).

En cuanto a la función de la edad gestacional en el momento del parto prematuros se diferenciará en base a las semanas de gestación.

- **Prematuro extremo:** recién nacido prematuro cuyo parto se produce antes de las 28.0 semanas de gestación.
- **prematuro grave:** recién nacido entre las 28.0 y 31.6 semanas de gestación.
- **prematuro moderado:** recién nacido entre las 32.0 y 33.6 semanas de gestación.
- **prematuro leve:** recién nacido entre las 34.0 y 36.6 semanas (OMS, 2023)

Entre los cuatro factores más importantes que provocan el parto prematuro es la infección en el útero, sangrado decidual, la sobreextensión de la musculatura uterina y el estrés de la madre o del feto. Igualmente impactan la insuficiencia vascular útero-placentaria, la respuesta inflamatoria desmedida, los factores hormonales, la insuficiencia cervical y la predisposición genética (MSP, 2019).

Ante una gestante con manifestaciones clínicas con riesgo de amenaza de parto prematuro (dinámica uterina, dolor lumbar, sensación de presión en la pelvis, hemorragia vaginal leve) se recomienda realizar de inmediato una exploración obstétrica para comprobar la frecuencia cardíaca fetal, valoración del abdomen (altura uterina, estática fetal, irritabilidad uterina), especuloscopia para visualización del cérvix y tacto vaginal, si se requiere (Iza & Bustillos, 2022).

Luego de estabilizar a la gestante y haber realizado la debida valoración física se deberá realizar pruebas complementarias como el registro cardiográfico (RCTG) donde se valorará la dinámica uterina y descartará signos de pérdida del bienestar fetal. La ecografía transvaginal se realizará con la finalidad de medir la longitud cervical y ver posibles anomalías (Fanning, Añazco, & Salinas, 2024).

Las complicaciones más comunes si se produce un parto prematuro son las enfermedades respiratorias. Entre ellas se destaca la enfermedad de membrana hialina, que ocurre debido a una falta de surfactante pulmonar. No obstante, las principales causas de mortalidad en estos pacientes prematuros serán las complicaciones neurológicas, como; la hemorragia interventricular y periventricular, leucomalasia periventricular y enfermedad de la sustancia blanca (Cherres, Saltos, & Villacres, 2023).

Es indispensable tener presente que la amenaza del parto prematuro en la mayoría de ocasiones suele causar complicaciones maternas como episodios de depresión, ansiedad, estrés y trastornos de estrés agudo y trastornos de estrés postraumático si se produce un parto prematuro o embarazo de riesgo alto (Martinez, Morales, & Rosales, 2022).

La prevención de decesos y complicaciones asociadas al parto prematuro inicia con un embarazo saludable. No obstante, las pautas de la OMS sobre la atención prenatal abarcan intervenciones esenciales para prevenir partos prematuros, como; la orientación para una alimentación saludable, reducir la carga del estrés, evitar el consumo de tabaco, alcohol o sustancias ilícitas, asistir a los controles prenatales para seguimiento y control materno – fetal, y así evitar complicaciones gineco-obstetricias (OPS, 2023).

Si la gestante requiere hospitalización se recomienda efectuar un tratamiento para una amenaza de parto prematuro. Cómo, por ejemplo; El uso de Tocolíticos, tratamiento con antibióticos, administración de corticosteroides, neuroprotección fetal, progestágenos y pesario cervical (Iza & Bustillos, 2022).

5.2 Epidemiología

Según la Organización Mundial de la Salud declaró que, durante el año 2020, la tasa de nacimientos prematuros a nivel internacional alcanzó un promedio del 4% y 16%.

Entre el año 2020 – 2021, la tasa de prematuros incrementó hasta 4%. En el 2021 – 2022, la tasa de recién nacidos prematuros disminuyó un 1% del 10,4%. Por otro lado, en Europa la incidencia de partos prematuros oscila entre el 4% – 5%, mientras que en África es del 18% (OMS, 2023).

Un estudio realizado en el Hospital Isidro Ayora de Loja, Ecuador, dio a conocer que la prevalencia de la amenaza de parto prematuro es alrededor del 21,4%. Mientras que en el Hospital de Quito, se comprobó que 7.702 gestantes dieron para positivo en amenaza de parto prematuro (3,1%) y para parto prematuro (6,4%) (González & Álava, 2019).

5.3 Fisiopatología

Estudios demuestran que la fisiopatología de la amenaza de parto prematuro implica cuatros procesos patogénicos primarios. Dando como resultado una vía habitual que conlleva en la instauración de la labor de parto de forma prematura.

Entre los 4 procesos patogénicos, encontramos:

- La activación temprana del eje hipotalámico – pituitario – adrenal materno – fetal.
- Inflamación e infección en la gestante.
- Hemorragia decidual.
- Distensión uterina patológica (gestación múltiple, insuficiencia cervical uterina y polihidramnios).

Es indispensable mencionar que estos procesos convergen en una vía final común donde van a ocasionar la liberación de mediadores bioquímicos, incremento de proteasas y uterotoninas de membranas fetales y decidual. Por subsiguiente, se producirá el inicio de las contracciones uterinas con modificaciones del cérvix, con o sin ruptura prematura de membranas (RPM), y finalmente se desencadenará el parto prematuro (Galán, 2019).

La fisiopatología empieza con la detención de la señalización de la progesterona, que es una hormona "pro-gestacional" que sostiene el embarazo al fomentar la inactividad del útero e impedir el comienzo del parto. Esta hormona provoca la quiescencia uterina al influir en el miometrio, cuello uterino y decidua. En otras palabras, impide la contractilidad al aumentar un estado de reposo de la membrana y frenando la capacidad de las células miometriales para responder a las hormonas que provocan la contracción (Iza & Bustillos, 2022).

No obstante, al bloquearse la señalización de progesterona, se incrementa la contractilidad y excitabilidad del miometrio, lo que provoca la degradación de la

matriz extracelular del cérvix, causando ablandamiento y dilatación del mismo, además de elevar la actividad inflamatoria en la decidua. En otras palabras, la inhibición o cesación de la actividad de la progesterona por sí misma es suficiente para provocar el parto (Iza & Bustillos, 2022).

5.4 Signos y síntomas

Entre las manifestaciones clínicas más comunes que se presentan ante una amenaza de parto prematuro son:

- Contracciones regulares y dolorosas entre 15 segundos y dos minutos cada 15 minutos o menos.
- Expulsión del tapón mucoso.
- Aumento y/o cambios en el flujo vaginal (leucorrea).
- Hemorragia vaginal.
- Dolor abdominal tipo cólico.
- Hidrorrea.
- Aumento en la presión de la zona pélvica.
- Astenia (Martinez, Morales, & Rosales, 2022).

5.5 Factores de riesgos

Entre los factores de riesgos más comunes a conllevar a una gestante a una amenaza de parto prematuro, tenemos:

Obstétricos	- Historia de parto prematuro previo.
	- Antecedente aborto (2do trimestre de la gestación)
	- Embarazos múltiples.
	- Sobredistensión uterina.
	- Alteraciones vasculares.

Maternos	- Cirugía cervical.
	- Anomalía uterina congénita.
	- Dilatación cervical, legrado uterino.
	- Antecedente de cesárea anterior en dilatación completa prolongada.

	- Hábito tabáquico.
--	---------------------

Sociodemográficos	<ul style="list-style-type: none"> - Bajo peso materno pregestacional (IMC < 19,8). - Periodo intergenésico corto. - Raza afroamericana y estrés materno.
Otros mecanismos	<ul style="list-style-type: none"> - Infección intraamniótica. - Infecciones extrauterinas. - Senescencia celular. - Disminución de la acción de la progesterona.

Fuente: GPC. (2020). Parto pretérmino. *Revista Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*, 283-321. Obtenido de https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n5/GAP-Parto_pretermino_2020.pdf

5.6 Exámenes de laboratorio y diagnóstico

Ante una situación de amenaza de parto prematuro se debe realizar una correcta valoración empezando por:

- I. **Anamnesis:** Se interrogará a la paciente/familiar sobre los factores de riesgo, antecedentes y patologías subyacentes de la gestante.
- II. **Ecografías:** Se pedirá a la paciente o familiar acompañante la ecografía del primer trimestre, para determinar exactamente la edad gestacional.
- III. **Exploración física:** Se realiza con la finalidad de descartar otro posible foco que incida al dolor y/o a la dinámica uterina.
- IV. **Exploración obstétrica:** Se comprobará la frecuencia cardíaca fetal y se valorará el abdomen. Donde se tomará en cuenta la altura uterina, estática fetal, irritabilidad uterina, etc.
 - **Especuloscopia:** visualización del cérvix.
 - **Tacto vaginal:** No se realizará de manera sistemática, sino más bien, si existe alguna duda ecográfica o sospecha de trabajo de parto.
- V. **Pruebas complementarias:**
 - RCTG (registro cardiotocográfico), ultrasonido vaginal, ecografía transvaginal.
 - **Analítica:** hemograma, bioquímica básica, coagulación y PCR.
 - Sedimento de orina ± urinocultivo y glucosa (Iza & Bustillos, 2022).

Pronostico de la amenaza de parto prematuro

El pronóstico de un parto prematuro se basa en la edad gestacional y el peso del producto. Sin embargo, los recién nacidos que nacen tras la semana 34 de gestación tienen mayores probabilidades de sobrevivir y experimentar menos complicaciones postnatales.

Tasa de supervivencia:

- A partir de la semana 29 de gestación, la tasa de supervivencia es del 85%.
- Los recién nacidos a partir de la semana 28 de gestación y con un peso aproximado de 1.500gr tienen una tasa de supervivencia del 80% (Iza & Bustillos, 2022).

5.7 Tratamiento

Existen varias opciones de tratamientos para tratar la amenaza de parto prematuro. Entre ellas, pueden incluir:

- **Tocolíticos:** Son medicamentos que tienen como finalidad retrasar o detener las contracciones del útero, prolongando el parto por 2 a 7 días.
- **Corticosteroides:** Su objetivo es ayudar a que los pulmones del recién nacido maduren. Es recomendable sí se cree que el parto podría ocurrir en los próximos 1 a 7 días.
- **Sulfato de magnesio:** Solo se recomienda cuando hay un alto riesgo de labor de parto entre las semanas 24 y 32 de gestación.
- **Bloqueador de los canales de calcio** (Nifedipino).
- **Antagonistas de los receptores de oxitocina** (Atosiban).
- **Antibióticos:** Se pueden administrar para la profilaxis.

5.8 Complicaciones

- Hiporexia
- Síndrome de distress respiratorio
- Hemorragia interventricular
- Enterocolitis Necrotizante
- Sepsis neonatal
- A largo plazo: parálisis cerebral (Iza & Bustillos, 2022).

6. INCOMPETENCIA CERVICAL UTERINA

La incompetencia cervical se define como la incapacidad del cuello uterino para mantener un embarazo durante el segundo trimestre, evidenciándose una dilatación cervical indolora y relacionada con episodios de amenazas de abortos o prematuridad extrema, siendo una de las principales razones de abortos recurrentes (Fanning, Añazco, & Salinas, 2024).

La mayoría de las gestantes que padecen insuficiencia cervical no presentan factores de riesgo identificables; no obstante, es posible que estén presentes los siguientes: trastornos congénitos en la producción de colágeno, lesiones cervicales profundas previas, dilataciones instrumentales excesivas o rápidas en el pasado, defectos en los conductos de Müller y ≥ 2 pérdidas fetales previas en el segundo trimestre (Dulay, 2024).

Es indispensable tener presente que su origen se clasifica en congénito y adquirido, y en hasta un 90% de los casos se presentan antecedentes obstétricos. Así como traumatismos cervicales uterinas, infecciones asociadas al embarazo o malformaciones uterinas congénitas.

Sin embargo, el 10% que queda y que se muestra en la primera gestación o no presenta un antecedente de ningún tipo constituye la incompetencia cervical primaria o idiopática, cuya causa se asocia a alteraciones histoquímicas y de las fibras colágenas en el tejido del cuello (Fanning, J; Añazco, E; Salinas, G, 2024).

Un aspecto clave de esta enfermedad es su diagnóstico, dado que este se presenta en la mayoría de las ocasiones de forma involuntaria y reflexiva, cuando la paciente ha experimentado una o varias pérdidas de gestación (Fanning, J; Añazco, E; Salinas, G, 2024).

Debemos tener en presente que el diagnóstico de insuficiencia cervical a menudo está precedido por antecedentes de lesión cervical por cono-biopsia, desgarramientos intraparto y expansión cervical inducida. Por lo general, las pacientes presentan antecedentes obstétricos de abortos espontáneos recurrentes, los cuales suceden a menudo en el segundo trimestre o al inicio del tercero; con cada nuevo embarazo la edad (Dulay, 2024).

Sin embargo, el diagnóstico se verifica a través de ultrasonografía. Se considera que la longitud Cervical igual o menor a 25 mm es un criterio de incompetencia cervical; también se considera dilatación cuando el diámetro del orificio cervical interno es de 15 mm en el primer trimestre o de 20 mm en el segundo señala incompetencia cervical (Fanning, J; Añazco, E; Salinas, G, 2024).

La insuficiencia cervical puede provocar complicaciones como el aborto espontáneo, parto prematuro y ruptura prematura de membranas. Sin embargo, el riesgo es mayor para las mujeres que han tenido dos o más pérdidas fetales previas en el segundo trimestre. Por otro lado, otras complicaciones herpes gestacional, infección de orina en el embarazo, embarazo anembrionario y trastornos del sueño durante el embarazo (GPC, 2023) .

No se puede evitar la insuficiencia cervical, pero es factible manejar los riesgos. Para lograrlo, se aconseja solicitar atención prenatal de forma regular, llevar a cabo ecografías transvaginal, recibir atención prenatal de manera continua y notar cualquier alteración en el cuello uterino (MayoClinic, 2023).

6.1 Epidemiología

La incompetencia cervical causa alrededor de un 20% de los abortos durante el 2do trimestre. Esta condición provoca un tercio de los abortos recurrentes en el segundo trimestre. No obstante, la incompetencia cervical afecta entre el 0.05 % y el 1.8% de todos los embarazos y es responsable del 16 al 20% embarazos prematuros en el segundo trimestre (GPC, 2023).

La frecuencia global de la incompetencia cervical varía entre el 0.1% y el 2% de los embarazos. La incompetencia istmicocervical representa el 10% de las razones de parto pretérmino espontáneo en mujeres con abortos recurrentes, y está relacionada con mortalidad y morbilidad neonatal significativa, pudiendo alcanzar hasta un 75% en mujeres que tuvieron partos pretérmino (Fanning, J; Añazco, E; Salinas, G, 2024).

6.2 Fisiopatología

Desde la perspectiva fisiopatológica, el defecto fundamental radica en una debilidad del mecanismo del esfínter que controla el orificio cervical interno (OCI), evidenciándose alteraciones bioquímicas, como la reducción de elastina y un

notable cambio en el colágeno, junto con una fuerza biomecánica disminuida (Cedeño, Barzallo, & Velásquez, 2023).

No obstante, un complicado proceso de reestructuración del cuello uterino tiene lugar durante el embarazo, que incluye cascadas bioquímicas temporizadas, interacciones entre los compartimentos extracelular y celular e infiltración del estroma cervical por células inflamatorias.

Cualquier alteración en esta interacción programada podría derivar en maduración cervical anticipada, insuficiencia del cuello uterino y parto prematuro o aborto espontáneo. Las pruebas actuales indican que la incompetencia cervical es afectada por factores endógenos y exógenos, tales como la contracción del útero y la activación decidual de las membranas (Benitez, 2021).

Es importante tener en cuenta que la dilatación forzada del cuello uterino en el cuidado del parto, además de la falta de corrección quirúrgica de desgarros cervicales, son elementos que provocan una incompetencia cervical.

Un factor adicional que se ha tomado en cuenta es el papel crucial del colágeno, dado que las mujeres con trastornos genéticos que afectan la producción y conformación de las fibras de colágeno (Ej. El síndrome de Ehlers-Danlos y la osteogénesis imperfecta presentan un riesgo alto de parto prematuro; por lo tanto, hay una relación entre las alteraciones en la estructura y la organización del colágeno y la madurez del cuello uterino (GPC, 2023).

6.3 Signo y síntomas

Por otro lado, la incompetencia cervical por lo general no provoca síntomas en la mujer que lo, aunque en ocasiones se manifiesta con:

- Sangrado transvaginal.
- Leucorrea.
- Hidrorrea.
- Dolor pélvico abdominal.
- Dolor lumbar.
- Ausencia de contracciones uterinas.

Las presentaciones clínicas tardías se caracterizan por dilatación avanzada, con salida ocasional de bolsa amniótica a través del cérvix (Durán, Pérez, & Quispe, 2020).

6.4 Factores de riesgos

- Antecedentes de abortos repetidos, al final de 2do trimestre.
- Antecedentes de parto pretérmino, de menos de 28 semanas.
- Embarazo múltiple.
- Cérvix constitucionalmente corto < 25mm.
- Malformación congénita uterina.
- Antecedentes de partos traumáticos (prolongado, instrumentado, con macro fetos)
- Cirugía en el cérvix previa (conización amputación).
- Antecedentes de legrado uterino que requirió dilatación para su realización (Lorain, Sibiude, & Kayem, 2023).

6.5 Exámenes de laboratorios y complementarios

Es importante tener en cuenta que, para diagnosticar la incompetencia cervical uterina, no solo se basará en la historia clínica del paciente (antecedentes ginecológicos) sino también los siguientes estudios de laboratorio e imágenes:

- Hemograma completo.
- Examen de orina y urocultivo.
- Perfil de coagulación.
- Gonadotrofina coriónica humana.
- Dosificación de progesterona.
- Cultivo de secreción cérvico vaginal.
- Ecografía transvaginal y longitud cervical.
- Ultrasonográfico transvaginal (Fanning, Añazco, & Salinas, 2024).

Pronósticos de la incompetencia cervical

El pronóstico de la incompetencia cervical va a depender de la longitud del cuello uterino:

- Si el cuello uterino mide < 25mm, el riesgo de parto prematuro es de 18%.

- Si el cuello uterino mide < 20mm, el riesgo de parto prematuro es de 25%.
- Si el cuello uterino mide < 15mm, el riesgo de parto prematuro es de 50% (GPC, 2023).

6.6 Tratamiento

En cuanto al tratamiento de la incompetencia cervical uterina se basará en los siguientes puntos:

- Reposo absoluto en cama con elevación de miembros inferiores.
- **Dispositivo (Pesarios):** se implanta en el cuello uterino hasta su eliminación definitiva en la semana 37 de la gestación.
- **Tratamiento farmacológico:** terapia con progesterona vaginal.
- **Procedimiento quirúrgico:** cerclaje cervical.
- **Hospitalización:** Es recomendable que la gestante sea hospitalizada para tener un mejor control en la amenaza de parto prematuro (Albuerne, 2022).

6.7 Complicaciones

Las complicaciones intraoperatorias relacionadas con la incompetencia cervical uterina son:

- Aborto espontaneo o parto prematuro.
- Desgarros o laceraciones cervicales.
- Infección puerperal.
- Ruptura prematura de membrana (RPM)

Cabe mencionar, que no es posible prevenir la insuficiencia cervical uterina, pero con un tratamiento y seguimiento adecuado sí se pueden controlar los riesgos materno – fetal. Para ello, se recomienda buscar atención prenatal de manera regular y realizar ecografías transvaginales (GPC, 2023).

7. MARCO METODOLÓGICO

7.1 Valoración según la teorizante a utilizar y aplicación del proceso atención de enfermería basado en un caso real.

En el siguiente caso clínico se utilizará la teorizante de Marjory Gordon y sus 11 patrones funcionales, porque nos permitirá obtener una evaluación completa del estado actual de salud de la gestante. Esto facilitará la toma de decisiones y la selección de diagnósticos, para proceder con la aplicación del Proceso Atención de Enfermería con ayuda de las taxonomías Nanda, Noc y Nic.

Esto permitirá identificar con exactitud los cuidados específicos que requerirá la paciente por parte del personal de enfermería durante su hospitalización. A continuación, se realiza valoración por patrones funcionales tras entrevista a la paciente.

Patrón 1. Percepción de la Salud

- Paciente refiere haber tenido tres abortos y que tenía conocimientos sobre las complicaciones de volver a quedar embarazada.
- Se observa que el cuadro clínico de la paciente fue controlado.
- Paciente refiere que no ingiere alcohol, ni sustancias ilícitas y que no es alérgica a ningún tipo de medicamento o alimentos. Y que su carnet de embarazo se encuentra al día con sus respectivas vacunas incluidas.

Patrón 2. Nutricional / Metabólico

- Paciente refiere que ingiere una cantidad normal de líquidos diarios y que come de tres a cuatros veces al día, y que no siempre son nutritivas y por eso tiene sobrepeso.
- Tambien refiere que ha estado tomando hierro y ácido fólico, bajo prescripción médica, y que no ha presentado dificultad al tragado disfagia ni cambios en la piel.

Patrón 3. Eliminación e Intercambio

- Paciente refiere no haber presentado fiebre antes de su ingreso, pero presentó hace ±12 horas sangrado vaginal, pero la cantidad fue mínima, y decidió usar toalla sanitaria para evitar manchar su ropa interior. Luego de
-

varias horas volvió a presentar sangrado vaginal, pero esta vez fue 30ml evidenciado toalla sanitaria.

- Tambien refiere que no sufre de estreñimiento y que sus deposiciones son normales, no ha tenido la necesidad de usar laxante, y que micciona tres a cuatros veces durante al día y en las madrugadas una sola vez.

Patrón 4. Actividad / Ejercicio

- Paciente refiere que no realiza ejercicios o actividad física, y que se siente cansada y no soporta estar de pie mucho tiempo.

Patrón 5. Sueño / Descanso

- Paciente refiere que no puede conciliar rápido el sueño por las noches a causa del cuadro clínico y que sus hábitos diarios de dormir son de 7 – 8 horas por las noches, y en las tardes suele tomar una pequeña siesta después del almuerzo.
- Tambien refiere que nunca ha sufrido insomnios, ni ha dependido de medicamentos para poder dormir (somníferos).

Patrón 6. Cognitivo / Perceptual

- Paciente consciente, orientado en tiempo y espacio refiere que a su ingreso la percepción del dolor en la zona pélvica abdomen era muy alto.

Patrón 7. Autopercepción / Autoconcepto

- Paciente refiere que se siente culpable y afligida porque estaba consciente del riesgo que corría al intentar tener un bebé por cuarta ocasión. No siente haber experimentado cambios anormales en cuanto a su personalidad o pensamientos, y que se define a sí misma como una persona responsable y con mucho carisma a la hora de interactuar con los demás.

Patrón 8. Rol / relaciones

- Paciente refiere que hay una dinámica familiar alterada y que su situación económica es compleja, porque su rol es ser ama de casa y ayudar a su madre a cuidar de sus hermanos menores.

Patrón 9. Sexualidad / Reproducción

- Paciente refiere que actualmente se encuentra soltera, pero no activa sexualmente debido a su delicado estado de salud y que antes de quedar embarazada se cuidada con píldoras anticonceptivos.
-

-
- Paciente refiere que ha tenido cuatros gestas y que tres terminaron en abortos espontáneos, y que actualmente cursa 26 semanas de gestación con 3 controles prenatales en centro de salud y 2 ecografías. Una fue a la primera consulta, y la segunda fue a los 4 meses de embarazo.
-

Patrón 10. Afrontamiento / Tolerancia Al Estrés

- Paciente refiere que se encuentra preocupada y angustiada por las complicaciones que podría conllevar su embarazo de alto riesgo, y que toda esta situación sobre los conflictos familiares la estresa y desespera un poco, pero trata mantener siempre la calma por el bien de su bebé.
-

Patrón 11. Valores / Creencias

- Paciente refiere que es una persona con valores y principios, y que cree mucho en Dios.
-

Fuente: Información obtenida del formulario. 003. Notas de Enfermería

7.2 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

- **Diagnostico presuntivo:** CIE – 10 (060.2) Trabajo de parto prematuro sin parto, segundo trimestre.
- **Diagnóstico diferencial:** CIE – 10 (060) Parto prematuro.
- **Diagnóstico definitivo:** Embarazo 26 semanas de gestación + (060) Amenaza parto prematuro + (N88.3) Incompetencia cervical uterina.

7.3 Formulación del diagnóstico enfermero

Dx: Riesgo de alteración de la diada materno/fetal

Clase 3: Reproducción **Etiqueta:** 00209 **Dominio 8:** Sexualidad

- **R/C:** Complicaciones del embarazo (Amenaza de parto prematuro).
 - **E/P:** Hemorragia vaginal, incompetencia cervical, leucorrea, hidrorrea.
-

Dx: Dolor agudo

Clase 1: Confort físico **Etiqueta:** 00132 **Dominio 12:** Confort

- **R/C:** Amenaza de parto prematuro.
 - **E/P:** Dolor pélvico abdominal tipo contracciones, dolor lumbar, facies del dolor, muecas del dolor.
-

Dx: Afrontamiento familiar incapacitante

Clase 2: Respuesta de afrontamiento **Etiqueta:** 00146

Dominio 9: Afrontamiento y tolerancia el estrés

- **R/C:** Amenaza de parto prematuro por incompetencia cervical uterina
 - **E/P:** Fragmentación de la dinámica familiar.
-

Fuente: Información obtenida de los libros de NANDA, NOC y NIC.

7.4 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.

Después de la valoración a la gestante de 22 semanas por manifestar a su ingreso cuadro clínico de hemorragia vaginal evidenciándose 30ml en toalla sanitaria, dolor pélvico abdominal tipo contracciones, dolor lumbar, leucorrea, hidrorrea y astenia, se ha determinado que el origen del problema fue causado por la incompetencia cervical.

La cual es una afección que se caracteriza por la dilatación progresiva del cuello uterino en ausencia de contracciones uterinas. Aparte, sus antecedentes ginecológicos juegan un papel fundamental en la amenaza de parto prematuro. Debido que ha tenido 4 gestas con la actual, de las cuales 3 terminaron en abortos espontáneos.

En la entrevista la paciente mencionó que su último aborto fue hace aproximadamente un año y que en ese entonces tenía muchos problemas con la familia de su esposo fallecido al igual que ahora. Recordemos que el nivel de estrés y ansiedad también juegan un papel importante en lo materno – fetal.

Procedimientos a realizar:

- Controlar los signos vitales materno/fetal y reposo absoluto.
- Controlar el balance hídrico.
- Administrar medicamentos, para disminuir o detener las contracciones.
- Brindar cuidados en la higiene, necesidades fisiológicas y confort.
- Evaluar el nivel de ansiedad y estrés, y brindar apoyo emocional.

Luego de haber determinado el origen del problema gracias al equipo de salud que de forma interdisciplinaria permitió establecer el diagnóstico definitivo. Se identificaron los patrones funcionales alterados a tratar:

- Nutricional / metabólico.
- Eliminación / intercambio.
- Actividad / reposo.
- Sexualidad/reproducción.
- Afrontamiento / tolerancia al estrés.

NANDA: Pag.307
NOC: Pag.533
NIC: Pag.178

Dominio 8: Sexualidad **Clase 3:** Reproducción
Etiqueta: 00209 **Dx:** Riesgo de alteración de la díada materno/fetal



M
E
T
A
S

R/C: Complicaciones del embarazo (amenaza de parto prematuro)

E/P: Hemorragia vaginal, incompetencia cervical, leucorrea, hidrorrea



DOMINIO II: Salud fisiológica

ESCALA DE LIKERT
 Grave (1) Sustancial (2) Moderado (3) Leve (4) Ninguno (5)

INDICADORES	Antes		Después		
	1	2	3	4	5
041307: Sangrado vaginal	X				X
041313: Palidez de piel y mucosas		X			X
041315: Disminución de hemoglobina.			X		X
041316: ansiedad	X				X

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

Clase E: Cardiopulmonar

Etiqueta 0413: Severidad de pérdida de sangre



Campo III: Fisiológico complejo

Clase N: Control de la perfusión tisular

Etiqueta 4020: Disminución de la hemorragia: Útero anteparto



- ACTIVIDADES**
- Monitorizar la presión arterial y de los parámetros hemodinámicos.
 - Monitorizar el estado hídrico, incluidas entradas y salidas.
 - Mantener un acceso I.V permeable.
 - Administración de hemoderivados, si es necesario.
 - Solicitar a la paciente que informe sobre cualquier aumento de hemorragia vaginal (ej. Profusa, coágulos o goteo) durante la hospitalización.
 - Evaluar la respuesta psicológica del paciente a la hemorragia y su percepción sobre la situación.

NANDA: Pag.439
 NOC: Pag.436
 NIC: Pag.310

Dominio 12: Confort
Etiqueta: 00132

Clase 1: Confort Físico
Dx: Dolor Agudo

M
E
T
A
S

R/C: Amenaza de parto prematuro

E/P: dolor pélvico abdominal tipo contracciones, EVA 8/10, dolor lumbar, expresiones faciales del dolor, muecas de dolor

DOMINIO V: Salud percibida

Clase 5: Sintomatología

Etiqueta 2102: Nivel del dolor

Campo I: Fisiológico básico

Clase E: Fomento de la comodidad física

Etiqueta 1400: Manejo del dolor

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

ESCALA DE LIKERT

Grave (1) Sustancial (2) Moderado (3) Leve (4) Ninguno (5)

INDICADORES	Antes		Después		
	1	2	3	4	5
210201: Dolor referido	X				X
210204: Duración de los episodios de dolor		X			X
210221: Frotarse el área afectada	X				X
210206: Expresión faciales del dolor	X				X
210226: Diaforesis		X			X

ACTIVIDADES

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, característica, duración, frecuencia, intensidad y factores desencadenantes.
- Administración de analgésicos.
- Explorar con el paciente los factores que alivian el dolor / empeoran el dolor.
- Proporcionar a la persona un alivio de dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.
- Monitorizar el grado de satisfacción del paciente con el control del dolor a intervalos especificados.

NANDA: pag.329
NOC: Pag.428
NIC: Pag.128

Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés **Clase 2:** Respuesta de afrontamiento
Etiqueta: 00146 **Dx:** Afrontamiento familiar incapacitante

R/C: Amenaza de parto prematuro por incompetencia cervical uterina

E/P: Fragmentación de la dinámica familiar

DOMINIO III: Salud psicosocial

Clase M: Bienestar Psicosocial

Etiqueta 1212: Nivel de estrés

Campo 3: Conductual

Clase R: Ayuda para el afrontamiento

Etiqueta 5330: Control del estado de ánimo

ESCALA DE LIKERT

Gravemente comprometido (1) sustancialmente comprometido (2)
 Moderadamente comprometido (3) Levemente comprometido (4) No comprometido (5)

INDICADORES	Antes		Después		
	1	2	3	4	5
121205 Aumento de la tensión muscular en el cuello, hombros y espalda	X				X
121206 Cefalea tensional		X			X
121207 Palma de las manos sudorosas		X			X
121222 Ansiedad	X				X
121224 Pensamientos opresivos	X				X

ACTIVIDADES

- Ayudar a la paciente a mantener un ciclo normal de sueño/vigilia (tiempo de reposo, técnicas de relajación para liberar estrés)
- Animar al paciente y brindarle apoyo emocional en todo momento.
- Vigilar la función cognitiva (concentración, atención, memoria, capacidad para procesar información).
- Relacionarse con el paciente a intervalos regulares para realizar los cuidados y/o darle la oportunidad de desahogarse de sus sentimientos.

M
E
T
A
S

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

7.5 Indicación de las razones científicas de las acciones de la salud, considerando valores normales.

Relaciono esta investigación teórica/práctica con la teoría de Dorothea Orem, ya que su "Teoría de enfermería del déficit de autocuidado" se vincula con el presente estudio clínico, puesto que para ofrecer un cuidado eficiente y eficaz es necesario resaltar sus tres teorías que son:

- **La teoría del autocuidado:** Cada gestante deberá preocuparse y ser por su estado de salud y bienestar durante las 37 y 40 semanas de gestación. Y ser responsable de asistir con un acompañante a sus controles con la Obstetrix durante todo el proceso de su embarazo.
- **La teoría del déficit de autocuidado:** Como profesionales de la salud somos conscientes de nuestra responsabilidad y compromiso de asistir a los pacientes que requieren de nuestros cuidados, para recuperar su condición de salud durante su hospitalización, y poder reintegrarle a la comunidad como una gestante, libre de enfermedades y riesgos alguno.
- **La teoría de sistemas en enfermería:** Debemos aplicar en todo momento los cuidados pertinentes basado en el sistema de Aplicación del Proceso Atención de enfermería más los insumos y equipos que dispone la unidad hospitalaria para restablecer la salud de la paciente.

No debemos olvidar que la amenaza de parto prematuro se describe como la aparición de contracciones a un ritmo de 4 en 20 minutos o de 8 en 60 minutos entre las semanas 22 y 37 de gestación (Dulay, 2024).

8. Resultados

8.1 Descripción de los resultados obtenidos

Después de implementar cada una de los cuidados de enfermería la paciente mostró una evolución positiva durante su hospitalización en la sala de ginecología.

Para haber conseguido estos resultados deseados por el personal de salud y familiares del paciente se tuvo que llevar a cabo múltiples pruebas de laboratorio e imagenología. Donde se confirmó que la causa de sus abortos espontáneos se debía a su problema de incompetencia cervical.

Luego de que la paciente fuera estabilizada en el área de emergencia y trasladada al área de ginecología donde se le programó una intervención quirúrgica de cerclaje cervical que consistía en suturar el cuello del útero, y evitar que se abriera demasiado pronto para prevenir un parto prematuro.

Se le realizó cerclaje cervical sin complicaciones durante el procedimiento quirúrgico. Paciente fue trasladada nuevamente al área de ginecología. Se percibe movimientos fetales, cardiopulmonar sin agregados, no se palpa dinámica uterina, ni pérdidas transvaginal, diuresis normal, no edemas en extremidades inferiores.

Es relevante señalar que la gestante de 26 semanas con diagnóstico actualizado de incompetencia cervical + cerclaje uterino, no adquirió ninguna Infección Asociada a la Atención de Salud (IAAS) durante su estancia hospitalaria. Paciente queda en absoluto reposo y en compañía de su familiar.

8.2 Seguimiento del plan de cuidados

2024/05/08

Gestante de 22 semanas cursa su primer día de hospitalización luego de haber acudido por emergencia a esta unidad hospitalaria por cuadro de hemorragia vaginal evidenciándose 30ml en toalla sanitaria, dolor pélvico abdominal tipo contracciones más dolor lumbar, leucorrea blanca, ligeramente espesa y sin olor fétido, hidrorrea y astenia.

Presenta antecedentes de cuatros gestas y 3 abortos espontáneos, ultima perdida hace aproximadamente un año.

Signos vitales: presión arterial 123/71mmHg, frecuencia cardiaca 82lpm, frecuencia respiratoria 19rpm, temperatura corporal 36,5°C, saturación de oxígeno 97%. Se presencia abdomen globuloso con movimientos fetales activos. LFC: 134lpm.

Tratamiento farmacológico:

- Solución Salina 1000 MI Pasar 300cc luego 40gotas por minuto.
- Betametasona 12 Mg IM (Primera dosis).
- Progesterona 200 Mg Vía Oral Cada 12h.
- Paracetamol 1 G Vía Oral Cada 8 Horas
- Ampicilina + Sulbactam 1.5 G IV Pasar Cada 8 Horas
- Metronidazol 500 Mg VO Cada 12 Horas

Medidas generales:

- Control de signos vitales, administración de medicamentos, reposo absoluto.
- Dieta blanda, aseo personal, apoyo emocional y reportar novedades.

2024/05/09

Gestante de 22 años con ingreso hospitalario de 48 horas al momento en condiciones clínicas estable, afebril con cuadro clínico controlado y signos vitales dentro de los parámetros normales con movimientos fetales activos con dosis completas de Betametasona.

Se utilizaron compresas esterilizadas para medir la cantidad de sangre perdida que es leve, pero constante. Registrándose una pérdida de 115ml en 24 horas. En los seguimientos continuos, la pérdida de sangre transvaginal había disminuido gradualmente, ya no presentaba hemorragia discreta.

Se realizó cervicometría 26 milímetro de longitud líquido amniótico normal placenta posterior fúndica bien implantada. Se planteó cerclaje cervical y se informa al paciente y familiar sobre ese procedimiento quirúrgico.

Se observa abdomen globuloso compatible con 22 semanas + FCF:145lpm. Se realiza toma de signos vitales donde se comprueba P.A: 118/81mmHg, FC: 81lpm, FR:20rpm, Tº: 36.1. Estado: alerta, Score mama: 0 con diagnóstico actualizado de embarazo de 26 semanas + incompetencia cervical + cerclaje uterino.

Se realiza actualización de kardex:

- Cloruro de sodio 0.9% 1000ml pasar 40 gotas por minutos.
- Progesterona 200mg vía oral cada 8 horas.
- Paracetamol 1gr vía oral cada 8 horas.
- Ampicilina + Sulbactam 1.5gr IV pasar cada 8 horas.
- Metronidazol 500mg vía oral cada 12 horas.

2024/05/10

Paciente refiere sentirse bien, cumple reposo en cama con acompañamiento de familiar, percibe movimientos fetales, cardiopulmonar sin agregados, abdomen gestante no se palpa dinámica uterina, no perdidas transvaginales.

Signos vitales dentro de los parámetros normales. Paciente queda en compañía de su familiar y al cuidado del personal de enfermería.

2024/05/11

Gestante al momento estable, afebril, orientada en tiempo y espacio con signos vitales: presión arterial: 115/78mmhg, frecuencia cardíaca: 79lpm, frecuencia respiratoria: 19rpm, saturación de oxígeno: 98%, temperatura: 36.3°C, conciencia: alerta, proteinuria: negativa y score mama: 0

Tratamiento farmacológico:

- Cloruro de sodio 0.9% 1000 ml pasar 40 gotas por minuto
- Progesterona 200mg vía oral cada 8 horas
- Paracetamol 1gr vía oral cada 8 horas
- Ampicilina + Sulbactam 1.5gr iv pasar cada 8 horas
- Metronidazol 500mg vía oral cada 12 horas.

2024/05/12

Al momento estable, orientada en tiempo y espacio, buenas condiciones generales, afebril, buen patrón respiratorio, no actividad uterina, no perdidas vaginales, diuresis normal. No ha mostrado complicaciones que podría causar alteraciones materno – fetal. Continua con la misma medicación.

2024/05/13

Paciente de 22 años de edad quien cursa con hospitalización cinco días de evolución por embarazo de 22 semanas + amenaza parto prematuro+ incompetencia cervical.

Diagnóstico: embarazo de 26 semanas + incompetencia cervical con cerclaje uterino.

A la valoración se observa paciente hemodinamicamente estable, alerta, afebril, orientada en tiempo y espacio, cardiopulmonar conservado, abdomen gestante con producto único vivo, FCF: 144 latidos por minutos no se evidencian perdidas vaginales, no actividad uterina, cuello cerrado, membranas íntegras, no sangrado, diuresis normal. no edemas en extremidades inferiores.

2024/05/14

Paciente al momento con buena condición clínica y buen pronóstico, no hay signos de alarma. Se aconseja al familiar y paciente que en caso de presentar algún molestia o complicación que acuda por emergencia al hospital.

Se decide alta hospitalaria con la siguiente prescripción médica.

- Paracetamol 500mg VO cada 8 horas x 5 días
- Cefalexina 500mg VO cada 8 horas x 7 días
- Progesterona 100mg VO cada 12 horas x 30 días
- Hierro 100mg VO cada día x 30 días
- Ácido fólico 10mg VO cada día x 30 días

Se brinda accesoria al paciente/familiar sobre la importancia de continuar con el tratamiento farmacológico y asistir a sus controles con la Obstetrix, para un óptimo control y seguimiento por el resto de su embarazo.

8.3 Observaciones

- La gestante se mantuvo estable a lo largo de su recuperación y no se detectaron cambios en sus signos vitales luego de haber sido estabilizada en el área de emergencia y transferida a hospitalización de ginecología.
- El cuadro clínico fue tratado con sus respectivos medicamentos y bajo prescripción médica.
- No hubo complicaciones durante el procedimiento quirúrgico, ni en el área de hospitalización.
- La paciente siempre se mantuvo estable y cooperativa cuando se le tenía que realizar algún procedimiento de rutina o cuidados de enfermería.
- Después de que se realizó el procedimiento quirúrgico de cerclaje cervical se detuvieron las contracciones y actividad uterina que, de no ser así, se hubiera obtenido un parto prematuro con complicaciones y patologías neonatales.
- La paciente recibió el alta médica al 6to día de hospitalización con sus signos vitales estables y sin actividad uterina, ni manifestaciones clínicas.

9. Discusión de los resultados

Según (Iza & Bustillos, 2022) menciona que el objetivo del cerclaje cervical es fortalecer la integridad cervical y mantenerla cerrada, corrigiendo defectos estructurales o debilidades cervicales en mujeres de alto riesgo con cuello uterino acortado. En el presente estudio de caso clínico, se le realizó a la gestante un cerclaje cervical de emergencia debido a su incompetencia cervical, para prevenir una amenaza de parto prematuro o alteración en la diada materno – fetal, lo cual coincide con lo reportado en la literatura.

Según (Dulay, 2024) menciona que la insuficiencia cervical es la dilatación cervical indolora con manifestaciones clínicas de sangrado transvaginal y dolor pélvico abdominal que si no son tratadas a tiempo puede resultar en la pérdida del embarazo durante el segundo trimestre. En el presente caso, la gestante ingresó por emergencia con cuadro clínico de hemorragia vaginal evidenciándose 30ml en toalla sanitaria, dolor pélvico abdominal tipo contracciones más dolor lumbar, leucorrea blanca, ligeramente espesa y sin olor fétido, hidrorrea y astenia, lo cual coincide con lo reportado en la literatura.

Según (Shennan & Girling, 2024) refiere que las pruebas de laboratorio que pueden llevarse a cabo para identificar un riesgo de parto prematuro incluyen hemograma completo, proteína C-reactiva, ecografía y ultrasonido transvaginal. En el presente estudio de caso, a la gestante se le realizó exámenes de biometría hemática y bioquímica donde se evidenció alteraciones en neutrófilos y linfocitos. Mientras en la cervicometria (ultrasonido vaginal) se comprobó 26mm de longitud, liquido amnioticonormal y placenta posterior fúndica bien implantada, lo cual coincide con lo reportado en la literatura.

10. CONCLUSIONES

Se puede concluir que se implementó el Proceso Atención de Enfermería en gestante de 26 semanas con amenaza de parto prematuro por incompetencia cervical uterina, proporcionando los cuidados básicos, confort físico, reducción del dolor mediante analgésicos, higiene personal y una dieta apropiada por parte del personal de salud.

A partir de la información recabada de la paciente a través de su historia clínica y del análisis de los diversos factores de riesgo que aumentan la posibilidad de un parto pretérmino, se llegó a la conclusión de que los elementos de riesgo que impactaron en este caso fueron los antecedentes de abortos espontáneos, y la incompetencia cervical uterina que fue tratada con cerclaje cervical.

Tras valoración general se identificaron de inmediato los patrones alterados de nutricional / metabólico, eliminación / intercambio, actividad / reposo, sexualidad / reproducción, y afrontamiento / tolerancia al estrés, que afectaban negativamente el estado físico, mental y social de la gestante, y comprometían severamente el bienestar de su bebé.

Finalmente, gracias a los cuidados de enfermería que fueron aplicados mediante el Proceso Atención de Enfermería, se lograron cumplir con los objetivos propuestos y resultados deseados en este estudio de caso clínico. Consiguiente que la gestante pudiera recuperarse con satisfacción y continuar con su embarazo bajo las indicaciones médicas y al cuidado de un familiar cercano por sí llegase a ver alguna complicación materno – fetal.

RECOMENDACIONES

- Se sugirió seguir con el plan de tratamiento farmacológico (corticosteroides, como Betametasona o dexametasona) y llevar una nutrición adecuada de ahora en adelante.
- Acudir a los controles médicos cada mes en compañía de un familiar.
- No consumir alcohol, cigarrillos, ni sustancias ilícitas.
- Tratar de evitar situaciones estresantes durante el embarazo.
- Se recomendó guardar reposo absoluto y evitar cargar o alzar cosas pesadas.
- Se aconsejó evitar la automedicación bajo cualquier circunstancia y acudir al hospital por emergencia, si es que presenta manifestaciones clínicas o complicaciones relacionadas a su embarazo.
- Se brindó información a la paciente/familiares sobre esta complicación que puede ser potencialmente severa si no es tratada, y cómo prevenir a tiempo esta patología.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Albuerne, A. (Marzo de 2022). 4. Farmacología en la amenaza de parto prematuro. *Revista para profesionales de la salud*, 5(48), 60-78. Obtenido de <https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/6242ead86f171art4.pdf>
- Benitez, S. (2021). *Resultados perinatales de pacientes con incompetencia istmicocervical tratadas con cerclaje mas progesterona*. Universidad Autónoma de México, Facultad de Medicina. México: Editorial Universitaria . Obtenido de <https://ru.dgb.unam.mx/bitstream/20.500.14330/TES01000818869/3/0818869.pdf>
- Cedeño, C., Barzallo, M., & Velásquez, J. (Enero de 2023). Incompetencia Cervical: presentación de un caso. *Revista Metropolitana de Ciencias Aplicadas*(6), 134-139. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/7217/721778122017.pdf>
- Cherres, J., Saltos, L., & Villacres, L. (23 de Enero de 2023). Causas de parto pretérmino y complicaciones neonatales. *RECIMUNDO: Revista Científica de Investigación Actualización del Mundo de las Ciencias*, 265-272. Obtenido de <https://www.reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/download/1007/1479>
- Dulay, A. (03 de Marzo de 2024). *Insuficiencia cervical*. Obtenido de Manual MSD; Versión para profesionales: <https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/complicaciones-prenatales/insuficiencia-cervical>
- Durán, J., Pérez, A., & Quispe, D. (21 de Mayo de 2020). Cerclaje abdominal realizado durante la gestación: reporte de caso y revisión de la literatura. *Revistasum.umanizales*, 1-4.
- Fanning, J; Añazco, E; Salinas, G. (04 de Marzo de 2024). Incompetencia ístmico-cervical: diagnóstico y tratamiento. *RECIMUNDO: Revista Científica de Investigación Actualización del Mundo de las Ciencias*, 368-374. Obtenido de <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/download/1280/2031/2497>
- Galán, A. (10 de Enero de 2019). Desencadenantes del parto prematuro. *Revista de Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada*, 13-15.
- González, D., & Álava, S. (26 de Junio de 2019). El aborto previo como factor de riesgo de parto pretérmino en gestantes del Hospital Básico Jipijapa. *Revista de Ciencias de la Salud* , 3(3), 16-22. Obtenido de

<https://revistas.utm.edu.ec/index.php/QhaliKay/article/download/2707/2798/9224>

- GPC. (2020). Parto pretérmino. *Revista Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*, 283-321. Obtenido de https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n5/GAP-Parto_pretermino_2020.pdf
- GPC. (2023). Incompetencia Cervical. *Guía de Práctica Clínica y Procedimientos en Obstetrica y Perinatología*, 131-139. Obtenido de <https://www.inmp.gob.pe/institucional/guias/1590593033>
- Iza, L., & Bustillos, M. (10 de 08 de 2022). Amenaza de parto prematuro predicción prevención y manejo. *RECIMUNDO: Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*, 393-408. Obtenido de <https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/1831/2184>
- Lorain, P., Sibiude, J., & Kayem, G. (2023). Parto prematuro: epidemiología, factores de riesgo y evaluación del riesgo en pacientes asintomáticas. *Revista EMC - Ginecología-Obstetricia*(59), 1-11. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1283081X23484883>
- Martinez, H., Morales, V., & Rosales, Y. (2022). *Factores sociales y la incidencia de Amenaza de parto prematuro en las pacientes de ginecología y obstetricia del Hospital Nacional San Rafael*. Universidad Evangélica de El Salvador, Departamento de Medicina. El Salvador: Editorial Universitaria S.A. Obtenido de <http://138.99.0.237/bitstream/123456789/106/1/INFORME%20FINAL%20GRUPO%204%20MTRA%20CRISTINA%20LOPEZ%20CON%20ARTICULO.pdf>
- MayoClinic. (29 de Junio de 2023). *Insuficiencia de cuello uterino*. Obtenido de Enfermedades y afecciones: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/incompetent-cervix/symptoms-causes/syc-20373836>
- Meneces, M., & Mera, T. (2020). "Factores determinantes del parto pretérmino en adolescentes. Hospital Provincial General Docente Riobamba, 2019". Universidad Nacional de Chimborazo, Departamento de Medicina. Chimborazo, Ecuador: Editorial Universidad Nacional de Chimborazo. Obtenido de <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/6798/1/TESIS%20FACTORES%20DETERMINANTES%20Meneces%20Mónica-Mera%20Tania%20MED.pdf>
- MSP. (2019). Manual de recomendaciones en el embarazo y parto prematuro. *Revista Científica de la Organización Panamericana de la Salud*, 12-15. Obtenido de

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53940/9789974860247_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- OMS. (11 de Mayo de 2023). *Nacimientos prematuros*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth#:~:text=A%20nivel%20internacional%2C%20la%20tasa,los%20ni%C3%B1os%20nacidos%20en%202020>.
- OPS. (11 de Mayo de 2023). *Partos prematuros*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
- Ordoñez, P. (2017). *“Factores de riesgo para amenaza de parto pretérmino en adolescentes embarazadas primigestas atendidas en el Hospital Isidro Ayora en el período febrero-agosto 2016”*. Universidad Nacional de Loja, Departamento de Medicina. Loja: Editorial Universitaria.
- Ruoti, M. (2020). Tocolíticos en la amenaza de parto prematuro. *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas (Asunción)*, 53(3), 115-117. Obtenido de <http://scielo.iics.una.py/pdf/anales/v53n3/1816-8949-anales-53-03-115.pdf>
- Sagastume, C. (15 de Septiembre de 2023). Tratamiento tocolítico para la amenaza de parto pretérmino. *Revista Diversidad Científica*, 3(2), 281-289. Obtenido de <https://revistadiversidad.com/index.php/revista/article/view/99/98>
- Salazar, J., Guevara, D., & Dominguez, J. (31 de 01 de 2021). Causas más frecuentes de amenaza de parto prematuro en el Hospital Universitario. *Revista científica de investigacion actualizacion del mundo de las ciencias*, 5(1), 70-77. Obtenido de <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/594/931>
- Shennan, A., & Girling, J. (07 de Diciembre de 2024). *Trabajo de parto prematuro*. Obtenido de Magazine BMJ: Bestpractice: <https://bestpractice.bmj.com/topics/es-es/1002>

ANEXOS

Ilustración 1 Resultados de exámenes de laboratorio, Hematología.

C. RESULTADO DE EXÁMENES				
EXAMEN		RESULTADO	UNIDAD	V. REFERENCIA
HEMATOLOGÍA				
BIOMETRÍA HEMÁTICA				
Recuento de Glóbulos Rojos		4.05	10 ⁶ /μL	4 - 6
Hemoglobina	↓	11.6	g/dL	12 - 16
Hematocrito	↓	34.30	%	37 - 54
Volumen Corpuscular Medio (VCM)		84.70	μm ³	80 - 100
Hemoglobina Corpuscular Media (HCM)		28.60	pg	27 - 31
Concentración de Hb Corp. Media (CHCM)		33.8	g/dL	30 - 36
Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)c		13.40	%	11.5 - 15.5
Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)s		41.60	μm ³	
Plaquetas		249	10 ³ /μL	150 - 450
Plaquetocrito		0.22	%	0.1 - 0.5
Volumen Plaquetario Medio (MPV)		8.90	μm ³	7.4 - 11
Índice de Distribución Plaquetaria (PDWc)		10.30	%	10 - 18
P-LCC (PLA: Recuento células grandes)		53	10 ³ /μL	44 - 140
P-LCR (PLA: Proporción células grandes)		21.21	%	18 - 50
Glóbulos Blancos		9.20	10 ³ /μL	4 - 10
Linfocitos (%)		27.48	%	25 - 40
Neutrófilos (%)		63.05	%	55 - 65
Monocitos (%)		6.40	%	2 - 10
Eosinófilos (%)		2.88	%	0.5 - 5
Basófilos (%)		0.19	%	0 - 2
Linfocitos (#)		2.53	10 ³ /μL	1 - 4.4
Neutrófilos (#)		5.80	10 ³ /μL	1.6 - 7
Monocitos (#)		0.59	10 ³ /μL	0.3 - 1
Eosinófilos (#)		0.26	10 ³ /μL	0 - 0.5
Basófilos (#)		0.02	10 ³ /μL	0 - 0.2

Fuente: Datos obtenido de la SNS.HCU-Form. 010A. Exámenes de laboratorio.

Ilustración 2 Resultados de exámenes de laboratorio, Bioquímica

BIOQUÍMICA				
Glucosa		85.1	mg/dL	70 - 110
Urea		18.2	mg/dL	16.6 - 48.5
Creatinina		0.79	mg/dL	0.5 - 1.2
Ácido Úrico		5.2	mg/dl	3.4 - 7
Proteínas Totales		6.81	g/dL	6.6 - 8.7
ALBÚMINA		3.6	g/dL	3.5 - 5.5
Globulina	↑	3.21	g/dL	2 - 3
Colesterol	↑	265	mg/dL	0 - 200
Triglicéridos	↑	335.9	mg/dL	0 - 165
TGO/AST		26.5	U/L	5 - 40
TGP/ALT		10.1	U/L	5 - 41
<i>Método: Fotometría Automatizada</i>				
PCR Cuantitativo	↑	5.9	mg/L	0 - 5

Fuente: Datos obtenido de la SNS.HCU-Form. 010A. Exámenes de laboratorio.