

ORIGINAL

Nursing care in threatened preterm labor in the obstetrics and gynecology department of a national hospital

Cuidados de enfermería en amenaza de parto pretérmino en el servicio de gineco obstétrica de un hospital nacional

Ruth Noemí Bueno Huamán¹, Carmen Del Pilar Villanueva Sánchez¹, Sofía Dora Vivanco Hilario¹

¹Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud, Universidad Peruana Unión, Lima, Perú.

Citar como: Bueno Huamán RN, Villanueva Sánchez CDP, Vivanco Hilario SD. Nursing care in threatened preterm labor in the obstetrics and gynecology department of a national hospital. Salud Integral y Comunitaria. 2023;1:8. <https://doi.org/10.62486/sic20238>

Enviado: 31-08-2023

Revisado: 28-10-2023

Aceptado: 11-12-2023

Publicado: 12-12-2023

Editor: Prof. Dr. Javier González Argote 

ABSTRACT

The threat of preterm birth is a pathology that puts the life of the mother and baby at risk; it occurs one in every 10 births and is a serious public health problem. The objective was to manage the nursing care process for a pregnant woman with a threat of preterm birth. The study had a qualitative approach, a single case type of study applying the method of the nursing care process in its 5 stages, the study subject was a 35-year-old patient with a diagnosis of threatened preterm birth. In the assessment stage, the guide of Maryori Gordon's 11 functional patterns was applied, allowing problems and needs to be identified through the interview and data from the clinical history. Identifying 10 nursing diagnoses based on NANDA-I taxonomy II, prioritized: labor pain, risk of alteration of the maternal/fetal dyad and CP infection; In the planning, the care plan prepared with the NOC and NIC classification was applied, in the execution stage nursing care was provided related to the control of alarm signs, reduction of labor pain and maternal-fetal complications, application of therapeutic measures, were assessed by differentiating the baseline score with the achievement score, resulting in an updated care plan with a change score of -2, 0 and +1. In conclusion, the nursing care process was managed, providing quality and humanized care to the patient.

Keywords: Threat of Preterm Birth; Nursing Care.

RESUMEN

La amenaza del parto pretérmino es una patología que pone en riesgo la vida de la madre y el bebé, se presenta uno de cada 10 nacimientos y es un problema grave de salud pública. El objetivo fue gestionar el proceso de atención de enfermería a una gestante con amenaza de parto pretérmino. El estudio fue de enfoque cualitativo, tipo de estudio caso único aplicando el método del proceso de atención de enfermería en sus 5 etapas, se tuvo como sujeto de estudio a paciente de 35 años con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino. En la etapa de valoración se aplicó la guía de los 11 patrones funcionales de Maryori Gordon, permitiendo identificar problemas y necesidades a través de la entrevista y datos de la historia clínica. Identificando 10 diagnósticos de enfermería en base a la taxonomía II de la NANDA-I, priorizados: dolor de parto, riesgo de la alteración de la diada materno/ fetal y PC infección; en la planificación se aplicó el plan de cuidados elaborado con la clasificación NOC y NIC, en la etapa de ejecución se brindó cuidados de enfermería relacionado al control de signos de alarma, disminución del dolor de parto y complicaciones materno fetales, aplicación de medidas terapéuticas, fueron valoradas diferenciando la puntuación basal con la puntuación de logro, obteniendo como resultado un plan de cuidados actualizado con puntuación de cambio de -2, 0 y +1. En conclusión, se gestionó el proceso de atención de enfermería brindando un cuidado de calidad y humanizado a la paciente.

Palabras clave: Amenaza de Parto Pretérmino; Cuidados de Enfermería.

INTRODUCCIÓN

Según las últimas estadísticas disponibles, en el mundo anualmente nacen 15 millones de bebés antes de completar en su totalidad el periodo de gestación, lo que representa aproximadamente un bebé por cada 10 nacimientos. Además, durante el parto se registra la muerte de cerca de un millón de niños prematuros anualmente debido a complicaciones durante el parto, siendo a nivel mundial, el nacimiento prematuro la principal causa de muerte en niños menores de cinco años, lo cual se agrava por el hecho de que los nacimientos prematuros aumentan según las tasas de los países que registran datos estadísticos.^(1,2)

Así mismo, según informe de la Organización Panamericana de la Salud, los nacimientos a raíz de parto pretérmino se considera un problema grave de salud pública que implica diversos aspectos de gran impacto. En primer lugar, provoca la exposición del bebé recién nacido a una serie de complicaciones desde el inicio de su vida lo que aumenta su morbilidad y a la vez acarrea problemas de salud que pueden perdurar hasta la vida adulta. A nivel mundial, la tasa de nacimientos prematuros se considera que es de alrededor del 11 % (el 5 % en zonas de Europa, 18 % en zonas de África), es decir, 15 millones de niños nacen prematuros cada año. Una parte importante de los nacimientos prematuros se relaciona con las condiciones de vida de las gestantes y deja manifiesta la importancia de abordar los causantes con un enfoque diferenciado.^(3,4)

La incidencia del parto prematuro en el mundo tiene una tasa de 11,1 y varía entre 5 % y 15 %; para el caso de EE. UU. es de 12 %, además esta tasa va en aumento en otros países, explicándose posiblemente por las inducciones de los médicos de manera temprana que están logrando mayor posibilidades de vida en los recién nacidos prematuros.^(5,6,7)

Respecto a los nacimientos prematuros en el Perú de enero a octubre del año 2022 se registraron 27 383 nacimientos pretérmino, es decir 0,10 % más, en comparación con lo registrado para igual en el periodo del año 2021, datos obtenidos del portal web del sistema de registro del certificado de nacido vivo que pertenece al Ministerio de Salud.^(8,9)

Así vez, el instituto nacional de estadística e informática (INEI) detalla en la encuesta demográfica y de salud familiar del año 2020, en donde sus principales resultados, indica que de la totalidad de nacimientos que se produjeron en dicho año en el Perú, se produjo un 23 % de nacimientos prematuros y con bajo peso al nacer el 6,6 % resaltando que son los que tienen mayor riesgo de infecciones, mortandad de primeros días, probabilidad de desnutrición y déficit de atención.⁽¹⁰⁾

De igual forma en Lima, en el hospital San Bartolomé, para el año 2018 la tasa de parto pretérmino se situó en 3,26 %, además, entre las principales comorbilidades que fueron atendidas se encontraron algunas afecciones presentes en la madre, relacionadas con el nacimiento pretérmino, entre ellas la anemia, infección urinaria, ganancia de peso excesiva, el elevado índice de masa corporal pregestacional, preeclampsia y la rotura prematura de membranas.⁽¹¹⁾

Se define a la amenaza de parto pretérmino al cuadro clínico caracterizado por la presencia de contracciones uterinas regulares con modificaciones cervicales se produce entre las 22 y 36,6 semanas de gestación en gestantes con membranas amnióticas íntegras.⁽¹²⁾

Se considera prematuro a un bebé que nace vivo sin que logre completar las 37 semanas de gestación, el estadio de prematuros tiene subcategorías basadas según la edad gestacional, las cuales son: extremadamente prematuros < de 28 semanas, muy prematuro de 28 a 32 semanas, prematuro entre moderado y tardío de 32 a 37 semanas. Existen diversas razones por las cuales los bebés pueden nacer de manera prematura, entre ellas el trabajo de parto espontáneo o por cesárea debido a indicación del médico.⁽¹³⁾

La amenaza de parto pretérmino es la presencia de contracciones uterinas de manera regular, y que se asocian a modificaciones cervicales es decir la dilatación y/o acortamiento del cuello uterino, lo cual ocurre entre las 22 y las 36,6 semanas el periodo gestacional.^(14,15)

Entre las causas del parto pretérmino se tienen: la infección intrauterina, isquemia uteroplacentaria, distensión uterina excesiva, enfermedad cervical, reacción anormal del aloinjerto, fenómenos alérgicos y también trastornos endocrinos.⁽⁹⁾ Por otra parte, entre los factores de riesgo se tienen los factores obstétricos, los factores maternos, los factores sociodemográficos y factores externos.⁽⁵⁾

La fisiopatología del parto prematuro presenta una causa multifactorial, y surge como resultado de una serie de alteraciones en el bebé o en la madre, aunado a una serie de sucesos fisiopatológicos que conllevan al aumento de citoquinas proinflamatorias producida en el líquido amniótico. Esto genera sintomatología que incluye: cólico en el abdomen, contracciones con lumbago o presión en la ingle o los muslos, pérdida de líquido y/o sangrado rojo y brillante vía vaginal, entre otros.

El tratamiento de la amenaza de parto pretérmino retrasa el inicio de parto para administrar un ciclo completo de corticoides y minimizar la ocurrencia del síndrome de insuficiencia respiratoria. Además, se retrasa el parto para reducir la morbilidad perinatal. Por otra parte, la tocolisis se aplica con sulfato de magnesio (dosis de ataque 4 gr. en un periodo de 20 a 30 minutos, y una dosis de mantenimiento de 1 gr. por hora, máximo durante 24 horas).^(16,17)

METODOLOGÍA

El presente estudio tiene un enfoque cualitativo, tipo caso clínico único, con aplicación del método científico de proceso de atención de enfermería. El sujeto de estudio es una paciente de 35 años de edad, multípara, de 34 semanas de gestación, con diagnóstico médico amenaza de parto pretérmino, seleccionada a conveniencia de las investigadoras.

El método que se utilizó es el proceso de enfermería. Para la valoración se utilizó la técnica de la observación, información verbal de la paciente, examen físico, revisión de la historia clínica y para la recolección de los datos se utilizó el marco de valoración de los 11 patrones funcionales de salud de Marjory Gordon, luego de realizar el análisis crítico de los datos significativos se formularon los diagnósticos de enfermería teniendo en cuenta la taxonomía II de NANDA I; y para la etapa de planificación se utilizó la taxonomía NOC y NIC.

Se identificaron 10 patrones funcionales alterados, después del análisis crítico de los datos significativos se formularon 10 diagnósticos de enfermería teniendo en cuenta la taxonomía II de NANDA-I y la clasificación de diagnósticos de Linda Juall Carpenito; siendo priorizados 3: dolor de parto, alteración de la diada materno/fetal, PC infección; y para la etapa de planificación se utilizó la taxonomía NOC y NIC.

Luego de la etapa de ejecución de los cuidados enfermeros se culminó el proceso con la etapa de evaluación que se dio a través de la diferencia de las puntuaciones final y basal.

Proceso de atención de enfermería

Valoración

Datos Generales

Nombre: C.R.A

Edad: 35 años

Días de hospitalización: 02 días

Fecha de valoración: 03/10/2022

Horas de atención: 12 horas

Motivo de ingreso: Paciente mujer 35 años de edad, gestante ingresó por emergencia presentando dolor abdominal bajo con pérdida de líquido amniótico hace 18 horas, hospitalizada al servicio de gineco obstetricia en camilla en compañía de personal técnico y familiar. Refiere dolor abdominal tipo contracción de moderada intensidad, hospitalizada con diagnóstico médico de amenaza de parto pretérmino.

Valoración según Patrones Funcionales de Salud

Patrón funcional I: Percepción - control de la salud

Paciente sin antecedentes de enfermedades crónicas y/o intervenciones quirúrgicas, no es alérgica a medicamentos ni alimentos, con estado de higiene regular, no consume sustancias nocivas, con segunda dosis de vacuna covid-19, con primera dosis de vacuna antitetánica. Actualmente por su condición de salud recibe medicación tocolítico para disminuir el riesgo de parto prematuro.

Antecedentes familiares: padres no tienen antecedentes de enfermedades crónicas al igual que su hermana.

Patrón II: Nutricional metabólico

Paciente con peso de 55 kilos, talla 1,50 y con un índice de masa corporal de 29,8 (sobrepeso para la edad gestacional); piel normotérmica con temperatura normal de 36,7°C, mucosas rosadas e hidratadas; apetito normal, paciente con grupo sanguíneo O+, hemoglobina 15,5g/dl, hematocrito 43 %, plaquetas 339 000 mm³, glucosa 133 mg/dl, urea 19mg/dl, creatinina 0,6mg/dl.

Patrón III: Eliminación

Eliminación vesical: paciente no presenta incontinencia urinaria, micción espontánea de aspecto turbio y hematúrica. En cuanto al examen de orina se encontró: aspecto turbio, densidad 1,010, pH: 8, color hematúrico, proteínas 2(++) , leucocitos 25-30 xc, hematíes >100 xc, gérmenes 3(+++), células epiteliales 35-40 xc, sangre 3(+++), pus 3(+++), eliminación intestinal: paciente con deposiciones regulares (una vez al día).

Patrón IV: Actividad - ejercicio

Actividad respiratoria; paciente ventilando espontáneamente, saturando 95 %, con frecuencia respiratoria de 20 por minuto, no se evidencia tos ni secreciones, ruidos respiratorios conservados; en cuanto a la actividad circulatoria: presenta taquicardia sinusal de 120 por minuto, presión arterial 120/80mmhg, llenado capilar < 2 segundos, con vía endovenosa permeable en miembro superior izquierdo; con respecto a la actividad capacidad de autocuidado: con grado de dependencia 2 ya que se encuentra en reposo absoluto y necesita ayuda del personal para cuidados básicos; tono y fuerza muscular conservados.

Patrón V: Descanso - sueño

Paciente con patrón de sueño alterado, duerme 4 horas durante la noche por presencia de dolor abdominal por contracciones uterinas. Niega consumo de medicamentos para dormir.

Patrón VI: Perceptivo - cognitivo

Paciente lucida, orientada en tiempo, espacio y persona, con escala de Glasgow 15 puntos, sin alteraciones sensoriales. Refiere dolor abdominal de tipo contracción con un EVA de 6 de 10.

Patrón VII: Autopercepción - Autoconcepto

Paciente ansiosa, intranquila; preocupada por alojamiento de su esposo ya que no son de Cajamarca y no tiene donde quedarse, no tienen dinero para su alimentación y medicina.

Patrón VIII: Relaciones - rol

Paciente ama de casa, estado civil conviviente, vive con su esposo e hijo. Comunicativa, colaboradora ante las preguntas necesarias para la valoración.

Patrón IX: Sexualidad/reproducción

Paciente gestante con 34 semanas de embarazo, con fecha probable de parto el 09/11/22; gestación número dos actualmente, no tiene antecedentes de abortos, con exámenes ginecológicos incompletos (solo un control de PAP, cuenta con una ecografía según programación de sus controles). Mamas blandas sin presencia de lesiones, simétricas, sin masas, pezones formados, hiposecretantes a la estimulación, paciente con desconocimiento de la técnica e importancia del autoexamen de mamas. Útero grávido, paciente refiere percibir movimientos fetales; genitales conservados: no se evidencia sangrado vaginal.

Patrón X: Adaptación - tolerancia a la situación y al estrés

Paciente refiere sentirse preocupada por el estado de su salud y desconocimiento de la enfermedad en curso y con ansiedad anticipatoria.

Patrón XI: Valores y creencias

Paciente de religión católica bautizada en su religión la cual no antepone restricciones para su vida cotidiana.

Diagnósticos de enfermería priorizados

Primer Diagnóstico

Etiqueta diagnóstica: Dolor de parto (00256)

Definición: "Experiencia sensitiva y emocional que varía de agradable a desagradable, asociada al trabajo de parto y el parto."⁽¹⁸⁾

Características definitorias: Conducta expresiva, expresión facial de dolor, ansiedad, alteración de la frecuencia y ritmo cardíaco, contracción uterina, postura para aliviar el dolor.

Factores relacionados: Conocimiento inadecuado sobre el parto, percepción del dolor como negativo y miedo al parto.

Población en riesgo: mujeres en situación de emergencia durante el trabajo de parto.

Condición asociada: restricción de movilidad prescrita

Enunciado diagnóstico: dolor de parto relacionado con conocimiento inadecuado sobre el parto, percepción del dolor como negativo y miedo al parto, manifestado por conducta expresiva, expresión facial de dolor, ansiedad, alteración de la frecuencia y ritmo cardíaco, contracción uterina, postura para aliviar el dolor, asociada a restricción de movilidad prescrita.

Segundo diagnóstico

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de alteración de la diada materno/fetal (00209).

Definición: "Susceptible a una alteración de la relación simbiótica materno/fetal como resultado de comorbilidad o condiciones relacionadas con el embarazo, que puede comprometer la salud".⁽¹⁹⁾

Factores relacionados: Cuidado prenatal inadecuado.

Condiciones asociadas: Complicaciones asociadas.

Enunciado diagnóstico: Riesgo de la diada materno fetal evidenciado por cuidado prenatal inadecuado asociado a complicaciones del embarazo.

Tercer diagnóstico

Etiqueta diagnóstica: PC Infección

Definición: la infección del tracto urinario se define como el crecimiento de microorganismos en orina recogida de forma estéril, en un paciente con síntomas clínicos compatibles, si no hay síntomas el aislamiento de bacterias en el urocultivo se denomina bacteriuria asintomática y no precisa tratamiento. Según la sintomatología y los resultados de las pruebas complementarias se puede diferenciar la pielonefritis aguda o infección del tracto urinario de vías altas, y la cistitis o infección de tracto urinario de vías bajas.⁽²⁰⁾

Los síntomas de una infección urinaria pueden incluir: dolor o ardor al orinar, orinar con frecuencia, sentir la necesidad de orinar a pesar de que la vejiga esté vacía, sangre en la orina y presión o retorcijones en la ingle o la parte inferior del abdomen.⁽²¹⁾

Enunciado diagnóstico: PC Infección relacionado con proceso infeccioso de vías urinarias, manifestado por taquicardia, dolor y ardor a la micción, y polaquiuria.

Planificación

Priorización

Dolor de parto.

Riesgo de alteración de la diada materno/ fetal.

PC infección.

Primer diagnóstico

Dolor de parto (00256)

Resultados de enfermería.

NOC [2102] Nivel del dolor

Indicadores:

Dolor referido

Duración de los episodios de dolor

Expresión facial de dolor

Inquietud

Agitación

Irritabilidad

Intervenciones de enfermería

NIC [1410] Manejo del dolor: agudo

Actividades:

Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y lo agudizan.

Preguntar a la paciente sobre el nivel del dolor que permita su comodidad y tratarlo apropiadamente intentando mantenerlo en un nivel igual o inferior.

Monitorizar el dolor utilizando una herramienta de medición válida y fiable apropiada a la edad y a la capacidad de comunicación (mediante la escala de EVA).

Administración de medicamento: nifedipino 10 mg vía oral cada 15 minutos por cuatro dosis si dinámica uterina mayor o igual de 2 en 10, según protocolo.

Prevenir o controlar los efectos secundarios de los medicamentos.

Seleccionar y poner en marcha intervenciones adaptadas a los riesgos, beneficios y preferencias de la paciente (por ejemplo, no farmacológicos) para facilitar el alivio del dolor, según corresponda.

Segundo diagnóstico

Riesgo de alteración de la diada materno/fetal (00209).

Resultados de enfermería

NOC [0111] Estado fetal: prenatal

Indicadores:

Frecuencia cardíaca fetal 120- 160 latidos por minuto.

Resultados de la ecografía fetal.

Frecuencia del movimiento fetal.

Intervenciones de enfermería

NIC [6800] Cuidados del embarazo de alto riesgo

Actividades:

Revisar el historial obstétrico para ver si hay factores de riesgo relacionados con el embarazo (prematuridad).

Instruir a la paciente sobre el uso de fármacos prescritos (tocolíticos y antibióticos).

Instruir a la paciente sobre técnicas de automonitorización (signos vitales, monitorización de la actividad uterina) según corresponda.

Proporcionar información para identificar signos y síntomas que requieran atención médica inmediata (hemorragia vaginal roja brillante, pérdida de líquido amniótico, flujo vaginal inusual, disminución del movimiento fetal, cuatro o más contracciones por hora antes de las 37 semanas de gestación, cefaleas).

Explicar los riesgos fetales asociados con partos prematuros en las diversas edades de gestación.

Remitir a la unidad de cuidados intensivos neonatales si se prevé un parto prematuro.

Realizar pruebas para evaluar el estado fetal y la función de la placenta (prueba en reposo y prueba de estimulación con oxitocina, perfiles biofísicos y pruebas ecográficas).

Interpretar las explicaciones médicas de los resultados de las pruebas y procedimientos.

Proporcionar orientación anticipatoria de las posibles intervenciones durante el proceso del parto.

Informar sobre desviaciones de la normalidad en el estado materno y/o fetal inmediatamente al médico.

Documentar la educación de la paciente, resultados de laboratorio, resultados de pruebas fetales y respuestas de la paciente.

Tercer diagnóstico

PC infección

Resultados de enfermería.

NOC [0703] Severidad de la infección

Indicadores:

Inestabilidad de la temperatura

Dolor

Colonización del hemocultivo

Colonización de urocultivo

Aumento de leucocitos

Intervenciones de enfermería

NIC [6540] Control de infecciones

Actividades:

Instruir a la paciente acerca de la técnica correcta de lavado de manos.

Realizar lavado de manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes.

Usar guantes según lo exigen las normas de precaución universal.

Garantizar una manipulación aséptica de todas las vías intravenosas.

Fomentar el reposo.

Fomentar la ingesta de líquidos según corresponda.

Administración de tratamiento antibiótico: cefazolina 1gr endovenoso cada 8 horas.

Ejecución

Tabla 1. Ejecución de la intervención manejo del dolor agudo para el diagnóstico dolor de parto

Intervención: Manejo del dolor agudo (1410)		
Fecha	Hora	Actividades
03/10/2022	7:30 am	Se realizó una valoración exhaustiva del dolor que incluyó localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y lo agudizan.
	8:00 am	Se monitorizó el dolor utilizando una herramienta de medición válida y fiable apropiada a la edad y a la capacidad de comunicación.
	9:00 am-12m-4:00 pm- 6:00pm	Se preguntó a la paciente sobre el nivel del dolor que permitió su comodidad y tratarlo apropiadamente intentando mantenerlo en un nivel igual o inferior.
	12:00 m	Se administró nifedipino 10 mg vía oral cada 15 minutos por cuatro dosis si dinámica uterina mayor o igual de 2 en 10.
	12:00 m a 7:00pm	Se controló los efectos secundarios de los medicamentos.
	4:00pm	Se seleccionó y se puso en marcha intervenciones adaptadas a los riesgos, beneficios y preferencias de la paciente (por ejemplo no farmacológicos) para facilitar el alivio del dolor, según correspondió.

Nota: Elaboración a partir de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)

Tabla 2. Ejecución de la intervención cuidados prenatales para el diagnóstico riesgo de alteración de la diada materno/fetal

Intervención: Cuidados prenatales (6960)		
Fecha	Hora	Actividades
03/10/2022	7:30 am	Se revisó el historial obstétrico para ver si había factores de riesgo relacionados con el embarazo (prematuridad).
	8:30 am	Se instruyó a la paciente sobre el uso de fármacos prescritos (tocolíticos y antibióticos).
	9:00 am	Se instruyó a la paciente sobre técnicas de automonitorización (signos vitales, monitorización de la actividad uterina) según corresponda.
	9:00 am	Se proporcionó información para identificar signos y síntomas que requieran atención médica inmediata (hemorragia vaginal roja brillante, pérdida de líquido amniótico, flujo vaginal inusual, disminución del movimiento fetal, cuatro o más contracciones por hora antes de las 37 semanas de gestación, cefaleas).
	02:00 pm	Se explicó los riesgos fetales asociados con partos prematuros en las diversas edades de gestación.
	11:00 am	Se remitió a la unidad de cuidados intensivos neonatales si se prevé un parto prematuro.
	11:00 am	Se realizaron pruebas para evaluar el estado fetal y la función de la placenta (prueba en reposo y prueba de estimulación con oxitocina, perfiles biofísicos y pruebas ecográficas).
		Se interpretó las explicaciones médicas de los resultados de las pruebas y procedimientos.
	04:00 pm	Se proporcionó orientación anticipatoria de las posibles intervenciones durante el proceso del parto.
	10:00 am	Se informó sobre desviaciones de la normalidad en el estado materno y/o fetal inmediatamente al médico.
	12m	Se documentó la educación de la paciente, resultados de laboratorio, resultados de pruebas fetales y respuestas de la paciente.
	A cada momento	

Nota: Elaboración a partir de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)

Tabla 3. Ejecución de la intervención control de infecciones para el diagnóstico PC infección

Intervención: control de infecciones (0703)		
Fecha	Hora	Actividades
03/10/2022	10:00 am	Se instruyó a la paciente acerca de la técnica correcta de lavado de manos.
	A cada atención	Se realizó el lavado de manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes.
	A cada procedimiento	Se usó guantes según lo exigen las normas de precaución universal.
	A cada procedimiento	Se garantizó una manipulación aséptica de todas las vías intravenosas.
	07:00 am -07:00 pm	Se fomentó el reposo.
	8:00 am-12 m- 4:00 pm- 6:00 pm	Se fomentó la ingesta de líquidos según corresponda.
	2:00 pm	Se administró tratamiento antibiótico: cefazolina 1gr endovenoso cada 8 horas.

Nota: Elaboración a partir de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)

Evaluación

Resultado: Manejo del dolor agudo (1410)

Tabla 4. Puntuación basal y final de los indicadores del resultado nivel del dolor

Indicadores	Puntuación basal	Puntuación final
Dolor referido	3	1
Duración de los episodios de dolor	3	1
Expresión facial de dolor	3	1
Inquietud	4	3
Agitación	4	3
Irritabilidad	4	3

Nota: Elaboración a partir de la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)

La tabla 1 muestra que la moda de los indicadores del resultado manejo del dolor seleccionados para el diagnóstico dolor de parto antes de las intervenciones de enfermería fue de 4 (leve), después de la administración de estas, la moda fue de 2 (sustancial), corroborado por las mismas manifestaciones de dolor de parto con cortos episodios de alivio y luego iniciaba los episodios de dolor, ya que en la condición de la paciente no se utiliza analgésicos, solo tocolíticos. La puntuación de cambio fue +2.

Resultado: resultado estado fetal: prenatal (0111)

Tabla 5. Puntuación basal y final de los indicadores del resultado estado fetal: prenatal

Indicadores	Puntuación basal	Puntuación final
Frecuencia cardiaca fetal 120- 160 latidos por minuto.	5	5
Resultados de la ecografía fetal.	5	5
Frecuencia movimiento fetal.	5	5

Nota: Elaboración a partir de la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)

La tabla 2 muestra que la moda de los indicadores del resultado estado fetal: prenatal seleccionados para el diagnóstico riesgo de alteración de la diada materno/fetal antes de las intervenciones de enfermería fue de 5 (sin desviación del rango normal), después de las mismas, la moda fue de 5 (sin desviación del rango normal), corroborado por el mantenimiento de los valores que utiliza medidas preventivas para el control del bienestar tanto de la madre como el bebé. La puntuación de cambio fue 0.

Resultado: Control de infecciones (0703)

Tabla 6. Puntuación basal y final de los indicadores del resultado control de infecciones

Indicadores	Puntuación basal	Puntuación final
Inestabilidad de la temperatura	4	5
Dolor	4	5
Colonización del hemocultivo	2	4
Colonización de urocultivo	2	4
Aumento de leucocitos	2	4

Nota: Elaboración a partir de la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)

La tabla 3 muestra que la moda de los indicadores del resultado disminución de la ansiedad seleccionados para el diagnóstico ansiedad antes de las intervenciones de enfermería fue de 3 (a veces demostrado), después de administración de las mismas, la moda fue de 4 (frecuentemente demostrado), corroborado por la leve mejoría de los síntomas de inquietud, nerviosismo, exceso de preocupación y trastorno de sueño. La puntuación de cambio fue de +1.

RESULTADOS

En cuanto a la evaluación de la etapa de valoración, la recolección de los datos se obtuvo de la paciente como fuente principal y como fuente secundaria la historia clínica. Así mismo, se utilizó la técnica del examen físico como medios de recolección de la información tanto objetiva como subjetiva. Luego, se proyectó la información en la guía de valoración basada en los 11 patrones funcionales de salud de Marjory Gordon. La dificultad en esta fase se debió a la preocupación por las condiciones socio económica de su esposo y el desconocimiento de su enfermedad.

En cuanto a la etapa de diagnóstico se realizó el análisis de los datos significativos según la taxonomía NANDA-I, arribando a 10 diagnósticos de enfermería de los cuales se priorizaron tres: dolor agudo; PC: Infección, ansiedad. En esta etapa se tuvo cierta dificultad para identificar las características definitorias y los factores relacionados para priorizar el primer diagnóstico.

La etapa de la planificación se realizó el plan de cuidados en base a los problemas y necesidades de la paciente, teniendo en cuenta las taxonomías NOC y NIC. Se realizó el análisis para determinar los resultados de enfermería que tengan mayor relación con los diagnósticos de enfermería y las intervenciones sean coherentes a los resultados. Se tuvo que hacer un reanálisis y ajustes de los indicadores de resultado. La dificultad en esta etapa fue la determinación de la puntuación de los indicadores de resultados tanto en la línea basal como en la evaluación final, debido a la subjetividad para dicha determinación.

En la etapa de ejecución se aplicó el plan de cuidados con las actividades planificadas para cada diagnóstico de enfermería asumiendo el trabajo en equipo multidisciplinario, se continuó con la recogida y valoración de

datos, anotación de los cuidados de enfermería, asumiendo toda la responsabilidad en la ejecución del plan, en esta etapa no se evidenció mayores dificultades por las capacidades del profesional de enfermería en la realización de las actividades de cada intervención.

Por último, en la etapa de evaluación se realizó permanentemente la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud de la paciente y los resultados esperados, permitiendo una retroalimentación de cada una de las etapas durante el proceso de cuidado de enfermería. Las dificultades encontradas fue el constante cambio del plan de cuidados por la situación de salud de la paciente.

DISCUSIÓN

Dolor de parto

La Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) define el parto normal como “el proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral”.⁽²²⁾

Por otro lado, el dolor que se genera a lo largo del proceso de parto se considera único, resaltando que su desarrollo es diferente en cada gestante, existiendo diferencias incluso entre las distintas partes en una misma mujer. Así, el dolor generado en el momento del parto está catalogado entre los dolores más intensos que puede experimentar una mujer durante su vida. Señalándose que de las parturientas, el 20 % considera el dolor insoportable, el 30 % lo considera un dolor severo, el 35 % lo califica como un dolor moderado, mientras que un 15 % manifiesta que el dolor percibido tuvo una intensidad reducida, cabe tener en cuenta que, respecto al grado del dolor experimentado en el parto, éste estará sujeto a algunos factores como pueden ser la tolerancia al dolor de la gestante, la posición en la que se encuentre el bebé, la intensidad de las contracciones uterinas, cuan dilatado se encuentre el útero tanto al final de la primera etapa como durante la segunda, la dilatación del piso pélvico y de la vagina, así mismo de las experiencias en partos previos.⁽²³⁾

Así mismo, el dolor durante el parto es resultado de una serie de estímulos fisiológicos, emocionales, psicológicos y socioculturales que la mujer experimenta el cual generan que cada mujer perciba el dolor de parto de manera distinta y con un grado de intensidad distinto, el cual además presenta variaciones en una misma gestante entre los diferentes partos que tengan.⁽²⁴⁾

Con respecto a la paciente el dolor abdominal que presenta es de tipo contracción que aumenta de intensidad por momentos, lo cual se puede evidenciar por la facies, rictus e inquietud, alteración de la frecuencia y ritmo cardiaco, contracción uterina, ansiedad que se percibe y refiere al momento de la evaluación y valoración, ante la identificación de este problema se tomará en cuenta los siguientes cuidados de enfermería.⁽²⁵⁾

El plan de cuidados de enfermería dirigidos a la gestante que ha sido diagnosticada con dolor de parto incluye el manejo del dolor agudo, con las actividades descritas a continuación:

Ejecutar la monitorización, que permita una adecuada valoración del dolor que considere entre otros la localización, el momento de aparición, duración, frecuencia y la intensidad, así mismo factores que aliviarán el dolor o lo volverán más agudo, para ello se hará uso de la escala de EVA la cual permitirá obtener una puntuación entre 6 y 10. Así ante el dolor de parto se evaluará correctamente el dolor, evaluación que permitirá administrar el tratamiento idóneo para la gestante, de modo que es fundamental que el profesional de enfermería establezca una buena comunicación con la gestante a fin de evaluarla adecuadamente y así poder manejar el dolor con la mayor precisión posible. Es primordial que la intensidad del dolor de parto se evalúe tanto antes como después de cualquier intervención que pueda generar dolor, la valoración se realiza mediante la escala de EVA en la cual la gestante hace una marca que representa su grado de dolor en una línea de 10 cm sin marcar, con una etiqueta del lado izquierdo que indique “sin dolor” y otra del lado derecho que indique “dolor insoportable”. La puntuación del dolor es la distancia en mm desde el extremo izquierdo de la línea (donde 0 significa sin dolor y 10 el peor dolor posible que pueda imaginar), la gestante podrá escoger entre imágenes de rostros que abarcan desde la sonrisa hasta las muecas de crispación por el dolor o entre frutas de distintos tamaños para con ello comunicar la intensidad del dolor que siente.^(26,27)

Entre las actividades de enfermería que ha sido considerado ante dicho diagnóstico es el de administración de nifedipino 10 mg vía oral cada 15 minutos por cuatro dosis en caso la dinámica uterina sea mayor o igual de 2 en 10, siendo esta la más recurrente según protocolo, este tipo de tocolítico inhibe la liberación de depósitos intracelulares de calcio desde el retículo sarcoplásmico, esto generará una reducción en el nivel de concentración de calcio citoplasmático y un incremento en el flujo de calcio de la célula; esto a su vez obstaculiza las interacciones actina-miosina, inhibiendo así las contracciones miometriales y llevando a la relajación miometrial; cuyo propósito es el retraso del nacimiento, de modo que se gane tiempo para administrar maduración pulmonar y neuroprotección, con ello reducir el síndrome de dificultad respiratoria y parálisis cerebral, así mismo permitir el traslado de la paciente hacia un centro de referencia, en caso fuera necesario.⁽²⁸⁾

Respecto a la prevención y control de los efectos secundarios de los medicamentos, se consideró que las

terapias combinadas conlleven a una mayor cantidad de efectos adversos, de modo que el uso de manera pautada debe estar sustentado y llevarse a cabo bajo monitorización de la madre. En caso como este, en los cuales se lleva a cabo la introducción de terapia combinada es muy importante que se haya descartado la infección intraamniótica. Por lo tanto, es recomendable utilizar la combinación de nifedipino con atosiban. Además, se debe evitar la terapia combinada pasadas las 32 semanas de gestación.⁽²⁹⁾

Conjuntamente se debe vigilar la ocurrencia de posibles reacciones adversas presentadas a raíz de la administración de tocólisis como pueden ser: efectos secundarios en la madre (náuseas, mareos, hipotensión, cefalea u otros), efectos secundarios en el bebé (disminución en el flujo sanguíneo al útero conduciendo a la disminución en la saturación de oxígeno fetal con el uso de nifedipino, comprobado en animales, pero no en humanos).⁽³⁰⁾

Finalmente, se deberá seleccionar y efectuar intervenciones que se adapten a cada uno de los riesgos, beneficios y preferencias de la gestante como pudiera ser el caso de no usar farmacológicos, a fin de lograr el alivio del dolor. Es importante mencionar que usar técnicas de respiración ayudará a la gestante a mantenerse en un estado relajado y permitirle a la vez reaccionar de manera positiva ante la aparición del dolor, lo que le proporcionará una sensación de bienestar y control; esto debido a que el aumento de oxígeno provee más fuerza y energía, tanto para la madre y el bebé, así la técnica de respiración se convierte en una respuesta reflejo del dolor que presenta la madre.⁽³¹⁾

Alteración de la diada materno/fetal.

La alteración de la relación simbiótica materno/fetal es considerada como el resultado de comorbilidad o alguna condición especial referente al embarazo, que pueda comprometer la salud.⁽³²⁾

Respecto, al cuadro clínico de la amenaza de parto pretérmino, en este caso está caracterizado por la ocurrencia de contracciones uterinas que se dan de manera regular con modificaciones cervicales, que además se produce entre las 22,0 y 36,6 semanas de gestación en gestantes con membranas amnióticas íntegras.⁽³³⁾

Un nacimiento prematuro significa que un bebé nace demasiado pronto, esto ocurre cuando el nacimiento se produce antes de la semana 37 de embarazo, puesto que un embarazo típico dura aproximadamente 40 semanas.⁽³⁴⁾ Los bebés prematuros generalmente presentan complicaciones graves en su salud, las cuales son mayores mientras más antes se produzca el parto. Entre las complicaciones que se generan a corto plazo se tienen problemas a nivel respiratorio, problemas cardíacos, de temperatura, digestivos, entre otros. Por otra parte, las complicaciones en el largo plazo pueden implicar parálisis cerebral, problemas con el aprendizaje, así como problemas a nivel de visión y audición, entre otros.^(35,36)

La paciente en estudio presenta varios signos que pueden plantear un riesgo para su salud, como contracciones uterinas e infección del tracto urinario. Estas situaciones pueden dar lugar a una amenaza de parto pretérmino, es decir, un parto que ocurre antes de las 40 semanas de gestación, lo que impide que el feto se desarrolle y crezca completamente, puede llevar a diversas complicaciones en el recién nacido. Además, la madre puede estar en riesgo de sangrado, ruptura prematura de membranas y posiblemente corioamnionitis, una infección del saco amniótico.

Ante esta situación, es crucial brindar a la paciente una atención y cuidados de enfermería oportunos. Además, es importante proporcionarle orientación sobre los posibles signos de alarma tanto para ella como para el feto, con el objetivo de identificar cualquier cambio o complicación temprana.

En relación con la revisión del historial obstétrico, se examina si existen factores relacionados con el embarazo. El historial obstétrico consiste en recopilar información sobre la salud reproductiva de la mujer, incluyendo datos sobre los períodos menstruales, el uso de anticonceptivos, los embarazos previos, la lactancia y la menopausia. Además, a veces se incluye información sobre condiciones del sistema reproductivo, problemas de fertilidad y complicaciones durante el parto. También se conoce como antecedentes reproductivos.⁽³⁷⁾

Proporcionar instrucciones a la paciente sobre el uso adecuado de los medicamentos recetados (tocolíticos). Al utilizar fármacos tocolíticos, es importante guiar a la paciente para que comprenda los objetivos del tratamiento y siga estrictamente los criterios de prescripción y las contraindicaciones, que pueden variar dependiendo del fármaco seleccionado. Asimismo, se deben tener en cuenta los parámetros de monitorización y consultar con el personal de salud correspondiente para obtener información detallada al respecto.⁽³⁸⁾

Además, se debe instruir a la paciente sobre las técnicas de automonitorización de los signos vitales, los cuales reflejan el estado hemodinámico de la paciente y son indicadores tempranos de posibles disfunciones o problemas dentro del organismo. Estos signos vitales son clave para identificar áreas deterioradas o que no se encuentren en óptimas condiciones. Cada uno de los signos vitales se representa mediante un valor numérico, y en función de estos valores, el profesional de la salud tomará acciones específicas. Los signos vitales incluyen la temperatura corporal, la frecuencia respiratoria, el pulso y la presión arterial.^(39,40) La enseñanza y comprensión de estos parámetros son fundamentales para que la paciente pueda realizar una vigilancia adecuada de su estado de salud.⁽⁴¹⁾

En lo que respecta a la monitorización de la actividad uterina que experimenta la paciente, se define

este tipo de dolor en el embarazo como contracciones del músculo uterino que van acompañadas de una fase de relajación. Para la madre, estas contracciones se perciben como un endurecimiento del abdomen. Las contracciones uterinas desempeñan un papel fundamental en el parto, ya que no solo tienen la función fisiológica de iniciar el proceso de expulsión del feto, sino que también, cuando ocurren de manera temprana, pueden ser indicativas de que algo no está bien.⁽⁴²⁾

Es importante proporcionar información a la paciente para que pueda identificar los signos y síntomas que requieren atención médica inmediata. Estos incluyen hemorragia vaginal de color rojo brillante, pérdida de líquido amniótico, flujo vaginal inusual, disminución del movimiento fetal, cuatro o más contracciones por hora antes de las 37 semanas de gestación y cefaleas. Algunos de estos síntomas no son normales y pueden indicar la presencia de enfermedades graves como preeclampsia, infección o hemorragia, o que el feto está en riesgo. Por lo tanto, es fundamental que la paciente esté atenta a estos signos y busque atención médica de manera inmediata en caso de que se presenten.⁽⁴³⁾

Se deben explicar los riesgos fetales asociados con los partos prematuros en las diferentes etapas de gestación. Entre estas complicaciones se incluyen el nacimiento de un bebé prematuro, bajo peso al nacer, dificultades respiratorias, órganos subdesarrollados y problemas de visión. Los niños que nacen prematuramente también tienen un mayor riesgo de desarrollar parálisis cerebral, enfrentar dificultades de aprendizaje y presentar problemas de comportamiento.⁽⁴⁴⁾

En caso de prever un parto prematuro, es necesario referir a la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN). Cuando un bebé nace antes de tiempo y presenta problemas de salud, es admitido en la UCIN, donde recibe cuidados intensivos por parte de un equipo de expertos las 24 horas del día. La mayoría de estos bebés ingresan a la UCIN durante las primeras 24 horas después de su nacimiento, y el tiempo que permanecen allí depende de su estado de salud. Algunos bebés solo requieren estar en la UCIN durante unas pocas horas o días, mientras que otros pueden necesitar semanas o incluso meses de atención especializada.⁽⁴⁵⁾

Una de las actividades es realizar pruebas para evaluar el estado fetal con el objetivo de identificar fetos que puedan presentar pérdida crónica del bienestar fetal, con el fin de planificar estrategias para evitar eventos adversos. Sin embargo, la evidencia científica disponible hasta ahora es limitada, ya que no existen estudios aleatorizados concluyentes sobre el tema. Esto significa que las recomendaciones para el control del bienestar fetal anteparto están restringidas debido a la falta de evidencia de calidad. Además, las estrategias actuales no son capaces de predecir eventos agudos.

En este sentido, la decisión de iniciar el control del bienestar fetal anteparto se basará en la situación clínica y los factores de riesgo epidemiológicos, maternos o fetales. Es importante tener en cuenta que las pacientes con alto riesgo pueden tener una tasa de mortalidad perinatal hasta 10 veces mayor que las que no presentan factores de riesgo.

Actualmente, existen diferentes pruebas disponibles para el control del bienestar fetal anteparto, que incluyen el monitoreo de los movimientos fetales, el registro cardiotocográfico no estresante, el estresante (test de Pose), la estimulación vibroacústica y el uso de la ecografía para evaluar el líquido amniótico, el perfil biofísico y el peso fetal estimado.⁽⁴⁶⁾ Sin embargo, el estudio Doppler no ha demostrado ser un buen predictor del bienestar fetal, excepto en casos de insuficiencia placentaria.⁽⁴⁷⁾

Interpretar las explicaciones médicas de los resultados de las pruebas y procedimientos implica comprender el propósito del monitoreo fetal electrónico, que busca reducir la morbilidad y mortalidad neonatal. Se han llevado a cabo numerosos estudios para identificar características de la frecuencia cardiaca fetal que permitan sospechar o detectar de manera temprana un estado de hipoxia/acidosis fetal. Se han desarrollado diferentes métodos con el objetivo de aumentar la detección de este evento y así poder intervenir oportunamente en etapas tempranas para prevenir consecuencias adversas como encefalopatía, hipoxia, parálisis cerebral e incluso la muerte. Estas pruebas forman parte del grupo de pruebas de bienestar fetal e incluyen el recuento de movimientos fetales, el perfil biofísico, el perfil biofísico modificado, la velocimetría doppler y el monitoreo fetal.⁽⁴⁸⁾

Proporcionar orientación anticipatoria sobre las posibles intervenciones durante el proceso de parto implica informar sobre la posibilidad de programar una cesárea. Sin embargo, en la mayoría de los casos, un parto vaginal es el objetivo deseado. En algunas situaciones, puede ser necesario realizar una cesárea debido a problemas relacionados con el bebé, la madre o el paso del bebé por el canal de parto. Algunas de las razones por las cuales se puede requerir una cesárea incluyen problemas de salud continuos o emergentes durante el embarazo que aumentan los riesgos asociados con un parto vaginal.⁽⁴⁹⁾

En casos en los que la frecuencia cardíaca del bebé sea anormal y los resultados de las pruebas indiquen un problema significativo, es más probable que la mujer necesite someterse a una cesárea de emergencia. La asfixia perinatal es una condición que ocurre cuando el feto no recibe suficiente oxígeno en el útero o el bebé experimenta una falta de oxígeno durante el trabajo de parto o poco después de nacer.⁽⁵⁰⁾

En el historial de enfermería, se documenta la educación proporcionada a la paciente, los resultados de los análisis de laboratorio, los resultados de las pruebas fetales y las respuestas de la paciente.⁽⁵¹⁾ Estos registros son

documentos fundamentales de la profesión y forman parte integral de la historia clínica. Su objetivo es optimizar la comunicación entre los miembros del equipo de salud y garantizar la continuidad en la atención. Además, cumplen con un respaldo legal en caso de posibles reclamaciones y permiten evaluar retrospectivamente la calidad de los cuidados brindados. Es importante destacar que los pacientes tienen derecho a solicitar acceso a esta información. Los registros son una fuente de información crucial y deben reflejar de manera precisa las intervenciones de enfermería. También son evidencia del cuidado proporcionado y del cumplimiento de las indicaciones, lo cual tiene relevancia legal. Se basan en la norma técnica de salud para la gestión de la historia clínica, que establece un manejo estandarizado del contenido básico a ser registrado, respetando los aspectos legales y administrativos del proceso de atención de salud.⁽⁵²⁾

PC Infección

Las infecciones de vías urinarias se caracterizan por la presencia y multiplicación de microorganismos en el sistema urinario, los cuales tienen la capacidad de invadir los tejidos y generalmente se manifiestan a través de la presencia de bacterias en la orina. Estas infecciones del tracto urinario pueden causar alteraciones tanto funcionales como morfológicas. Durante el embarazo, estos cambios son más pronunciados debido a la dilatación pielocalcial que resulta en estasis, así como a los cambios fisiológicos como la variación del pH y el influjo de progesterona. En consecuencia, las infecciones urinarias se convierten en la segunda patología más frecuente en el embarazo, después de la anemia.⁽⁵³⁾

Durante el embarazo, las infecciones urinarias son comunes, posiblemente debido a la estasis urinaria causada por la dilatación hormonal de los uréteres, la disminución de la peristalsis urinaria y la compresión del útero en crecimiento sobre los uréteres. Aproximadamente el 15 % de los embarazos presentan bacteriuria asintomática, que en algunos casos puede progresar a cistitis sintomática o pielonefritis. No siempre se presenta una bacteriuria asintomática antes de una infección urinaria manifiesta.⁽⁵⁴⁾

Durante el embarazo, las infecciones urinarias, que incluyen la bacteriuria asintomática, la cistitis y la pielonefritis aguda, son complicaciones frecuentes. Estas infecciones se producen debido a los cambios anatómofisiológicos que experimentan las mujeres embarazadas. Es fundamental diagnosticar y tratar estas infecciones de manera temprana para evitar posibles secuelas tanto para la madre como para el feto. El diagnóstico se realiza mediante la identificación de un patógeno a través de un urocultivo, siendo la *Escherichia coli* el microorganismo más comúnmente encontrado. El tratamiento consiste en la administración de antibióticos, y la gestión de la infección puede ser ambulatoria u hospitalaria según la situación clínica.⁽⁵⁵⁾

En el caso de la paciente en estudio, fue admitida en el hospital con el diagnóstico de infección del tracto urinario. Presentaba síntomas como micción espontánea de aspecto turbio y sanguinolento, dolor y ardor al orinar, y frecuencia urinaria aumentada. Además, se obtuvo un resultado positivo en el urocultivo para infección urinaria. En consecuencia, se le administró tratamiento con antibióticos.

Es importante instruir a la paciente sobre la técnica adecuada de lavado de manos, ya que mantener las manos limpias es una de las medidas más importantes para prevenir enfermedades y evitar la propagación de microorganismos a otras personas. Muchas enfermedades y condiciones se transmiten debido a la falta de lavado de manos con agua corriente y jabón.⁽⁵⁶⁾

Es fundamental lavarse las manos antes y después de cada actividad relacionada con el cuidado de los pacientes. Se debe realizar el lavado de manos inmediatamente antes y después de llevar a cabo cualquier procedimiento, tener contacto con sangre o líquidos corporales, o atender a cualquier paciente. Es importante destacar que los guantes nunca deben reemplazar el lavado de manos, ya que la calidad de los guantes puede variar y no previenen las punciones.

Además, es necesario utilizar guantes de acuerdo con las normas de precaución universal. Siempre se deben usar guantes para realizar cualquier procedimiento en los pacientes que involucre el contacto con sangre, fluidos corporales considerados como líquidos de precaución universal, piel no intacta, membranas mucosas o superficies contaminadas con sangre.⁽⁵⁷⁾

Es fundamental asegurar una manipulación aséptica de todas las vías intravenosas, que consiste en la introducción de soluciones al torrente circulatorio a través de una vena utilizando una técnica aséptica durante el procedimiento. Esto implica limpiar adecuadamente el tapón del volutrol y/o el tapón del catéter salinizado para evitar la contaminación. Es esencial tener precaución con las infecciones debido a una mala técnica aséptica al desinfectar la piel antes de la administración en bolo. Asimismo, es importante prevenir las complicaciones más comunes que pueden surgir durante la terapia endovenosa, como la extravasación, flebitis, tromboflebitis, infecciones, equimosis y hematomas.⁽⁵⁸⁾

Además, se debe promover el reposo en aquellas gestantes que enfrentan situaciones de riesgo que podrían comprometer la salud de la madre o del bebé. El reposo puede ser relativo o absoluto, siendo este último más restrictivo. En el caso del reposo absoluto, la gestante solo debe levantarse de la cama para ir al baño. Es importante destacar que la duración del reposo puede variar y debe mantenerse hasta que la mujer reciba nuevas indicaciones por parte del especialista.⁽⁵⁹⁾

Se recomienda fomentar la ingesta adecuada de líquidos durante el embarazo. Durante este período, se producen diversos cambios en el cuerpo de la mujer, incluido un aumento gradual de peso. El agua no contiene calorías y no contribuye al aumento de grasa corporal, pero representa aproximadamente 2/3 del aumento de peso. Además, el volumen total de agua en el cuerpo de una mujer sana aumenta de 6 a 8 litros. Este volumen adicional de líquido se distribuye de la siguiente manera: líquido amniótico, cuyo volumen varía entre 500 ml y 1200 ml; la placenta, compuesta en un 85 % de agua, que facilita el intercambio de agua, nutrientes, oxígeno y desechos con el feto; y la expansión del volumen plasmático, que aumenta entre un 40 % y un 50 % durante el embarazo. Este aumento es necesario para asegurar una adecuada irrigación sanguínea de la placenta sin comprometer otros órganos maternos, y también actúa como reserva en caso de hemorragia durante el parto. (60)

En cuanto al tratamiento antibiótico, se recomienda administrar cefazolina 1 gramo por vía intravenosa cada 8 horas. Las infecciones del tracto urinario son comunes durante el embarazo, probablemente debido al crecimiento del útero y las hormonas producidas durante este período, que pueden relentizar el flujo de orina en los uréteres. Cuando el flujo urinario es lento, existe un mayor riesgo de que las bacterias no sean eliminadas de las vías urinarias, lo que aumenta las posibilidades de infección. El tratamiento para las infecciones del tracto urinario implica el uso de antibióticos.⁽⁶¹⁾

CONCLUSIONES

La aplicación del proceso de atención de enfermería como un método facilitó brindar atención de enfermería a una paciente con amenaza de parto pretérmino, lo que permitió organizar los cuidados de enfermería de una forma sistemática, lógica, ordenada, con resultados favorables.

La valoración de enfermería se realizó aplicando la guía de valoración de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, por ser un instrumento holístico, objetivo y preciso, es la base para la identificación de los diagnósticos de enfermería pertinentes.

Los diagnósticos de enfermería seleccionados según la taxonomía NANDA-I evidenció la situación actual de la paciente, así como los problemas potenciales y de riesgos que pudieran influenciar en la evolución. La planificación de los resultados y cuidados de enfermería se estableció en base a las taxonomías NOC y NIC, permitiendo la valoración de los resultados.

La puesta en práctica del plan de cuidados de enfermería permitió seguir recolectando y valorando nuevos datos y mantener el plan de cuidados actualizado para la resolución de problemas y las necesidades. La condición estable de la paciente dependió de las respuestas favorables de los cuidados de enfermería, y del seguimiento.

Finalmente, el manejo de la interrelación NANDA-I, NOC y NIC por parte de los profesionales de enfermería, permite la utilización de un lenguaje unificado que facilita el trabajo de enfermería.

REFERENCIAS

1. Manouchehri E, Makvandi S, Razi M, Sahebardi M, Larki M. Efficient administration of a combination of nifedipine and sildenafil citrate versus only nifedipine on clinical outcomes in women with threatened preterm labor: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pediatr* 2024;24:106. <https://doi.org/10.1186/s12887-024-04588-3>.
2. Dahlen HG, Munoz AM, Schmied V, Thornton C. The relationship between intimate partner violence reported at the first antenatal booking visit and obstetric and perinatal outcomes in an ethnically diverse group of Australian pregnant women: a population-based study over 10 years. *BMJ Open* 2018;8:e019566. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019566>.
3. Wang X-J, Li X-T, Chen N, Huang L, Huang S-X, Chen T-T, et al. Mental health, sleep quality, and hormonal circadian rhythms in pregnant women with threatened preterm labor: a prospective observational study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2023;23:501. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05801-4>.
4. Spinosa CZ, Burrell L, Bower KM, O'Neill K, Duggan AK. Moving toward precision in prenatal evidence-based home visiting to achieve good birth outcomes: assessing the alignment of local programs with their national models. *BMC Health Serv Res* 2023;23:812. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09815-8>.
5. Najjarzadeh M, Abbasalizadeh S, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Asghari-Jafarabadi M, Mirghafourvand M. Perceived stress and its predictors in women with threatened preterm labour: A cross-sectional study. *Nurs Open* 2022;9:210-21. <https://doi.org/10.1002/nop2.1055>.
6. Green J, Darbyshire P, Adams A, Jackson D. Neonatal nurses' response to a hypothetical premature birth situation: What if it was my baby? *Nurs Ethics* 2018;25:880-96. <https://doi.org/10.1177/0969733016677871>.

7. Gordon C. Women who experience threatened preterm labour need early and accurate assessment, a clear management plan and continuity of care to reduce stress and anxiety. *Evid Based Nurs* 2019;22:61. <https://doi.org/10.1136/ebnurs-2018-102985>.
8. Mahwasane T, Netshisaulu KG, Malwela TN, Maputle MS. Support needs of parents with preterm infants at resource-limited neonatal units in Limpopo province: A qualitative study. *Curationis* 2023;46:e1-8. <https://doi.org/10.4102/curationis.v46i1.2409>.
9. Larsen A, Pintye J, Abuna F, Bhat A, Dettinger JC, Gomez L, et al. Risks of adverse perinatal outcomes in relation to maternal depressive symptoms: A prospective cohort study in Kenya. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2023;37:489-504. <https://doi.org/10.1111/ppe.12978>.
10. Brew BK, Gibberd A, Marks GB, Murphy VE, Jorm L, Chambers GM, et al. Maternal asthma in Australian indigenous women and perinatal outcomes: A whole population-linked study. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet* 2023;160:653-60. <https://doi.org/10.1002/ijgo.14363>.
11. Waldron MK. Parent Protector: Perceptions of NICU-to-Home Transition Readiness for NICU Parents of Black Preterm Infant. *J Perinat Neonatal Nurs* 2022;36:173-85. <https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000598>.
12. Spring Walsh B, Gardiner FW, Bloxsome D, Ford D, Mills BW, Laws SM. A Cohort Comparison Study on Women in Threatened Preterm Labor Given Nifedipine or Nifedipine and Salbutamol Tocolysis in Air Medical Retrieval. *Air Med J* 2022;41:298-302. <https://doi.org/10.1016/j.amj.2022.02.005>.
13. Shezi B, Jafta N, Asharam K, Tularam H, Jeena P, Naidoo RN. Maternal exposure to indoor PM2.5 and associated adverse birth outcomes in low socio-economic households, Durban, South Africa. *Indoor Air* 2022;32:e12934. <https://doi.org/10.1111/ina.12934>.
14. Waldron MK. NICU Parents of Black Preterm Infants: Application of the Kenner Transition Model. *Adv Neonatal Care Off J Natl Assoc Neonatal Nurses* 2022;22:550-9. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000980>.
15. Liu J, Tong K, Lin Y, Lee VWH, So KF, Shih KC, et al. Effectiveness of Microcurrent Stimulation in Preserving Retinal Function of Blind Leading Retinal Degeneration and Optic Neuropathy: A Systematic Review. *Neuromodulation J Int Neuromodulation Soc* 2021;24:992-1002. <https://doi.org/10.1111/ner.13414>.
16. Najjarzadeh M, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Jafarabadi MA, Abbasalizadeh S, Mirghafourvand M. Comparison of Four Tests for Preterm Birth Prediction in Symptomatic Singleton Women: A Prospective Cohort Study. *J Nurs Meas* 2023;JNM-2022-0054.R1. <https://doi.org/10.1891/JNM-2022-0054>.
17. Najjarzadeh M, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Abbasalizadeh S, Asghari-Jafarabadi M, Mirghafourvand M. Technology-free predictors of preterm birth in singleton women with threatened preterm labor: a prospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2022;22:826. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05155-3>.
18. McConnell MA, Rokicki S, Ayers S, Allouch F, Perreault N, Gourevitch RA, et al. Effect of an Intensive Nurse Home Visiting Program on Adverse Birth Outcomes in a Medicaid-Eligible Population: A Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2022;328:27-37. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.9703>.
19. Masten Y, Song H, Esperat CR, McMurry LJ. A maternity care home model of enhanced prenatal care to reduce preterm birth rate and NICU use. *Birth Berkeley* 2022;49:107-15. <https://doi.org/10.1111/birt.12579>.
20. Leta M, Assefa N, Tefera M. Obstetric emergencies and adverse maternal-perinatal outcomes in Ethiopia; A systematic review and meta-analysis. *Front Glob Womens Health* 2022;3:942668. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2022.942668>.
21. Legas G, Beyene GM, Asnakew S, Belete A, Desie T. Poor sleep quality and associated factors among HIV-positive pregnant women in Northwest, Ethiopia: a facility-based, cross-sectional study. *BMC Psychiatry* 2022;22:559. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04209-2>.

22. Joseph-Lemon L, Thompson H, Verostick L, Shizuka Oura H, Jolles DR. Outcomes of Cannabis Use During Pregnancy Within the American Association of Birth Centers Perinatal Data Registry 2007-2020: Opportunities Within Midwifery-Led Care. *J Perinat Neonatal Nurs* 2022;36:264-73. <https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000668>.
23. Jónsdóttir RB, Flacking R, Jónsdóttir H. Breastfeeding initiation, duration, and experiences of mothers of late preterm twins: a mixed-methods study. *Int Breastfeed J* 2022;17:68. <https://doi.org/10.1186/s13006-022-00507-3>.
24. Hylén M, Nilsson S, Kristensson-Hallström I, Kristjánsdóttir G, Stenström P, Vilhjálmsdóttir R. Access to health care perceived by parents caring for their child at home supported by eHealth-a directed approach introducing aperture. *BMC Health Serv Res* 2022;22:1008. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08398-0>.
25. Thorland W, Currie DW. Status of Birth Outcomes in Clients of the Nurse-Family Partnership. *Matern Child Health J* 2017;21:995-1001. <https://doi.org/10.1007/s10995-017-2267-2>.
26. Holland ML, Condon EM, Rinne GR, Good MM, Bleicher S, Li C, et al. Birth-Related Outcomes for Second Children Following Home Visiting Program Enrollment for New Parents of First Children. *Matern Child Health J* 2022;26:941-52. <https://doi.org/10.1007/s10995-021-03365-3>.
27. Fernández-Medina IM, Granero-Molina J, Hernández-Padilla JM, Jiménez-Lasserotte MDM, Ruiz-Fernández MD, Fernández-Sola C. Socio-family support for parents of technology-dependent extremely preterm infants after hospital discharge. *J Child Health Care Prof Work Child Hosp Community* 2022;26:42-55. <https://doi.org/10.1177/1367493521996490>.
28. Cao W, Chen T, Jiang W, Geng Y, Xie B, Wang Q, et al. Timely identification and successful treatment of acute fatty liver of pregnancy without obvious clinical symptoms: Case reports. *Medicine (Baltimore)* 2022;101:e28723. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000028723>.
29. Aquino LM, Newcomb P, True B, Hoff T, Gentile D, Patton L, et al. Cross-Sectional Study of Influences on Maternal Decisions Regarding Feeding Premature and Ill Neonates. *J Perinat Neonatal Nurs* 2022;36:209-17. <https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000553>.
30. Zeng P, Zhou H, Guo P, Xia W, Huang J, Zeng Q. Efficacy and safety of traditional Chinese herbal medicine in the treatment of threatened abortion: A protocol for systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)* 2021;100:e23288. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000023288>.
31. Yılmaz M, Değirmenci F, Yılmaz DV. A psychosocial examination of feelings and thoughts about pregnancy: A qualitative study. *Midwifery* 2021;103:103106. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103106>.
32. Yin C, Chen J, Wu X, Liu Y, He Q, Cao Y, et al. Preterm Birth Is Correlated With Increased Oral Originated Microbiome in the Gut. *Front Cell Infect Microbiol* 2021;11:579766. <https://doi.org/10.3389/fcimb.2021.579766>.
33. Thurston H, Fields BE, White J. Does Increasing Access to Prenatal Care Reduce Racial Disparities in Birth Outcomes? *J Pediatr Nurs* 2021;59:96-102. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.01.012>.
34. Nie C, Dai Q, Zhao R, Dong Y, Chen Y, Ren H. The impact of resilience on psychological outcomes in women with threatened premature labor and spouses: a cross-sectional study in Southwest China. *Health Qual Life Outcomes* 2017;15:26. <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0603-2>.
35. Stock SJ, Horne M, Bruijn M, White H, Boyd KA, Heggie R, et al. Development and validation of a risk prediction model of preterm birth for women with preterm labour symptoms (the QUIDS study): A prospective cohort study and individual participant data meta-analysis. *PLoS Med* 2021;18:e1003686. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003686>.
36. Stock SJ, Horne M, Bruijn M, White H, Heggie R, Wotherspoon L, et al. A prognostic model, including quantitative fetal fibronectin, to predict preterm labour: the QUIDS meta-analysis and prospective cohort study. *Health Technol Assess Winch Engl* 2021;25:1-168. <https://doi.org/10.3310/hta25520>.

37. Patel AL, Johnson TJ, Meier PP. Racial and socioeconomic disparities in breast milk feedings in US neonatal intensive care units. *Pediatr Res* 2021;89:344-52. <https://doi.org/10.1038/s41390-020-01263-y>.
38. Özberk H, Mete S, Bektaş M. Effects of Relaxation-Focused Nursing Care in Women in Preterm Labor. *Biol Res Nurs* 2021;23:160-70. <https://doi.org/10.1177/1099800420941253>.
39. Anderson C, Cacola P. Implications of Preterm Birth for Maternal Mental Health and Infant Development. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2017;42:108-14. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000311>.
40. Kato T, Yorifuji T, Yamakawa M, Inoue S, Doi H, Eboshida A, et al. Association of maternal age with child health: A Japanese longitudinal study. *PLoS One* 2017;12:e0172544. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0172544>.
41. Kelly MM, Tobias J. Recommendations to optimize life-long health and wellbeing for people born preterm. *Early Hum Dev* 2021;162:105458. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2021.105458>.
42. Niela-Vilén H, Auxier J, Ekholm E, Sarhaddi F, Asgari Mehrabadi M, Mahmoudzadeh A, et al. Pregnant women's daily patterns of well-being before and during the COVID-19 pandemic in Finland: Longitudinal monitoring through smartwatch technology. *PLoS One* 2021;16:e0246494. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246494>.
43. Hung H-Y, Su P-F, Wu M-H, Chang Y-J. Status and related factors of depression, perceived stress, and distress of women at home rest with threatened preterm labor and women with healthy pregnancy in Taiwan. *J Affect Disord* 2021;280:156-66. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.062>.
44. Eleke C, Ngbala-Okpabi SO, Ogaji D, Agu IS, Bempong-Eleke EN. Effects of Environmental Crude Oil Pollution on Newborn Birth Outcomes: A Retrospective Cohort Study. *J Nurs Res JNR* 2021;29:e161. <https://doi.org/10.1097/JNR.0000000000000435>.
45. Bante A, Mersha A, Zerdo Z, Wassihun B, Yeheyis T. Comorbid anxiety and depression: Prevalence and associated factors among pregnant women in Arba Minch zuria district, Gamo zone, southern Ethiopia. *PLoS One* 2021;16:e0248331. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248331>.
46. Nakimuli A, Nakubulwa S, Kakaire O, Osinde MO, Mbalinda SN, Nabirye RC, et al. Maternal near misses from two referral hospitals in Uganda: a prospective cohort study on incidence, determinants and prognostic factors. *BMC Pregnancy Childbirth* 2016;16:24. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0811-5>.
47. Bangma JT, Hartwell H, Santos HP, O'Shea TM, Fry RC. Placental programming, perinatal inflammation, and neurodevelopment impairment among those born extremely preterm. *Pediatr Res* 2021;89:326-35. <https://doi.org/10.1038/s41390-020-01236-1>.
48. Tucker Edmonds B, Hoffman SM, Laitano T, Bhamidipalli SS, Jeffries E, Fadel W, et al. Values clarification: Eliciting the values that inform and influence parents' treatment decisions for periviable birth. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2020;34:556-64. <https://doi.org/10.1111/ppe.12590>.
49. Sumikawa S, Kotani K, Kojo T, Matsubara S, Haruyama S. A Nationwide Survey of Obstetric Care Status on Japan's Islands, with Special Reference to Maternal Transport to the Mainland. *Tohoku J Exp Med* 2020;250:25-9. <https://doi.org/10.1620/tjem.250.25>.
50. Small MJ, Gondwe KW, Brown HL. Post-Traumatic Stress Disorder and Severe Maternal Morbidity. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2020;47:453-61. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2020.04.004>.
51. Kawanishi Y, Saijo Y, Yoshioka E, Nakagi Y, Yoshida T, Miyamoto T, et al. The Association between Prenatal Yoga and the Administration of Ritodrine Hydrochloride during Pregnancy: An Adjunct Study of the Japan Environment and Children's Study. *PLoS One* 2016;11:e0158155. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158155>.
52. Muhidin S, Behboodi Moghadam Z, Vizheh M. Analysis of Maternal Coronavirus Infections and Neonates Born to Mothers with 2019-nCoV; a Systematic Review. *Arch Acad Emerg Med* 2020;8:e49.

53. Leifheit KM, Schwartz GL, Pollack CE, Edin KJ, Black MM, Jennings JM, et al. Severe Housing Insecurity during Pregnancy: Association with Adverse Birth and Infant Outcomes. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17:8659. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228659>.
54. Jónsdóttir RB, Jónsdóttir H, Skúladóttir A, Thorkelsson T, Flacking R. Breastfeeding progression in late preterm infants from birth to one month. *Matern Child Nutr* 2020;16:e12893. <https://doi.org/10.1111/mcn.12893>.
55. Fortney CA, Pratt M, Dunnells ZDO, Rausch JR, Clark OE, Baughcum AE, et al. Perceived Infant Well-Being and Self-Reported Distress in Neonatal Nurses. *Nurs Res* 2020;69:127-32. <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000419>.
56. Jager S, Kavanagh K, Hoffman S, Laitano T, Jeffries E, Tucker Edmonds B. Parents' Descriptions of Neonatal Palliation as a Treatment Option Prior to Perivable Delivery. *J Perinat Neonatal Nurs* 2020;34:178-85. <https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000483>.
57. Abate BB, Kasie AM, Reta MA, Kassaw MW. Neonatal sepsis and its associated factors in East Africa: a systematic review and meta-analysis. *Int J Public Health* 2020;65:1623-33. <https://doi.org/10.1007/s00038-020-01489-x>.
58. Gondwe A, Munthali AC, Ashorn P, Ashorn U. Perceptions and experiences of community members on caring for preterm newborns in rural Mangochi, Malawi: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014;14:399. <https://doi.org/10.1186/s12884-014-0399-6>.
59. Lutenbacher M, Gabbe PT, Karp SM, Dietrich MS, Narrigan D, Carpenter L, et al. Does additional prenatal care in the home improve birth outcomes for women with a prior preterm delivery? A randomized clinical trial. *Matern Child Health J* 2014;18:1142-54. <https://doi.org/10.1007/s10995-013-1344-4>.
60. Alhusen JL, Ray E, Sharps P, Bullock L. Intimate partner violence during pregnancy: maternal and neonatal outcomes. *J Womens Health* 2002 2015;24:100-6. <https://doi.org/10.1089/jwh.2014.4872>.

61. Sekizuka-Kagami N, Shimada K, Tabuchi N, Nakamura H. Association between the sense of coherence 13-item version scale score of pregnant women in the second trimester of pregnancy and threatened premature birth. *Environ Health Prev Med* 2015;20:90-6. <https://doi.org/10.1007/s12199-014-0436-0>.

FINANCIACIÓN

No existe financiación para el presente trabajo.

CONFLICTO DE INTERES

Los autores declaran que no existe conflicto de interés.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Ruth Noemí Bueno Huamán, Carmen Del Pilar Villanueva Sánchez, Sofia Dora Vivanco Hilario.

Investigación: Ruth Noemí Bueno Huamán, Carmen Del Pilar Villanueva Sánchez, Sofia Dora Vivanco Hilario.

Metodología: Ruth Noemí Bueno Huamán, Carmen Del Pilar Villanueva Sánchez, Sofia Dora Vivanco Hilario.

Administración del proyecto: Ruth Noemí Bueno Huamán, Carmen Del Pilar Villanueva Sánchez, Sofia Dora Vivanco Hilario.

Redacción-borrador original: Ruth Noemí Bueno Huamán, Carmen Del Pilar Villanueva Sánchez, Sofia Dora Vivanco Hilario.

Redacción-revisión y edición: Ruth Noemí Bueno Huamán, Carmen Del Pilar Villanueva Sánchez, Sofia Dora Vivanco Hilario.