



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERIA

**Dimensión Practica 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.**

AUTORA:

FONSECA AVEROS SHARON ANDREA.

TUTORA:

LIC. ELISA BOUCOURT RODRIGUEZ, MSC.

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2021

INDICE

DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
TITULO DEL CASO CLÍNICO	vi
RESUMEN	vii
ABSTRACT (resumen en inglés)	viii
INTRODUCCIÓN	ix
I. MARCO TEÓRICO	1
Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.)	1
Teoría de Marjory Gordon	3
Embarazo	5
Amenaza de parto pretérmino	5
Clasificación	6
Etiología	6
Factores de riesgo de la amenaza de parto pretérmino	7
Alteraciones fetales	8
Manifestaciones clínicas	8
Diagnóstico	9
Tratamiento	9
Medidas preventivas	10
Epidemiología	10
1.1 Justificación	12
1.2 Objetivos	13
1.2.1 Objetivo general	13
1.2.2 Objetivos específicos	13
1.3 Datos generales	14
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO	15
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente	15

2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).	15
2.3 Examen físico (exploración clínica).	16
2.4 Información de exámenes complementarios realizados	22
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.	23
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.	24
2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.	27
2.8 Seguimiento.	27
2.9 Observaciones	29
CONCLUSIONES	30
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31
ANEXOS	34

DEDICATORIA

Dedico a Dios por ilustrar mi mente y pensamientos. A mi hija por ser la fuerza fundamental de seguir cada día hacia adelante, con paso firme y segura. A mis padres por ser la base principal en toda mi educación y formación tanto académica y valores para la vida. A mi esposo por su apoyo y ayuda compartiendo así siempre conmigo mis alegrías y derrota.

FONSECA AVEROS SHARON ANDREA

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 esposo por su apoyo y ayuda incondicional. A la Lcda. Elisa Boucourt por su valiosa guía y colaboración. Gracias a todas las personas que me ayudaron en la formación profesional.

FONSECA AVEROS SHARON ANDREA

TITULO DEL CASO CLÍNICO:

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN GESTANTE DE
34,5 SEMANAS CON AMENAZA DE PARTO PRETERMINO.

RESUMEN

La amenaza de parto pretérmino se caracteriza por la presencia de contracciones uterinas dolorosa manifestadas con un ritmo de 4 contracciones cada 20 minutos u 8 contracciones cada 60 minutos, estas se suelen dar a partir de la semana 22 hasta antes de la 37, adicionalmente se presenta un borramiento del cuello uterino de 50 % y una dilatación > 3 centímetros.

Los avances científicos y tecnológicos han permitido detectar de manera oportuna este problema ginecobstetrico, sin embargo, la incidencia de los mismos no ha disminuido. En países de América Latina y el Caribe, la amenaza de parto pretérmino se encuentra encabezando la lista en las causas de muerte materno fetal con un 60 a 80 % de los casos totales para el año 2018. En la gran mayoría de casos, se desconoce la causa original que desencadena la amenaza de parto pretérmino, sin embargo, se destacan factores de riesgo como la edad de la madre, gestación múltiple e infecciones, etc.

El presente caso clínico trata sobre una gestante de 23 años de edad, con 34,5 semanas que fue diagnosticada con amenaza de parto pretérmino e ingresada en el Hospital Básico de San Miguel, donde el objetivo de enfermería fue desarrollar un Proceso de Atención de Enfermería (PAE), teniendo en cuenta los factores de riesgo, historial clínico, sintomatología y patrones funcionales alterados.

Palabras claves: amenaza de parto pretérmino, contracciones uterinas, borramiento, dilatación, Proceso de Atención de Enfermería

ABSTRACT

The threat of preterm labor is characterized by the presence of painful uterine contractions manifested with a rhythm of 4 contractions every 20 minutes or 8 contractions every 60 minutes, these usually occur from week 22 to before 37, additionally presents a 50% effacement of the cervix and a dilation > 3 centimeters.

Scientific and technological advances have made it possible to detect this gynecological-obstetric problem in a timely manner, however, their incidence has not decreased. In Latin American and Caribbean countries, the threat of preterm birth is at the top of the list in the causes of maternal fetal death with 60 to 80% of total cases for the year 2018. In the vast majority of cases, it is unknown the original cause that triggers the threat of preterm birth, however, risk factors such as the mother's age, multiple gestation and infections, etc., stand out.

The present clinical case is about a 23-year-old pregnant woman, 34.5 weeks old, diagnosed with threatened preterm delivery and admitted to the Basic Hospital of San Miguel, where the nursing objective was to develop a Nursing Care Process (PAE), taking into account risk factors, clinical history, symptoms and altered functional patterns.

Key words: threat of preterm labor, uterine contractions, effacement, dilation, Nursing Care Process

INTRODUCCIÓN

El parto pretérmino es una condición que presenta una gestante durante el transcurso de la semana 22 a la 37, proceso clínico con presencia de signos y síntomas complejos que sin tratamiento puede desencadenar problemas graves de salud para la madre y el nuevo ser (Álvarez, Pérez, 2017).

La amenaza de parto pretérmino es considerada la patología responsable del 80 % de los nacimientos prematuros según estudios durante los últimos años en que ha sido analizada esta enfermedad. Partiendo de esto la prematurez es la causa principal de morbilidad neonatal produciendo hasta un 30 % de las muertes neonatales y un 70 % con secuelas neurológicas irreversibles en recién nacidos vivos en edades gestacionales consideradas como muy precoces. De acuerdo a diferentes estudios realizados por investigadores especialistas en neonatología y ginecología, establecieron que en América latina y el Caribe la tasa de incidencia es de 8,1 %, en Europa es de 6,2 %, Norteamérica 10,6%, mientras que en Ecuador es de 5,1 % (Faneite, 2017).

El parto pretérmino se manifiesta con la presencia de contracciones con un ritmo de cuatro cada 20 minutos o de ocho en 60 minutos, este hecho se suele asociar a: modificación progresiva del cérvix y dilatación cervical >2 cm y borramiento > 80 % (Peña, 2015).

Existen distintos factores de riesgo que se relacionan al parto pretérmino entre los cuales se incluyen las causas maternas: infecciones, enfermedades sistémicas graves, preeclampsia, causas placentarias (placenta previa), causas uterinas, corioamnionitis y causas fetales como el sufrimiento fetal agudo (Ramírez, Dueñas, Turrensb, Padilloc, Bedoya, 2019).

Un neonato tiene mayor probabilidad de morir, constituyendo un problema grave de salud para el sistema sanitario. Además, esto se ve influenciado a embarazos en adolescentes puesto a que las madres no cuentan con la suficiente madurez de sus órganos reproductores para poder albergar adecuadamente a un

nuevo ser, produciéndose así un sinnúmero de problemas tanto para la madre como para el feto obligando si a realizar cesáreas de emergencia antes del tiempo deseado, produciéndose así un parto pretérmino (Guartan, Morocho, Abrigo, Cun, 2019).

El tratamiento inicia con la identificación de la causa infección vaginal o urinaria, corioamnionitis, rotura prematura de membranas, etc. Tratando inicialmente estas causas para evitar un parto prematuro y mantener al feto dentro del vientre durante el tiempo deseado (Ochoa, Pérez, 2019).

Teniendo en cuenta lo antes mencionado es oportuno desarrollar el estudio de caso clínico en una gestante de 23 años de edad, con 34,5 semanas y diagnosticada con amenaza de parto pretérmino ingresada en el Hospital Básico de San Miguel, analizando de manera exhaustiva y estratégica los factores de riesgo relacionados a la patología, además de los antecedentes patológicos, examen céfalo caudal, exámenes de laboratorio, ecografía abdominal, para poder desarrollar el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), de acuerdo a los patrones funcionales alterados en la paciente y evaluar los resultados favorables de las intervenciones que llevaron a la recuperación de la paciente.

I. MARCO TEÓRICO

Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.)

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE), consiste en un plan de cuidados estandarizados de acuerdo a cuidados apropiados brindados a los pacientes por parte del personal de enfermería y que además están asociados a un determinado diagnóstico. Estos cuidados estandarizados responden de manera general y específica a las necesidades humanas y los distintos procesos de salud, organizados de manera metodológica y con un lenguaje científico de enfermería (NANDA International, 2017).

Este proceso es una herramienta útil para los profesionales de enfermería donde se une la teoría y la práctica, empleando de esta manera protocolos de acuerdo a la práctica clínica que amerite el paciente. El PAE indicará la línea de actuación ordenada y homogenizada de la enfermera en la práctica asistencial, aplican de esta manera cuidados basados previamente en la evidencia (Guartan, et al, 2019).

Todos los procesos de enfermería marcan resultados esperados para así de esta manera perpetuar la continuidad de estos cuidados. Además, cabe recalcar que se maneja un lenguaje común, lo cual facilita la comunicación entre los profesionales de enfermería en cuanto a la aplicación de terminología de acuerdo a los distintos criterios (Álvarez, Pérez, 2017).

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE), contribuye de manera directa a satisfacer las necesidades del paciente y de esta manera también a la enfermera.

A través de este se fomenta la investigación y el desarrollo de nuevas intervenciones a partir de la práctica asistencial. Para la elaboración de los procedimientos enfermeros se usa metodología específica basada en evidencia clínica y se aplican las intervenciones que mejor se acoplan a la condición del paciente. A pesar de todas las intervenciones que se puedan llegar a desarrollar con la paciente, en las prácticas es donde se va a observar cuáles de estas son las que favorecen o perjudican el proceso de recuperación (Faneite, 2017).

La enfermería es una disciplina con conocimientos científicos, fundamentada en la profesión, englobando de esta manera los valores éticos y morales; por tal motivo es la guía clínica sobre el conocimiento y la práctica aplicada (Ochoa, Pérez, 2019).

La práctica enfermera se define como una disciplina profesional que usa el conocimiento científico para resolver problemas reales o potenciales de salud. Dicha disciplina requiere de conocimientos, métodos y de la ciencia de enfermería, puesto a que sin todo esto no habría enfermería sino más bien, solo cuidados. Para llevar todo esto a la práctica es necesario hacer el uso de modelos y teorías fundamentadas en el modelo científico (Ramírez, Dueñas, Turrensb, Padilloc, Bedoya, 2019).

Un modelo de enfermería consiste en la representación simbólica y conceptual de la realidad enfermera, de acuerdo con la relación de los paradigmas (persona, salud, entorno y enfermería), representando así la forma ideal de manera abstracta y simbólica. Toda teoría está fundamentada de una base científica para

así al momento de llevarlos a la práctica fomenta a la investigación y desarrollo de la misma (Peña, 2015).

El PAE es un proceso sistemático, ordenado, protocolizado, dinámico y flexible. Sus fases se encuentran interrelacionadas formando un círculo continuo de pensamiento y acción (Moorhead, Maas, Swanson, 2014).

Fases del proceso de atención de Enfermería

- ✓ Valoración
- ✓ Diagnóstico
- ✓ Planificación
- ✓ Ejecución
- ✓ Evaluación

Teoría de Marjory Gordon

La Teoría de Marjory Gordon se basa en el empleo de los patrones funcionales como una clasificación de los comportamientos relativamente comunes de todos los seres humanos, que contribuyen o afectan a su salud, a la calidad de vida y al logro de su potencial humano; que se dan a lo largo de la línea de tiempo conocida como vida (Bulechek, Butcher, Dochterman, 2014).

Marjory Gordon fue especialmente conocida por crear un modelo diagnóstico para enfermería conocido como patrones funcionales. Consiste en una lista de actividades y comportamientos que contribuyen a la salud y la calidad de vida de las personas (Guartan, Morocho, Abrigo, Cun, 2019).

Para examinar a los pacientes se usa una serie de preguntas en forma de cuestionario que se responde de manera objetiva, además de la aplicación de la observación por parte del enfermero. Distinguió once patrones funcionales de conducta en sus trabajos (Aguilera, Vega, Montañez, Montesinos, 2016).

Valoración por patrones funcionales de Gordon

- ✓ Percepción de la salud
- ✓ Nutrición-metabólica
- ✓ Eliminación
- ✓ Actividad y ejercicio
- ✓ Sueño y descanso
- ✓ Cognitivo-perceptivo
- ✓ Autopercepción- autoconcepto
- ✓ Rol-relaciones
- ✓ Sexualidad-Reproducción
- ✓ Tolerancia al estrés
- ✓ Valores y creencias (Aguilera, Vega, Montañez, Montesinos, 2016).

Embarazo

Se denomina como embarazo, gestación o gravidez al período comprendido desde la unión del gameto masculino y femenino, luego la implantación del óvulo fecundado en el útero, posterior al trabajo de parto. El embarazo se considera un estado normal y fisiológico que pasa la mujer iniciando con la fecundación y finalizando después del parto que conlleva al nacimiento del neonato a término (Martínez, Díaz, Romero, 2017).

Durante el embarazo se sufren múltiples cambios anatómicos y fisiológicos en la mujer y en muchas ocasiones ocurren problemas que pueden interrumpir el desarrollo adecuado del embarazo, produciendo daños o afectaciones para la madre y el nuevo ser; uno de estos problemas es la amenaza de parto pretérmino (Valenti, Enriquez, Larguía, 2020).

Amenaza de parto pretérmino

La amenaza de parto pretérmino se entiende como un nacimiento prematuro y que se define como el parto que sucede posteriormente de la semana número 20 de gestación y antes de la semana número 37 de gestación, todo esto muy aparte del peso al nacer (Barrera, Manrique, Ospina, 2016).

De esta manera se denomina a la amenaza de parto pretérmino a la presencia de contracciones uterinas que son regulares durante el mismo periodo de tiempo, debido a cambios visibles en el cérvix, así como el borramiento y la dilatación (Valenti, Enriquez, Larguía, 2020).

Las contracciones uterinas se presentarán cuatro cada 20 minutos - ocho cada 60 minutos, con un borramiento cervical de > 75 % y una dilatación > a 2 centímetros, estos son los signos característicos de esta patología (OMS, 2021).

Clasificación

Los partos prematuros se clasifican de acuerdo a la edad gestacional: (Huamán, 2018).

- Prematuro extremo: se da antes de las 28 semanas de gestación.
- Prematuro severo: durante la 28 y 31 semanas de gestación.
- Prematurez moderada: 32-33 semanas de gestación.
- Prematuro tardío: va entre las semanas 34-37 de gestación (Barrera, Manrique, Ospina, 2016).

De igual manera, no solo se debe de considerar la edad gestacional, sino también el peso al nacer, siendo incluida entre las mayores causas de morbilidad y mortalidad en los recién nacidos, debido a que son muy pequeños y con un peso igual o menor a 1000 gramos (Martínez, Díaz, Romero, 2017).

Etiología

Entre las principales causas por las cuales se produce la amenaza de parto pretérmino están las de origen multifactorial, entre las cuales se destacan: (OMS, 2021).

- Iatrogenia: cuando es bajo indicación y supervisión médica que se debe finalizar el embarazo, debido a la presencia de alguna otra patología materna que ponga en riesgo la vida de la madre y el nuevo ser, impidiendo continuar de esta manera con el embarazo (Huamán, 2018).
- Posterior a una Rotura Prematura de Membranas (RPM), lo cual se considera inevitable para seguir manteniendo el embarazo.

- Idiopático: debido a causas desconocidas o complicaciones desconocidas (OMS, 2021).

Factores de riesgo de la amenaza de parto pretérmino

Entre los factores de riesgo que se consideran para una amenaza de parto pre término, son: (González, et al, 2018).

- Historial obstétrico y ginecológico de la madre
 - ✓ Controles prenatales incompletos
 - ✓ Antecedentes de parto pretérmino (Huamán, 2018).
 - ✓ Cirugía previa de útero o del cuello uterino
 - ✓ Abortos inducidos.
 - ✓ Periodo intergenésico menor o igual a 1 año (Martínez, Díaz, Romero, 2017).
- Complicaciones del embarazo
 - ✓ Ruptura prematura de membranas (RPM).
 - ✓ Embarazo gemelar o embarazos múltiples
 - ✓ Preeclampsia.
 - ✓ Hipertensión arterial (HTA).
 - ✓ Altos niveles de catecolaminas en la orina materna (Huamán, 2018).
 - ✓ Sangrado vaginal.
 - ✓ Infecciones de vías urinarias.
 - ✓ Anemia (Barrera, Manrique, Ospina, 2016).
- Hábitos y estilos de vida
 - ✓ Bajo peso debido a una malnutrición

- ✓ Hábitos tóxicos como consumo de alcohol y tabaco (OMS, 2021).
- Otros
 - ✓ Embarazo en adolescentes
 - ✓ Mayor de 35 años de edad
 - ✓ Pertener a la raza afroamericana
 - ✓ Nivel socioeconómico bajo (González, et al, 2018).

Alteraciones fetales

- **Cromosómicas:** Produciendo alteraciones en el número de genes y el orden dentro de los cromosomas, produciendo así el Síndrome de Turner, Trisomía 18, Trisomía 21 (Huamán, 2018).
- **No cromosómicas:** malformaciones de un órgano o sistema tales como las del tubo neural, del corazón, al riñón y vía urinaria, malformación músculo-esqueléticas (Valenti, Enriquez, Larguía, 2020).

Manifestaciones clínicas

La sintomatología de una amenaza de parto pre término presenta manifestaciones clínicas variadas, entre ellas se muestran: (OMS, 2021).

- Secreciones vaginales que van desde mucosidad o hemorragia.
- Dolor del abdomen.
- Dolor en la parte baja de la espalda.
- Cólicos abdominales con o sin presencia de diarrea.
- Contracciones uterinas, en ocasiones sin dolor.
- Ruptura prematura de membranas (González, et al, 2018).

Los partos pretérmino casi siempre se realizan a través de la cesárea instrumentada, así se evitan múltiples riesgos que puedan llegar a sufrir la madre y el nuevo ser, solo en pocas ocasiones se dan por parto normal de acuerdo a las condiciones en las que se encuentre la madre y que no comprometa la integridad del feto (Martínez, Díaz, Romero, 2017).

Diagnóstico

La amenaza de parto pretérmino se diagnostica a partir de la semana 20 hasta la 37 e independiente de la integridad que presentes las membranas. Además de esto se debe de tener en cuenta las contracciones uterinas y el estado del útero y al menos la presencia de un factor de riesgo para ser sugestivo del parto prematuro (Lema, Sánchez, 2017).

Las contracciones uterinas deberán de ser 4 contracciones en 20 minutos, u 8 en 60 minutos, siendo estas dolorosas o indoloras, dolor pélvico, dolor en la zona lumbar, hemorragia, además de una dilatación cervical mayor de 2 cm y/o borramiento mayor al 80% (Beck, et al, 2020).

Todo lo anteriormente descrito debe ser comprobado y corroborado mediante una ecografía.

Tratamiento

Cuando se diagnostica el parto pretérmino, no existe medicamento que pueda prevenirlo, sin embargo, se usan tratamientos para retrasar este proceso de manera temporal (Beck, et al, 2020).

Se emplea el uso de corticoesteroides para promover la madurez pulmonar del bebe.

El Sulfato de magnesio se emplea para reducir el daño cerebral

Tocolíticos. Usados para retardar temporalmente las contracciones (Lema, Sánchez, 2017).

Medidas preventivas

- La práctica de ejercicios se deberá realizar de manera moderada
- La alimentación debe ser balanceada y disminuir o eliminar el consumo de cafeína
- Evitar hábitos tóxicos como el consumo de drogas, alcohol o tabaco.
- Cumplir con los controles prenatales requeridos (cinco)
- Evitar estrés o tensiones.
- Consumir vitaminas suplementarias para el desarrollo gestacional
- Cumplir con los tratamientos establecidos por su médico de cabecera (Beck, et al, 2020).

Epidemiología

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, hasta el año 2019 se calculó que aproximadamente 15 millones de niños prematuros (antes de que se cumplan las 37 semanas de gestación) nacieron alrededor de todo el mundo. Cabe mencionar que esa cifra va en aumento debido a las complicaciones y factores de riesgo relacionados con la prematuridad que conlleva a diversas causas de morbilidad y mortalidad materno fetal (Lema, Sánchez, 2017).

En el Ecuador hasta el año 2020 se calcula que se dan alrededor de 300.000 recién nacidos vivos por año, el riesgo de nacimientos pre término se estima que oscila entre el 6 % y 10 % de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) detalla que en el Ecuador se encuentra entre los 11 países con las tasas más bajas de nacimientos prematuros del mundo con 5,1 %, de acuerdo con esto según datos del INEC, el parto pretérmino es una de las principales causas de morbilidad infantil (Beck, et al, 2020).

La respuesta del Ecuador y el Ministerio de Salud Pública, en aras de disminuir las muertes maternas y fetales implemento el uso de su Guía Práctica Clínica para la atención de emergencias obstétricas, dentro de las cuales se incluye en esta patología el uso de la clave obstétrica roja, sin excluir el uso de la clave azul y amarilla (Lema, Sánchez, 2017).

1.1. JUSTIFICACIÓN

La amenaza de parto pretérmino se la define como la presencia de contracciones uterinas más la dilatación del cuello uterino antes de completar las 37 semanas de gestación. Según estudios, aproximadamente del 65 a 85 % de estos nacimientos prematuros se producen de manera espontánea y la gran mayoría presentan consecuencia de patologías materno-fetales (Ramírez, et al, 2019).

Debido a la alta demanda de gestantes que presentan riesgo de padecer una amenaza de parto pretérmino en el Hospital Básico de San Miguel, se hace oportuno describir el caso clínico de una gestante de 23 años de edad, con 34,5 semanas y diagnosticada con amenaza de parto pretérmino ingresada en esta casa hospitalaria en el área de ginecología, analizando de manera exhaustiva y estratégica los factores de riesgo relacionados con la patología, además de los antecedentes patológicos, examen céfalo caudal, exámenes de laboratorio, ecografía abdominal, para poder desarrollar el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), de acuerdo a los patrones funcionales alterados en la paciente y así lograr evaluar los resultados de las intervenciones que llevaron a la recuperación de la paciente.

La base en conocimientos científicos aplicados en la práctica asistencial de enfermería, permite mejorar los cuidados brindados de acuerdo a las necesidades que presenten las pacientes; todo esto se logra a través de una adecuada identificación del diagnóstico de enfermería de acuerdo a la taxonomía NANDA, otorgando de esta manera un valor extraordinario a la participación del personal de enfermería en cuanto a la recuperación de la salud de la paciente.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

- Desarrollar un Proceso de Atención de Enfermería (PAE), en una gestante de 34,5 semanas con amenaza de parto pretérmino ingresada en el Hospital Básico de San Miguel, teniendo en cuenta los factores de riesgo, historial clínico, sintomatología y patrones funcionales alterados.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer el diagnóstico de enfermería de acuerdo a la taxonomía NANDA, de la gestante de 34,5 semanas con amenaza de parto pretérmino tomando como referencia los patrones funcionales alterados en la paciente.
- Determinar las intervenciones de enfermería aplicadas a la gestante de 34,5 semanas con amenaza de parto pretérmino en relación al plan de cuidados establecido en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE).
- Expresar los factores de riesgo que se relacionan con el desarrollo de la amenaza de parto pretérmino en la gestante de 34,5 semanas, teniendo en cuenta su historial clínico y la sintomatología presente en la paciente.

1.3. Datos generales

Nombres Completos: NN

HC: 0274*****

Edad: 23 años

Sexo: Femenino

Estado civil: soltera

Lugar de nacimiento: San Miguel – Bolívar – Ecuador

Lugar de residencia: San Miguel

Nivel de estudios: secundaria

Profesión: agricultora

Hijos: 1

Nivel socio económico: bajo

Grupo sanguíneo: O RH+

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.

Motivo de consulta:

Paciente de sexo femenino 23 años de edad, gestante con 34,5 semanas, ingresa a través del área de emergencias del Hospital Básico de San Miguel, manifiesta que hace horas tiene dolor en el bajo vientre, visualizo algo de secreción entre mucosidad y sangre, agitada con dolor en la espalda, es valorada por el médico de emergencias quien admite su ingreso a sala de observaciones de emergencias obstétricas para su debida valoración por el especialista.

Antecedentes:

- **Personales:** Consume vitaminas para el embarazo, anteriormente había sufrido de amenaza de aborto.
- **Familiares:** Padre es hipertenso no controlado.
- **Ginecobstétrico:** Menarquia inició a los 14 años de edad con ciclos regulares dolorosos, gestas previas 1.

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

Paciente de sexo femenino 23 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 de San Miguel, manifestando que en un tiempo aproximado de dos horas ha presentado dolor en el bajo vientre (hipogastrio), visualizo algo de secreción entre mucosidad y sangre, agitada con

dolor en la espalda, el médico residente de guardia realiza su respectiva valoración del caso y la remite a la sala de emergencias obstétricas para que el especialista realice su valoración.

La paciente es monitorizada y se procedió a controlar los signos vitales; presión arterial 125/74 mm/Hg, frecuencia cardíaca 77 latidos por minutos, saturación de oxígeno 97%, temperatura 37,5 °C, frecuencia respiratoria 18 respiraciones por minuto, glicemia capilar de 105 mg/dl. Médico indica enviar muestras de laboratorio y realización de una ecografía abdominal y el ingreso a la sala de ginecobstetricia.

Con prescripciones médicas de ingreso

- 1) Control de score mama
- 2) Lactato de Ringer 1000 ml intravenoso a 42 ml/H
- 3) Ampicilina 1 gramo intravenosa cada 6 horas.
- 4) Dexametasona 4 mg intramuscular cada 12 horas

Luego de tener los exámenes de laboratorio se comprobó la existencia de una ligera infección de vías urinarias por lo que el médico prescribió:

- 1) Lactato de Ringer 1000 ml intravenoso a 42 ml/H
- 2) Metoclopramida 10 miligramos intravenosa cada 8 horas.
- 3) Ampicilina 1 gramo intravenosa cada 6 horas.
- 4) Paracetamol 1 gramo intravenosa por razones necesarias.
- 5) Cefazolina 1 gramo intravenoso cada 12 horas
- 6) Omeprazol 40 mg intravenoso cada día
- 7) Dexametasona 4 mg intramuscular cada 12 horas

2.3 Examen físico (exploración clínica).

Examen céfalo-caudal

Signos vitales

TA: 125/74 mm/Hg

FC: 77 latidos por minutos

FR: 18 respiraciones por minuto

T°: 37,5 °C

SAT O2: 97 %

Glicemia Capilar: 105 mg/dl

Peso: 42 kg

Altura: 154 cm

IMC: 17.7 (lo que indica que tiene un bajo peso).

- ✚ **Cabeza:** Normo cefálica, sin presencia de laceraciones, correcta implantación capilar
- ✚ **Cara:** Simétrica, facie ruborizada, músculos de buen tono, pestañas con implantación adecuada en los bordes de los párpados y cejas completas, pupilas isocóricas, reactivas.
- ✚ **Boca:** Labios simétricos, hidratados, presencia de piezas dentarias.
- ✚ **Nariz:** Tabique nasal simétrico, sin presencia de lesiones.
- ✚ **Cuello:** Simétrico, móvil, no presencia de adenopatías, no se palpa glándula tiroides, presencia de pulsos carotídeos.
- ✚ **Tórax:** Simétrico, no doloroso a la palpación, presencia de murmullo vesicular bilateral, mamas turgentes, presencia de pezones, sin deformidades.
- ✚ **Pulmones:** Llenado pulmonar completo con estertores normales.
- ✚ **Abdomen:** Globoso debido a gestación, ruidos hidroaéreos presentes, se realiza maniobra de Leopold, feto único, situación longitudinal, dorso derecho, presentación cefálica, no encajamiento.
- ✚ **Extremidades Superiores e Inferiores:** Simétricos, leve presencia de edema.
- ✚ **Genitales:** Presencia de genitales femeninos, sin hidrorrea, ni ginecorragia.

Valoración de enfermería por patrones funcionales - Marjory Gordon

Patrón 1: percepción – manejo de la salud:

Paciente de sexo femenino 23 años de edad, gestante con 34,5 semanas, con molestias abdominales y secreción vaginal

¿Cómo considera su estado de salud en general?

Estado de salud regular

¿Ha tenido ingresos hospitalarios anteriores?

Ninguno, solo el ingreso para su parto anterior

¿Realiza controles médicos mensuales?

Debido a la pandemia solo se ha realizado dos chequeos

¿Ha realizado prácticas perjudiciales para su salud: fumar, alcohol y drogas?

No realiza hábitos tóxicos

Patrón 2: nutricional – metabólico

¿Cuál es su ingesta típica de alimentos diariamente?

Alimentación deficiente debido a la inapetencia.

¿Cuál es la ingesta diaria de líquidos?

Consume de 5 a 7 vasos con agua al día

¿Presento ganancia o pérdida de peso durante el embarazo?

Presento una pérdida de peso

¿Cómo se evidencia el estado de la piel y mucosas?

Mucosas orales semihúmedas, piel flácida y deshidratada.

Patrón 3: eliminación e intercambio

¿Realiza deposiciones diariamente?

La deposición la realiza con normalidad de 2 a 3 veces al día.

¿Realiza evacuación urinaria?

Eliminación urinaria adecuada para su estado gestacional

¿Presenta alteraciones en la micción?

Ninguna

¿Presenta pérdida de líquido transvaginal?

Si, líquido mucoso y sanguinolento

Patrón 4: actividad/ejercicio

¿Qué estado de independencia presenta para el autocuidado en: alimentación, baño, aseo y vestimenta, movilidad en general?

Se alimenta sola, se asea y viste sin ayuda

Estado de signos vitales:

TA: 125/74 mm/Hg

FC: 77 latidos por minutos

FR: 18 respiraciones por minuto

T°: 37,5 °C

SAT O2: 97 %

Glicemia Capilar: 105 mg/dl

¿Qué actividades realiza en su tiempo libre?

Permanece en casa descansando

Patrón 5: sueño – descanso

¿Cuántas horas duerme diariamente?

Duerme alrededor de 8 horas

¿Contrae bien el sueño?

Antes del embarazo sí, pero ahora le cuesta mucho dormir bien

¿Evidencia descanso o cansancio al levantarse luego del sueño?

Paciente refiere que mantiene sueños irregulares y que descansa muy poco

Patrón 6: cognitivo perceptual

¿Tiene dificultades auditivas?

Ninguna

¿Tienes dificultades visuales?

Ninguna

¿Presenta problemas de concentración o al comunicarse?

Paciente orientada en tiempo espacio y persona, muy preocupada y alerta por la situación de su embarazo

Patrón 7: autopercepción/autoconcepto

¿Tiene problemas con su estado corporal?

Si tiene problemas debido a que preferiría estar bien

¿Ha presentado problemas conductuales como ansiedad, miedo o tristeza?

Su estado actual le produce ansiedad

Patrón 8: rol – relaciones

¿Tiene una buena relación con su pareja y familiares?

Adecuada relación con su pareja e hijo

¿Mantiene visita de familiares durante su hospitalización?

Si sus familiares la esperan en casa, debido a que por la pandemia es recomendable estar en casa

Patrón 9: sexualidad/reproducción

¿Ha tenido embarazos previos o abortos?

Si un embarazo previo y cero abortos

Patrón 10: adaptación/tolerancia al estrés

Paciente que cursa su segundo embarazo con el mismo problema por lo que le causa temor de llegar a tener un problema grave

Patrón 11: valores/creencias

Paciente refiere ser testigo de Jehová.

2.4 Información de exámenes complementarios realizados

Examen	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 ginecobstetrico

Altura uterina: 32 cm.

Dinámica uterina: 0

Latidos cardiofetales: 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. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

Diagnóstico presuntivo: Aborto espontaneo + Infección de vías urinarias

Diagnóstico diferencial: Amenaza de parto pretérmino

Diagnóstico definitivo: Amenaza de parto pretérmino

Diagnóstico presuntivo de enfermería: Riesgo de Sangrado

Diagnóstico diferencial de enfermería: Riesgo de alteración de la diada materno/fetal

Diagnóstico definitivo de enfermería Dolor agudo

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

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE), consiste en un plan de cuidados normalizados de acuerdo a cuidados adecuados que son brindados a los pacientes por parte del personal de enfermería durante la práctica asistencial y que además están asociados a un determinado diagnóstico dado por la nomenclatura NANDA. Estos cuidados estandarizados responden de manera general y específica a cada una de las necesidades humanas y los distintos procesos de salud que el individuo este cursando, organizados de manera metodológica y con un lenguaje científico propio de la enfermería.

Partiendo de la evaluación adecuada de los patrones funcionales alterados, se procedió a elaborar el plan de cuidados.

Dentro de los patrones funcionales alterados se encuentran:

- ✓ Patrón 3: eliminación e intercambio
- ✓ Patrón 5: sueño – descanso
- ✓ Patrón 10: adaptación/tolerancia al estrés

NANDA:00132
NOC: 2102
NIC: 1400

M
E
T
A
S

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

Dominio 12: confort

Clase 01: Confort Físico **Etiqueta:** 00132

Dx: Dolor agudo

R/C: CONTRACCIONES UTERINAS

E/P: Conducta expresiva de dolor, llanto, quejidos, cambios en la presión arterial.

Dominio 12: Confort

Clase I: Confort físico

Etiqueta 2102: Nivel del dolor

Campo 01: Fisiológico: Básico

Clase E: Fomento de la comodidad física

Etiqueta 1400: Manejo del dolor

ESCALA DE LIKERT **ANTES** Y **DESPUES**

INDICADORES	1	2	3	4	5
Expresiones faciales del dolor	X			X	
Inquietud y ansiedad	X				X
Duración de los episodios de dolor	X				X
Gemidos y gritos		X			X
Frecuencia cardíaca		X			X
Presión arterial		X		X	

ACTIVIDADES

1. Control de signos vitales
2. Educación para la salud
3. Administración de antibióticos y medicamentos para calmar el dolor
4. Proporcionar confort, confianza y aseo al paciente.
5. Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias (temperatura de la habitación, iluminación, ruidos).
6. Fomentar períodos de descanso/ sueño adecuados que faciliten el alivio del dolor.
7. Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.

NANDA:00209
NOC: 2509
NIC: 4021

Dominio 8: Sexualidad

Clase 03: Reproducción Etiqueta: 00209

Dx: Riesgo de alteración de la diada materno/fetal

R/C: Proceso de hospitalización e incertidumbre acerca de su condición de salud

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

Dominio 04: Conocimiento y Conducta de salud.

Clase T: Control del riesgo y Seguridad.

Etiqueta: Estado materno.

ESCALA DE LIKERT ANTES Y DESPUES

INDICADORES	1	2	3	4	5
Inquietud	X				X
Ansiedad	X				X
Llanto	X			X	
Irritabilidad	X				X
Impaciencia	X			X	

Campo 05: Familia

Clase N: Cuidados de un nuevo bebe

Etiqueta 4021: Vigilancia al embarazo

ACTIVIDADES

- 1 Control de signos vitales
- 2 Control de estado nutricional
- 3 Educación para la salud
- 4 Terapia familiar
- 5 Administración de medicamentos
- 6 Manejo de la ansiedad y estrés

M
E
T
A
S

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

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

El presente caso clínico trata sobre una paciente de sexo femenino 23 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 de San Miguel, diagnosticada con embarazo de parto pretérmino, manifestando que en un tiempo aproximado de dos horas ha presentado dolor en el bajo vientre (hipogastrio), visualizo algo de secreción entre mucosidad y sangre, agitada con dolor en la espalda, signos vitales; presión arterial 125/74 mm/Hg, frecuencia cardíaca 77 latidos por minutos, saturación de oxígeno 97 %, temperatura 37,5 °C, frecuencia respiratoria 18 respiraciones por minuto, glicemia capilar de 105 mg/dl. A la paciente se le brindó cuidados de enfermería, confort, aso y comodidad, se canalizó vía periférica con catéter número 18, se administró la medicación prescrita por el médico.

Mediante la aplicación de las intervenciones de enfermería se logró satisfacer las necesidades básicas en la paciente, estableciendo los factores de riesgo que desencadenaron la patología y respondiendo adecuadamente a los patrones funcionales alterados.

2.8. Seguimiento.

Ingreso: Día 1

Recibo paciente de sexo femenino 23 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 de San Miguel, 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 37,5 °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 hemodinamicamente 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 23 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 hemodinamicamente 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 23 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, hemo dinámicamente 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 desde su ingreso se muestra colaborativa en cuanto al accionar médico y de enfermería debido a que era consciente del estado de salud que se encontraba cursando y sumado a su estado de gravidez le podía generar muchos problemas. También se demostraba con temor por la situación de la pandemia y temía contagiarse en la entidad hospitalaria. Se brindó cuidados oportunos en aras de brindar comodidad y confort para que la paciente pueda ser atendida con naturalidad.

Además, demostró un interés por conocer las medidas y el tratamiento a seguir para poder recuperar su estado de salud y retomar sus actividades. Contaba con el apoyo de sus familiares y esposo en todo momento, lo cual favoreció enormemente la recuperación adecuada de la paciente.

CONCLUSIONES

A través de las medidas tomadas del personal de enfermería se logró establecer el diagnóstico de enfermería a través de la taxonomía NANDA, teniendo en cuenta las necesidades básicas de la paciente y los patrones funcionales alterados con el fin de lograr cumplir una buena asistencia práctica.

Se lograron determinar las intervenciones de enfermería orientadas el plan de cuidados establecidos en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), cubriendo todas las necesidades básicas de la paciente y así disminuir los signos y síntomas buscando una solución de manera rápida y oportuna al problema de salud.

Se expresaron los factores de riesgos desencadenantes del parto pretérmino en la paciente, siendo su historial ginecológico puesto a que es la segunda ocasión que presenta problemas en el desarrollo de su embarazo, pero gracias a las ayudas brindadas por el personal sanitario la paciente logro su recuperación y terminar su parto a término con un recién nacido en óptimas condiciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Aguilera, N., Vega, G., Montañez, A., Montesinos, I. (2016). Riesgo de trabajo de parto pretérmino espontáneo y su relación con estrés y ansiedad. *Index. Enferm.* 23(1-2):21- 25. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000100005>
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000100005
- Álvarez, M., Pérez, C. (2017). Amenaza de parto pretérmino: una mirada desde el modelo de Mishel. *doi: 10.15446/av.enferm.v35n1.52586. Av Enferm.* 2017;35(1):77-86. <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v35n1/v35n1a08.pdf>
- Barrera, L., Manrique, F., Ospina, J. (2016). Factores asociados al parto pretérmino en adolescentes de Tunja, Boyacá. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (48),215-227. ISSN: 0124-5821. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194245902013>
- Beck, S., Wojdyla, D., Say, L., Betran, A., Merialdi, M., Harris, R. (2020). Incidencia mundial de parto prematuro: revisión sistemática de la morbilidad y mortalidad maternas. *Bull World Health Organ*; 88(1):31-8. <https://www.who.int/bulletin/volumes/88/1/08-062554.pdf?ua=1>
- Bulechek, M., Butcher, K., Dochterman, M. (2014). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6a Edición. Madrid: Elsevier.
- Faneite, P. (2017). Parto pretérmino: reto, reacciones y paradigmas [Editorial]. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 72(4):217-220. <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0048-77322012000400001&lng=es>
- González, I., Guillermo, G., Hoyos, J., Torres, I., González, I., Fernández, E. (2018). Factores de riesgo del bajo peso al nacer. Policlínico Universitario José Jacinto Milanés. 2013-2014. *Rev Med Electrón [Internet]*.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000100010

Guartan, C., Morocho, E., Abrigo, M., Cun, Y. (2019). Factores de riesgo asociados a la amenaza de parto pretérmino y aplicación del Proceso de Atención de Enfermería. *Ocronos - Editorial Científico-Técnica*. <https://revistamedica.com/factores-de-riesgo-parto-pretermino-proceso-de-atencion-de-enfermeria/>

Huamán, M. (2018). PARTO PRETÉRMINO: DIAGNÓSTICO. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 54(1),22-23. ISSN: 2304-5124. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428187006>

Lema, S., Sánchez, J. (2017). *Prevalencia de recién nacidos pre termino adecuado para edad gestacional en la maternidad Mariana de Jesús en el periodo de junio a noviembre del 2016*. [Tesis de grado- Universidad Católica Santiago de Guayaquil]. <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/8086/1/T-UCSG-PRE-MED-587.pdf>

Martínez, G., Díaz, J., Romero, A. (2017). Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en adolescentes. *Salud en Tabasco*, 23(1-2),13-18. ISSN: 1405-2091. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48754566003>

Moorhead, M., Maas, L., Swanson, E. (2014). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5a Edición. Madrid: Elsevier.

NANDA International. (2017). Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación. Barcelona: Elsevier; 7a Edición.

Ochoa, A., Pérez, J. (2019). Amenaza de parto prematuro: Rotura prematura de membranas. Corioamnionitis. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 32(Supl. 1), 105-119.

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200011&lng=es&tlng=es.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). Nacimientos prematuros.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

Peña, A. (2015). *Propuesta de implantación de plan de cuidados estandarizados en las amenazas de parto pretérmino*. [Tesis de grado- Universidad Pública de Navarra].

<https://academica-e.unavarra.es/xmlui/bitstream/handle/2454/7808/Master%20Gestion%20Cuidados%20Enfermeria%20Ana%20Mart%C3%ADnez%20Pe%C3%B1a.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ramírez, M., Dueñas, J., Turrensb, J., Padilloc, J., Bedoya, C. (2019). Análisis de dos estrategias para el manejo de la amenaza de parto pretérmino. *Rev. Elsevier Vol. 53. Núm. 7. pp. 261-266 (Julio 2020)*. DOI:

10.1016/j.pog.2019.10.009. <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-analisis-dos-estrategias-el-manejo-S030450131000083X>

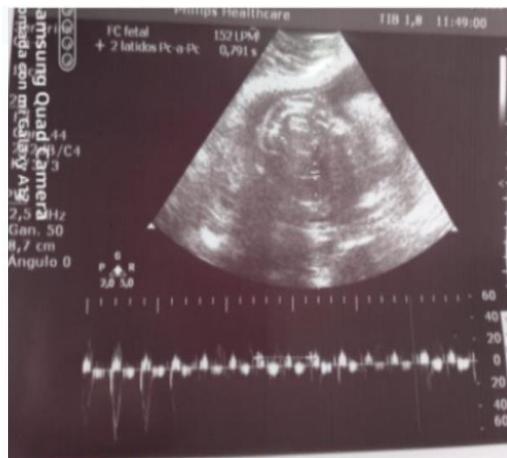
Valenti, A., Enriquez, D., Larguía, M. (2020). Parto pretérmino provocado. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, 19 (2), 72-77*. [ISSN:

1514-9838. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91219205>

ANEXOS



IRE. SHARON FONSECA, controlando signos vitales y score mama.



Evidencia de ecografía de la paciente.