South American Publishing

SAP Multidisciplinary Open. 2024; 2:100
doi: 10.62486/mo2024100

ORIGINAL

Nursing care in threatened preterm labor in the Obstetrics and Gynecology Department of a hospital

Cuidados de enfermería en amenaza de parto pretérmino del servicio de Gineco Obstetricia de un hospital

Ruth N Bueno-Huaman[1], Carmen Villanueva-Sanchez[1], Sofía D. Vivanco-Hilario[1], Wilter C. Morales-García[1]

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

Cite as
Bueno-Huaman RN, Villanueva-Sanchez C, Vivanco-Hilario SD, Morales-García WC. Nursing care in threatened preterm labor in the Obstetrics and Gynecology Department of a hospital. SAP *Multidisciplinary Open*. 2024; 2:100. https://doi.org/10.62486/mo2024100

Publication History
Submitted: 21-12-2023
Revised: 05-04-2024
Accepted: 08-08-2024
Published: 09-08-2024

Corresponding Author
Wilter C. Morales-García

ABSTRACT

The threat of preterm labor, a pathology endangering the lives of both mother and baby, affects one in ten births and is a serious public health issue. This research aimed to manage the nursing care process for a 35-year-old pregnant woman with a threat of preterm labor, using a purely qualitative approach in a single case study, applying the five stages of the nursing care process. In the assessment stage, Maryori Gordon's 11 functional patterns guide was used, identifying 10 nursing diagnoses based on NANDA-I Taxonomy II, prioritizing: labor pain, risk of maternal/fetal dyad alteration, and infection control. The care plan was developed using NOC and NIC classifications. During the implementation stage, nursing care focused on pain management, prenatal fetal status, and infection control. These were evaluated by comparing baseline scores with achievement scores, resulting in an updated care plan with changes scored at +1, 0, and +2. In conclusion, the nursing care process was managed, providing quality and humanized care to the patient.

Keywords: Threat of Preterm Labor; Nursing Care.

RESUMEN

La amenaza del parto pretérmino, patología que pone en riesgo la vida de la madre y el bebé, afecta a uno de cada diez nacimientos y es un problema grave de salud pública. El objetivo de esta investigación fue gestionar el proceso de atención de enfermería a una gestante de 35 años con amenaza de parto pretérmino, utilizando un enfoque netamente cualitativo, teniendo un tipo de estudio caso único aplicando el método del proceso de atención de enfermería en sus 5 etapas. En la etapa de valoración se aplicó la guía de los 11 patrones funcionales de Maryori Gordon, 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 a nivel del dolor, estado fetal prenatal y por último control de infecciones, las cuales fueron valoradas diferenciando la puntuación basal con la puntuación de logro, obteniendo como resultado un plan de cuidados actualizado con puntuación de cambio de +1, 0 y +2. 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.

© 2024; The Authors. This Open access article is distributed under the Creative Commons Attribution 4.0 license (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

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 (Perin, et al, 2022).

Así mismo, según la Organización Panamericana de la Salud (2019), los nacimientos a raíz de parto pretérmino son un problema grave de salud pública con 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 morbimortalidad 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 al rededor 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.

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 mayores posibilidades de vida en los recién nacidos prematuros (Pacheco, 2018).

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 (Ministerio de Salud, 2022).

A su vez, según 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. (Instituto Nacional de Estadistica e Informática, 2021).

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 (Huarcaya et al., 2021).

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 (Cobo y Diago, 2020).

Se considera prematuro a un bebé que nace vivo sin que logre completar las 37 semanas de gestación, el estadío de prematurez tiene subcategorías basadas según la edad gestacional, las cuales son: extremadanamente 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 bebes pueden nacer de manera prematura, entre ellas el trabajo de parto espontáneo o por cesárea debido a indicación del médico (Perin et al., 2022).

El parto pretérmino (PPT) se define como aquel que se produce entre las 22 y 36 semanas de gestación. Se considera un problema de gran magnitud en la obstetricia moderna. Asimismo, se ha asociado con la morbimortalidad en neonatos e infantes, así como diversos trastornos neurológicos. Dentro de los factores de riesgo asociados con el riesgo de PPT, destaca el embarazo múltiple, control prenatal inadecuado, anemia, infecciones del tracto urinario e infecciones cervicovaginales (Martínez et al., 2022).

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 (Tacchino, 2018). Por otra parte, entre los factores de riesgo se tienen los factores obstétricos, los factores maternos, los factores sociodemográficos y factores externos (Cobo y Diago, 2020).

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 (Chang, 2018).

Según Ruoti (2020) al hablar de amenaza de parto pretérmino se hace referencia a las contracciones uterinas que se presentan acompañadas de modificaciones del cérvix, antes de las 36 semanas de gestación. Además, la sintomatología que se refiere por las gestantes incluye dolor en hipogastrio tipo cólico menstrual, dolor lumbar sordo, sensación de pesante en la pelvis, secreción vaginal abundante y sangrado vaginal leve.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 morbimortalidad perinatal. (Sant Joan de Déu Barcelona Hospital, 2022). Por otra parte, la tocólisis se aplica con sulfato de magnesio en 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 (Llerena, 2020).

Mediante el proceso de atención de enfermería (PAE) se aplica un modelo enfocado en el paciente que: genera mayor autonomía, la continuidad en los objetivos, y la determinación de la evolución del paciente, si existe registro será posible el apoyo legal, la información se genera de manera continua y completa, de modo que quede constancia de ello a fin de posibilitar el intercambio y contraste de la información. Además, la atención es individualizada bajo un plan escrito de modo que se disminuyen los errores y del mismo modo la ocurrencia de acciones reiteradas, y a su vez se considera al paciente como un colaborador activo. Así mismo el profesional podrá priorizar las acciones de enfermería, establecer las responsabilidades específicas, planificar y organizar los

cuidados (Villalba et al., 2021).

En relación a la importancia de los cuidados enfermería especializada es fundamental que reúna cualidades personales y profesionales, para la preservación, el restablecimiento y el autocuidado de la vida, fundamentada en la relación terapéutica entre enfermera-paciente. Por ello, surge la necesidad de reflexionar sobre la importancia de la especialización en enfermería dirigida a mejorar la calidad de los servicios sanitarios, para lograr resultados finales como el alta, la satisfacción y la reducción del periodo de hospitalización del paciente, mayor productividad, eficiencia y mantenimiento en cuanto al nivel de calidad de servicio (De Arco et al., 2018).

MÉTODO

El presente estudio tiene un enfoque cualitativo, tipo caso clínico único, con aplicación del método científico de proceso de atención de enfermería este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, pues como indica Nájera et al. (2020), la generaciòn de conocimiento bajo el método científico es fundamental en la instauraciòn del proceso de atención de enfermerìa, así como en el desarrollo de modelos y teorìas que respalden el quehacer de esta profesiòn, es decir la ivnestigaciòn favorece el desarrollo de habilidades y el descubrimiento de nuevos hechos, segùn los avances de la técnica, la tecnologìa y el pensamiento. Ademàs, 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 identificaron 10 patrones funcionales alterados.

De cuales 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; después del análisis crítico de los datos significativos se formularon 10 los diagnósticos de enfermería teniendo en cuenta la taxonomía II de NANDA; 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

Diagnóstico médico: Gestante de 34 semanas 4/7 x ecografía, amenaza de parto pretérmino/ infección del tracto urinario en tratamiento de 3 días.

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 antecedes 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. Paciente cuenta con 07 controles prenatales.

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

Patrón Funcional 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 normo térmica; temperatura 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 Funcional III: Eliminación.

Eliminación vesical: micción espontanea de aspecto turbio y hematúrica. Paciente refiere dolor, ardor al orinar y sensación de orinar continuamente. 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 xcg/dl., sangre 3(+++), pus (+++).

Eliminación intestinal: paciente con deposiciones regulares (una vez al día).

Patrón Funcional IV: Actividad – Ejercicio

Actividad respiratoria; paciente ventilando espontáneamente, saturando 95 %, con frecuencia respiratoria de 20 por minuto, ruidos respiratorios conservados. Actividad circulatoria: presenta taquicardia sinusal de 120 por minuto, presión

arterial 120/80 mm Hg, llenado capilar < 2 segundos, con vía endovenosa permeable en miembro superior izquierdo; 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 Funcional 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 Funcional 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, tomando posturas para el alivio del dolor, se evidencia facies de dolor.

Patrón Funcional *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 Funcional *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 Funcional 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, hipo secretantes 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 Funcional 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 Funcional XI: Valores y Creencias

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

Diagnósticos de Enfermería Priorizados

Primer Diagnóstico

Etiqueta Diagnostica

Dolor de parto (00256).

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

Segundo Diagnóstico

Etiqueta Diagnostica

Riesgo de Alteración de la Diada Materno/Fetal (00209). Factor de riesgo: Cuidado prenatal inadecuado.

Condiciones asociadas: complicaciones asociadas.

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

Tercer Diagnóstico

Etiqueta Diagnostica

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 del tracto urinario de vías bajas (Peréz et al., 2019).

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. (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2022).

Para el diagnóstico de la infección urinaria se realiza la evaluación de una toma de muestra de orina tales como: análisis de orina en donde se busca glóbulos blancos, glóbulos rojos, bacterias y analizar ciertas sustancias químicas como nitritos en la orina; urocultivo este examen se puede hacer para identificar las bacterias y determinar el mejor antibiótico para el tratamiento. También se considera exámenes de sangre como un conteo sanguíneo completo y un hemocultivo (Medline Plus, 2022).

Causas: La infección de las vías urinarias es causada por microorganismos que afectan el aparato urinario (riñón, uréteres, vejiga o uretra) y con ello se sobrepasa la capacidad de defensa del individuo. La incidencia de infección de la vía urinaria en mujeres embarazadas es un poco más alta que en la población no embarazada, sus repercusiones materno fetales suelen ser graves.

El riesgo de evolución a pielonefritis es 40 % mayor. Se ha asociado además a mayor incidencia de preeclampsia, nacimiento pretérmino y bajo peso al nacer (Castillo y Apolaya, 2018).

Planificación

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 Agitación.

Frecuencia cardiaca.

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 cardiaca 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 auto monitorización (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 valoraciones exhaustivas 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.
	9:00am-12pm 4:00pm 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 pm	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 pm 7:00pm	Se controló los efectos secundarios de los medicamentos.
	4:00pm	Se seleccionó y a 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 correspondió.

Nota: elaboración a partir de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). (Butcher, et al.,2018).

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 auto monitorización (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 realizó 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).
	04:00 pm	Se interpretó las explicaciones médicas de los resultados de las pruebas y procedimientos.
	10:00 am	Se proporcionó orientación anticipatoria de las posibles intervenciones durante el proceso del parto.
	12 pm	Se informó sobre desviaciones de la normalidad en el estado materno y/o fetal inmediatamente al médico.
	A cada momento	Se documentó la educación de la paciente, resultados de laboratorio, resultados de pruebas fetales y respuestas de lapaciente.
Nota: elaboración a partir de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). (Butcher, et al.,2018)		

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 brindada.
	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-12:00 pm- 4:00	Se fomentó la ingesta de líquidos
	pm- 6:00 pm 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). (Butcher, et al.,2018).		

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
Agitación	4	3
Frecuencia cardiaca	3	3
Nota: elaboración a partir de la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) (Moorhead et al; 2018)		

La tabla 4 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 3 (moderado), después de la administración de las mismas, 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 +1.

Resultado: Estado Fetal Prenatal (0111)

La tabla 5 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.

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) (Moorhead et al; 2018).

Resultado: Control de Infecciones (0703)

La tabla 6 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 +2.

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

Indicadores	Puntuación basal	Puntuación final
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) (Moorhead et al., 2018).

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 re análisis 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

El dolor de parto se define como 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 (Nájera et al., 2020).

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 (Nájera et al., 2020).

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 (Barrios et al., 2020).

Con respecto a la paciente el dolor que presenta es de tipo contracción que aumenta por momentos, evidenciado por la facies, rictus e intranquilidad, ritmo y frecuencia cardiaca alterados, contracción uterina, y ansiedad. La sintomatología descrita coincide Nájera et al. (2020), quienes señalan que este dolor está entre los más intensos que experimenta una mujer, y estará sujeto a factores como la tolerancia al dolor de la gestante, la posición del bebé, la intensidad de las contracciones uterinas, la dilatación del piso pélvico y de la vagina, y las experiencias en partos previos. Así mismo, Barrios et al., (2020). señalan que cada mujer percibe 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 tenga.

Respecto al conocimiento inadecuado sobre el parto, Autor sostiene que está originado por el limitado accedo a la información desde la etapa preconcepcional lo que puede provocar a futuro intervenciones quirúrgicas innecesarias como la cesárea, acompañada de medicalización, incremetando los días de hospitalización y el gasto económico injustificado, lo que se entiende en muchas ocasiones como un parto deshumanizado. El profesional en enfermería cumple un papel clave en este proceso, porque es quien se encarga de además de brindar los cuidados para la adaptación de la gestante, y preparación psicológica, también proporcionar información sobre el parto, confort y confianza que conlleve a la satisfacción de la usuaria, disminuyendo así el riego de morbimortalidad materna. (Choez y Choez, 2021).

En relación a la percepción del dolor como negativo y miedo al parto, Cortez et al., (2020) indica que el "Dolor en el Trabajo de Parto" es considerado uno de los más significativos, intensos y dolorosos en la vida de la mujer, representando para la mayoría de las mujeres un dolor severo, y esta percepción puede aumentar la presencia de depresión o ansiedad en futuros embarazos y a corto plazo puede dificultar el cuidado del recién nacido, aumenta el riesgo de hospitalizaciones y/o presencia de problemas en las actividades cotidianas.

Ante este miedo al parto, el profesional de enfermería brinda cuidados que van más allá de las intervenciones asistenciales; pues incluye un acompañamiento en el que se genere empatía, confianza y seguridad en la gestante (Campos y Vàsquez, 2021).

Dado el desconocimiento sobre el parto prematuro, la gestante manifestó ansiedad, temor y preocupación sobre las complicaciones para ella y el bebe, por el intenso dolor presentado antes de completar el periodo de gestación. Esta sintomatología se alinea con Choéz y Choéz, (2021), quien sostiene que el desconocimiento sobre el parto surge desde la etapa preconcepcional y que puede provocar a futuro intervenciones quirúrgicas innecesarias como la cesárea. Mientras que en cuanto a la ansiedad y miedo al parto, esto se contrasta con Cortez et al., (2020) quien indica que el dolor de parto es considerado uno de los más intensos y dolorosos en la vida de la mujer, y esta percepción puede aumentar la presencia de depresión o ansiedad en futuros embarazos y a corto plazo puede dificultar el cuidado del recién nacido.

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 valorar el dolor teniendo en cuenta 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 0 (sin dolor) y 10 (dolor insoportable). Es primordial que la intensidad del dolor de parto se evalúe antes y después de cualquier intervención que pueda generar dolor, 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 (Watson J. , 2022).

El especialista en enfermería debe considerar administrar 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 reduce el nivel de concentración de calcio citoplasmático y un incremento en el flujo de calcio de la célula; y obstaculiza las interacciones actina-miosina, inhibiendo las contracciones miometriales y conllevando a la relajación miometrial; a fin de retrasar el nacimiento, ganando tiempo para administrar maduración pulmonar y neuro protección, reduciendo el síndrome de dificultad respiratoria y parálisis cerebral, para el traslado de la paciente hacia un centro de referencia, en caso fuera necesario (Ruoti, 2020).

Respecto a la prevención y control de los efectos secundarios de los medicamentos, se consideró que las terapias combinadas conllevan 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 intra-amniótica. 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 (Sant Joan de Déu Barcelona Hospital, 2022).

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) (Arce et al., 2020).

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 (American Pregnancy Association, 2023).

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 (Herdman y Kamitsuru, 2021).

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 (Cobo y Diago, 2020).

Se considera prematuro un bebé nacido vivo antes de que se hayan completado 37 semanas de embarazo. Los bebés pueden nacer de manera prematura debido a un trabajo de parto prematuro espontáneo o por indicación médica, a fin de planificar la inducción del parto o adelantar un parto mediante cesárea. Los nacimientos prematuros obedecen a distintas razones.

La mayoría de ellos ocurren espontáneamente, pero algunos se deben a razones médicas, como infecciones u otras complicaciones del embarazo que requieren la inducción temprana del parto o un parto por cesárea. Entre las causas figuran los embarazos múltiples, las infecciones y afecciones crónicas como la diabetes y la hipertensión arterial. A muchos supervivientes les espera una vida de discapacidad, lo que incluye dificultades de aprendizaje y problemas visuales y auditivos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023).

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 entre las 22 y 36 semanas de gestación. Se considera un problema de gran magnitud en la obstetricia moderna. Asimismo, se ha asociado con la morbimortalidad en neonatos e infantes, así como diversos trastornos neurológicos. Dentro de los factores de riesgo asociados con el riesgo de PPT, destaca el embarazo múltiple, control prenatal inadecuado, anemia, infecciones del tracto urinario e infecciones cervicovaginales (Martínez et al., 2022).

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.

Los factores de riesgo del parto prematuro son diversos tales como longitud cervical corta, obesidad materna, antecedente de parto pretérmino, edad materna avanzada, antecedente de cesárea previa, periodo intergenésico corto, periodo intergenésico largo y primiparidad (Peralta et al., 2022).

En relación a 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 (Artal, 2022).

Se proporcionó 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. Además, se debe instruir a la paciente sobre las técnicas de auto monitorización 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. La enseñanza y comprensión de estos parámetros son fundamentales para que la paciente pueda realizar una vigilancia adecuada de su estado de salud (Uniteco, 2022).

La monitorización de la actividad uterina es el registro de las variables fisiológicas durante el embarazo y el parto, tanto del feto como de la madre. Principalmente, se monitoriza el embarazo y especialmente el parto, para prevenir y reducir el riesgo de hipoxia que puede padecer el feto durante el parto. Sin embargo, existen otros motivos para monitorizar el embarazo y uno de ellos es para predecir el éxito de inducción del parto. En clínica, se utilizan distintas técnicas de monitorización como es el caso de la palpación manual, la toco dinamometría externa (TOCO) y le medición de la presión intrauterina (IUP) (Sierra, 2020).

Es importante proporcionar información a la paciente para que pueda identificar los signos y síntomas que requieren atención médica inmediata. Según Routi (2020) al hablar de amenaza de parto pretérmino se hace referencia a las contracciones uterinas que se presentan acompañadas de modificaciones del cérvix, antes de las 36 semanas de gestación. Además, la sintomatología que se refiere por las gestantes incluye dolor en hipogastrio tipo cólico menstrual, dolor lumbar sordo, sensación de pesante en la pelvis, secreción vaginal abundante y sangrado vaginal leve (Castillo y Apolaya, 2018).

Se deben explicar los riesgos fetales asociados con los partos prematuros en las diferentes etapas de gestación. Entre estas complicaciones que se presentan en algunos casos de nacimiento de bebés prematuros manifestadas en el corto o largo plazo se incluye el síndrome de distrés respiratorio, la sepsis neonatal, la hipoglucemia con y la acidosis metabólica, la retinopatía, e incluso la muerte fetal (Rosado, 2021). Por otra parte, los factores asociados a las complicaciones son el peso de la madre, una estatura

menor a 1,50 metros, los hábitos alimenticios durante el embarazo y las condiciones del útero (Lestrade et al., 2020).

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 (Gavin, 2019).

Una de las actividades es realizar pruebas para evaluar el estado fetal que permita identificar la situación en la que se encuentra el feto en base a parámetros bioquímicos, biofísicos y biológicos fetales. Si estos parámetros son normales se habla de bienestar fetal, mientras que, la fluctuación de dichos parámetros que genere pérdida o compromiso del estado del feto, ha sido conceptuada como estado fetal no tranquilizador, en sustitución del término clásico de sufrimiento fetal, cuyos signos clínicos son la taquicardia o bradicardia fetal, la presencia de meconio o la fluctuación de los movimientos fetales (Gómez et al., 2022). Las pruebas utilizadas para determinar el estado fetal son las siguientes: Test basal o monitorización fetal no estresante, Prueba de la oxitocina, Estimulación vibro-acústica fetal, Perfil biofísico fetal, Evaluación hemodinámica Doppler (Vásquez et al., 2022).

Interpretar los resultados de las pruebas y procedimientos implica comprender el propósito del monitoreo fetal electrónico, que es reducir la morbilidad y mortalidad neonatal. Numerosos estudios se han realizado para identificar características de la frecuencia cardiaca fetal que permitan sospechar o detectar de manera temprana un estado de hipoxia/acidosis fetal. Así mismo, diferentes métodos con el objetivo de aumentar la detección de este evento y así poder intervenir 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 (Villamil et al., 2022).

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 (Freeborn et al., 2022).

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 (Flickr, 2019).

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. Su objetivo es optimizar la comunicación entre los miembros del equipo de salud y garantizar la continuidad en la atención. Además, respaldan legalmente 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.

También son evidencia del cuidado proporcionado y del cumplimiento de las indicaciones, lo cual tiene relevancia legal. La norma técnica de salud establece un manejo estandarizado del contenido básico a ser registrado, respetando los aspectos legales y administrativos del proceso de atención de salud (Soza, et al., 2020).

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 pielocalicial 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 (Oviedo, 2022).

Según Lalupú (2020) los síntomas más frecuentes de la infección urinaria en gestantes son la disuria es decir dolor o ardor al orinar, polaquiuria que consiste en la sensación de orinar frecuentemente, turbidez y olor fétido de la orina, tenesmo vesical, hematuria la cual es presencia de sangre en la orina.

Durante el embarazo, las infecciones urinarias son comunes, causadas por microorganismos que causan daño al aparato urinario, afectando el nivel de defensa de la persona. Además, este tipo de infección tiene mayor prevalencia en mujeres embarazadas que en las no gestantes, representando un riesgo tanto para la madre como para el feto, que puede conllevar a mayor incidencia de preeclampsia, nacimiento pretérmino y bajo peso al nacer (Castillo y Apolaya, 2018).

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 anatomo-fisiológicos 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 (Barrios et al., 2020).

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. Esta sintomatología abarca por completo la presentada por Lalupú (2020) quien menciona a la disuria, turbidez y olor fétido de la orina, tenesmo vesical y hematuria, como síntomas principales de la infección urinaria.

Los investigadores no saben realmente qué causa un parto prematuro ciertas afecciones pueden incrementar el riesgo de un parto prematuro, como las siguientes: infecciones vaginales, infecciones del tracto urinario, la ruptura prematura de membrana, problemas hipertensivos como la preeclampsia y la anemia. (Murguia, 2021)

Es importante instruir a la paciente sobre la técnica adecuada de lavado de manos, puesto que la correcta técnica del lavado de manos limitará la transferencia de microorganismos patógenos entre personas. Así, si el personal de salud, se lava las manos tes y después del contacto con cada paciente y la ejecución de procedimientos, disminuye la diseminación bacteriana., pues se destruyen los gérmenes patógenos que generan infecciones nosocomiales (Sánchez et al., 2020).

Además, es necesario utilizar guantes de acuerdo con las normas de precaución universal.

Se deben usar guantes siempre que se prevea algún contacto con sangre, fluidos corporales, secreciones, excreciones y objetos contaminados, para tocar membranas mucosas y piel expuesta (Maldonado, 2023).

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 (Ministerio de Salud, 2021).

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 (Catena et al., 2022).

Se recomienda la ingesta adecuada de líquidos en la gestación, pues se producen cambios en el cuerpo de la mujer, como el aumento gradual de peso. 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. El aumento asegura una adecuada irrigación sanguínea de la placenta sin comprometer otros órganos maternos, y actúa de reserva ante hemorragias (Ospedyc, 2023).

En cuanto al tratamiento antibiótico, se recomienda administrar cefazolina 1 gramo por vía intravenosa cada 8 horas. La cefazolina es un bactericida, inhibe el tercer y último paso de la síntesis de la pared bacteriana, uniéndose específicamente a unas proteínas denominadas PBPs; proteínas presentes en todas las células bacterianas, aunque la afinidad hacia las mismas varía de una especie bacteriana a otra. Una vez fijado el antibiótico a estas proteínas, la síntesis de la pared bacteriana queda interrumpida y la bacteria experimenta la una autolisis. (Vademecum, 2021)

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 manteniendo el plan de cuidados actualizado de manera permanente, que ayudaron para la resolución de problemas y las necesidades. La condición de estabilidad y mejora de la paciente dependió de las respuestas favorables de los cuidados de enfermería y del seguimiento a los mismos.

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.

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 N Bueno-Huaman, Carmen Villanueva-Sanchez, Sofía D. Vivanco-Hilario, Wilter C. Morales-García.
Investigación: Ruth N Bueno-Huaman, Carmen Villanueva-Sanchez, Sofía D. Vivanco-Hilario, Wilter C. Morales-García.
Metodología: Ruth N Bueno-Huaman, Carmen Villanueva-Sanchez, Sofía D. Vivanco-Hilario, Wilter C. Morales-García.

Administración del proyecto: Ruth N Bueno-Huaman, Carmen Villanueva-Sanchez, Sofía D. Vivanco-Hilario, Wilter C. Morales-García.

Redacción-borrador original: Ruth N Bueno-Huaman, Carmen Villanueva-Sanchez, Sofía D. Vivanco-Hilario, Wilter C. Morales-García.

Redacción-revisión y edición: Ruth N Bueno-Huaman, Carmen Villanueva-Sanchez, Sofía D. Vivanco-Hilario, Wilter C. Morales-García.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Pregnancy Association (2023). Patrones de Respiración durante el Parto. Recuperado de: https://americanAmerican-American-Pregnancy-Association-Association.org/es/healthy-American-American-Pregnancy-Association-Association/labor-and-birth/patterned-breathing/

2. Arce, V. R., Vázquez, S. R., & Gutiérrez, M. T. (2020). Actualización en el manejo de labor de parto pre-término. Revista Médica Sinergia, 5(1), 3.

3. Artal-Mittelmark, R. (2022). Factores de riesgo para complicaciones durante el embarazo.

4. Manual MSD versión público en general. Recuperado de: https://www.msdmanuals.com/es-mx/hogar/salud-femenina/embartalarazo-de-alto-riesgo/factores-de-riesgo-para-el-embarazo-de-alto-riesgo

5. Barrios, M. V., Díaz-Jiménez, D., & Reina-Caro, A. J. (2020). Alternativas para el manejo del dolor intraparto. SANUM: revista científico-sanitaria, 4(2), 38-45.

6. Butcher, H. K., Bulecheck , G. M., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2018). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Barcelona: Elsevier España.

7. Sant Joan de Déu Barcelona Hospital (18 de abril de 2022). Amenaza de parto pretérmino. Recuperado de: https://portal.medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia- materna-obstetrica/amenaza_de_parto_pretermino_hcp_hsjd.pdf

8. Castillo, Q. D., Lucía, A., & Apolaya-Segura, M. (2018). Prevalencia de infección de la vía urinaria y perfil microbiológico en mujeres que finalizaron el embarazo en una clínica privada de Lima, Perú. Ginecología y obstetricia de México, 86(10), 634-639.

9. Campos-Quintero, L., & Vásquez-Truisi, M. L. (2021). El cuidado de enfermería generador de confianza de la mujer durante el trabajo de parto. Revista colombiana de enfermería, 20(1), e031-e031.

10. Catena, ME, Zermiani, M., Gutiérrez, SA, & Garrido, L. (2022, 14 de junio). ¿Cuándo está indicado el reposo absoluto en el embarazo? Reproducción Asistida ORG. https://www.reproduccionasistida.org/reposo-absoluto-en-el-embarazo/

11. Chang Jiménez, W. D. R. (2018). Amenaza de parto pretermino en una gestante multípara de 35 semanas (Bachelor's thesis, BABAHOYO, UTB 2018).

12. Choez, V., & Choez, M. M. L. (2021). El Autocuidado y parto humanizado en adolescentes. Revista Científica Biomédica Higía de la Salud, 4(1).

13. Cobo Cobo, Teresa, Diago Almela, Vicente (2020). Revista oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n5/GAP- Parto_pretermino_2020.pdf

14. Cortés, F., Merino, W., & Bustos, K. (2020). Percepción del dolor durante el trabajo de parto. Una revisión de los factores involucrados. Rev Chil Anest, 49(5), 614-624.

15. Villalba, A. I. F., Lapuente, J. M., Sánchez, M. R., Cuartero, M. D., Castillo, A. G., & de Buen, S. P. (2021). Caso clínico. Proceso de atención enfermero de una gestante en trabajo de parto con cesárea anterior y rotura incompleta de cicatriz uterina. Revista Sanitaria de Investigación, 2(12), 320.

16. De Arco Canoles, O., & Suarez Calle, Z. (13 de abril de 2018). Universidad y Salud artículo de revisión. Obtenido de http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v20n2/0124-7107-reus-20-02- 00171.pdf

17. Flickr, S. en. (Dakota del Norte). ¿Cuáles son algunas complicaciones comunes durante el trabajo de parto y el parto? https://espanol.nichd.nih.gov/ . Recuperado el 29 de noviembre de 2023 de https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/labor-delivery/informacion/complicaciones

18. Freeborn, D., Trevino, H. M., & Burd, I. (12 de 01 de 2022). Obtenido de https://myhealth.ucsd.edu/Spanish/RelatedItems/3,82679

19. Gavin, M. L. (2019). Cuando su bebé está en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN). NEMOURS Kids Health. https://kidshealth.org/es/parents/nicu-caring.html

20. Gómez, J., Lozadz, C. C., y Faneite, P. (2022). Integración de las pruebas de bienestar fetal anteparto: propuesta de un perfil biofísico fetal extendido. Gaceta Médica de Caracas, 130(2).

21. Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (Eds.). (2021). Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2021-2023. Elsevier.

22. Huarcaya-Gutierrez, R., Cerda-Sanchez, M., & Barja-Ore, J. (2021). Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en madres jóvenes atendidas en un hospital de Perú. Medisan, 25(2), 346-356.

23. Infección urinaria. (2022, 8 de agosto). Cdc.gov. https://www.cdc.gov/antibiotic-use/sp/uti.html Instituto Nacional de Estadistica e Informática. (mayo de 2021). Obtenido de https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2020/INFORME_PRINCIPAL_2020/INFORME_PRI NCIPAL_ENDES_2020.pdf

24. Lalupú Lalupú, M. C. (2020). Tratamiento en infecciones urinarias en gestantes del Establecimiento de Salud I Monte Castillo 2019.

25. Lestrade, O. D. T., Pacheco, I. H., Nuñez, C. M., & Ledezma, J. C. R. (2020). Infección urinaria como factor de riesgo para parto pretérmino. Journal of Negative and No Positive Results, 5(11), 1426-1443.

26. Llerena Vicuña, E. V. (2020). Uso del Sulfato de Magnesio como neuro protector en el parto prematuro.

27. Maldonado, DS (2023, 22 de febrero). Elementos de protección personal de salud y bioseguridad . ElHospital. https://www.elhospital.com/es/noticias/equipos-de-proteccion-para-trabajadores-y-profesionales-de-la-salud

28. Manual de recomendaciones en el embarazo y parto prematuro. (2019). Uruguay. Ministerio de Salud Organización Panamericana de La Salud Metada. https://iris.paho.org/handle/10665.2/53940?locale-attribute=es

29. Martínez Ramos, A. J., Flores, H. V., Quezada, J. C. R., Melgarejo, J. A., & Saldaña Diaz, C. V. (2022). Estudio de caso control en amenaza de parto pretermino y sus factores de riesgo en gestantes en un hospital de referencia del Peru durante la pandemia COVID-

30. Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud, 20(1), 39-45. Ministerio de Salud (29 de abril de 2021). Guía de Procedimiento de Enfermería: "Administración segura de medicamentos endovenosos"

31. Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M., & Maas, M. L. (2018). Clasificación de Resultados de Enfermería. Barcelona: Elsevier Esapaña.

32. Murguia-Ricalde, F. N., Indacochea-Cacéda, S., Quezada, J. C. E. R., & Jhony, A. (2021). Factores de riesgo maternos asociados a parto prematuro en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo año 2018 al 2019, Lima-Perú. Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal, 10(2), 35-41.

33. Medline Plus . (15 de agosto de 2022). Obtenido de https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000521.htm

34. Nacimientos prematuros . (Dakota del Norte). Quien.int. Recuperado el 29 de noviembre de 2023 de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth

35. Nacimientos prematuros en el Perú se incrementan un 6.89 % en lo que va del 2022 . (Dakota del Norte). Gob.pe. Recuperado el 29 de noviembre de 2023, de https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/668468-nacimientos-prematuros-en-el- peru-se-incrementan-a-6-89-en-lo-que -va-del-2022.

36. Nájera, G. F. R., Barquero, F. A. C., & Bermúdez, C. A. U. (2020). Analgesia obstétrica para el parto vaginal: eficacia y efectos adversos. Revista Médica Sinergia, 5(01), 332.

37. Ospedyc (31 de enero, 2023). La importancia de la hidratación durante y después del embarazo. Recuperado de: https://www.ospedyc.org/la-importancia-de-la-hidratacion-durante-y- despues-del-embarazo/

38. OMS (2023). Nacimientos prematuros. Recuperado de: https://www.who.int/es/news-room/fact- sheets/detail/preterm-birth

39. Oviedo, P. L. (2022). Infección de vías urinarias en mujeres gestantes. Revista Médica Sinergia, 6(12).

40. Pacheco-Romero, J. (2018). Parto pretérmino, avances y retos: A manera de prólogo. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, 64(3), 393-398.

41. Peralta, F. D. A., Gonzales-Medina, C., León, P. M., Caja, M. M., Alvarado, S. M., Oliva, V. V., & Reyes, K. F. M. (2022). Factores de riesgo para parto pretérmino idiopático según prematuridad. Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal, 11(1), 18-25.

42. Pérez, R. P., Ortega, M. J. C., Álvarez, J. A., Baquero-Artigao, F., Rico, J. C. S., Zúniga, R. V.,... & de Liria, C. R. G. (2019, June). Recomendaciones sobre el diagnóstico y tratamiento de la infección urinaria. In Anales de Pediatría (Vol. 90, No. 6, pp. 400-e1). Elsevier Doyma.

43. Perin, J., Mulick, A., Yeung, D., Villavicencio, F., Lopez, G., Strong, K. L., Prieto-Merino, D., Cousens, S., Black, R. E., y Liu, L. (2022). Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000–19: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. The Lancet. Child & Adolescent Health, 6(2), 106–115. https://doi.org/10.1016/s2352-4642(21)00311-4

44. Rosado Muñoz, J. A. (2021). Complicaciones del recién nacido por parto pretérmino del hospital básico El Empalme, 2020 (Bachelor's thesis, La Libertad: Universidad Estatal Península de Santa Elena, 2021).

45. Ruoti, M. (2020). Tocoliticos en la amenaza de parto prematuro. Anales de la Facultad de Ciencias Médicas (Asunción), 53(3), 115-130

46. Sánchez García, Z. T., & Hurtado Moreno, G. (2020). Lavado de manos. Alternativa segura para prevenir infecciones. Medisur, 18(3), 492-495.

47. Sierra García, A. (2020). Caracterización de la respuesta mioeléctrica uterina en inducciones mecánicas del parto mediante registros electrohisterográficos (Doctoral dissertation, Universitat Politècnica de València)

48. Soza Diaz, C. D. F., Bazán Sánchez, A. C. L., & Diaz Manchay, R. J. (2020). Percepción de las enfermeras sobre el uso de sus registros para garantizar la continuidad del cuidado. Ene, 14(1).

49. Uniteco (21 de enero de 2022). Constantes vitales, las principales señales de vida. Obtenido de https://www.unitecoprofesional.es/blog/constantes-vitales-principales-senales-vida

50. Vademecum. (noviembre de 2021). Obtenido de: https://www.unitecoprofesional.es/blog/constantes-vitales-principales-senales-vida/

51. Villamil, P. C. G., Acuña Pradilla, C., Caicedo Goyeneche, A. P., Rosas Pabon, D., & Paba Rojas, S. P. (2022). Monitoreo fetal: principios fisiopatológicos y actualizaciones. Archivos de Ginecología y Obstetricia, 60(1), 47-70.

52. Watson, J. C. (2022). Evaluación del dolor. Manual MSD versión para profesionales. Retrieved November 29, 2023, from https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/trastornos- neurol%C3%B3gicos/dolor/evaluaci%C3%B3n-del-dolor Dic, 3. (s/fa). Manual de recomendaciones en el embarazo y el parto prematuro. Paho.org. Recuperado el 8 de enero de 2024, de https://www.paho.org/es/documentos/manual-recomendaciones-embarazo-parto-prematuro