



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON
AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO BASADO EN LA TEORÍA DE
DOROTHEA OREM

LOOR RODRIGUEZ ODALIS ESTEFANIA
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

QUINDE OSORIO KARLA GISSELLA
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

MACHALA
2020



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON
AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO BASADO EN LA TEORÍA
DE DOROTHEA OREM

LOOR RODRIGUEZ ODALIS ESTEFANIA
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

QUINDE OSORIO KARLA GISSELLA
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

MACHALA
2020



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

TRABAJO TITULACIÓN
ANÁLISIS DE CASOS

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON AMENAZA DE
PARTO PRETÉRMINO BASADO EN LA TEORÍA DE DOROTHEA OREM

LOOR RODRIGUEZ ODALIS ESTEFANIA
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

QUINDE OSORIO KARLA GISSELLA
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

SALVATIERRA AVILA LINDA YOVANA

MACHALA, 09 DE NOVIEMBRE DE 2020

MACHALA
2020

APP - loor y quinde

INFORME DE ORIGINALIDAD

2%

INDICE DE SIMILITUD

2%

FUENTES DE
INTERNET

0%

PUBLICACIONES

0%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

Submitted to Universidad Inca Garcilaso de la Vega

Trabajo del estudiante

<1%

2

repositorio.unapiquitos.edu.pe

Fuente de Internet

<1%

3

www.huffingtonpost.com

Fuente de Internet

<1%

4

miprimerblog2014administracion.blogspot.com

Fuente de Internet

<1%

5

repositorio.uigv.edu.pe

Fuente de Internet

<1%

6

www.coursehero.com

Fuente de Internet

<1%

7

agroexcelencia.com

Fuente de Internet

<1%

8

150.186.96.52

Fuente de Internet

<1%

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

Las que suscriben, LOOR RODRIGUEZ ODALIS ESTEFANIA y QUINDE OSORIO KARLA GISELLA, en calidad de autoras del siguiente trabajo escrito titulado PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO BASADO EN LA TEORÍA DE DOROTHEA OREM, otorgan a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tienen potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

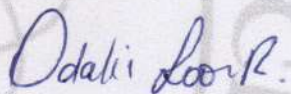
Las autoras declaran que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

Las autoras como garantes de la autoría de la obra y en relación a la misma, declaran que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asumen la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 09 de noviembre de 2020



LOOR RODRIGUEZ ODALIS ESTEFANIA
0750567190



QUINDE OSORIO KARLA GISELLA
0705146561

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios, por darnos la vida y durante el transcurso brindarnos sabiduría, conciencia, paciencia, que nos han permitido superar nuestras propias expectativas, en armonía con todo el mundo.

Gracias a nuestros padres quienes desde niñas nos inculcaron buenos valores que hemos aplicado durante este proceso de crecimiento personal.

A nuestra querida Universidad Técnica de Machala que nos abrió las puertas del conocimiento, a cada uno de nuestros docentes que nos acompañaron desde nuestro inicio en esta hermosa profesión de Enfermería, quienes con mucha paciencia y amor han dedicado su valioso tiempo preparándonos para ser Profesionales.

En especial a nuestras Tutoras, Licen. Marlene Chamba, Licen. Yovana Salvatierra, Dra. Elizabeth Miranda, Licen. Virginia Calderón, quienes nos guiaron durante la realización del trabajo de titulación, con cada una de sus aportaciones permitiéndonos mejorar académicamente con su experiencia y profesionalismo.

DEDICATORIA

En memoria de mis padres Teófilo Orlando Quinde Zapata y Maria Isabel Osorio Ordoñez
a quienes les expreso mi mayor agradecimiento y eterno amor.

Karla Gissella Quinde Osorio

A mi madre, quien ha sido un pilar fundamental en esta etapa de mi vida.

Odalís Loo Rodríguez

RESUMEN

El embarazo, es un proceso fisiológico por el cual la mayor parte de las mujeres atraviesan, y el personal de salud tiene que intervenir en todas las etapas con la finalidad de manejarlo aplicando las normas y guías establecidas con bases científicas, que durante la gestación se procede a informar de los cambios fisiológicos a los que va a enfrentarse la mujer y las posibles complicaciones, para prevenir o tratar eventos que pongan en riesgo la vida de la madre y el feto. Así también como contar con la toma de decisiones de la madre durante el proceso de atención en cuanto a las necesidades identificadas.

El diagnóstico y tratamiento oportuno marcan una diferencia incalculable, por lo tanto, al proporcionar e implementar conocimientos permitirían afrontar con una conducta adecuada, desarrollando así el autocuidado basado en información con base científica, Dorotea Orem considera al ser humano en su teoría de autocuidado como un ser integral. La amenaza de parto pretérmino aparece entre la semana 20 y antes de la semana 37 de gestación, es considerada de origen multifactorial en el tipo intrínseco se produce por activación hormonal y neuronal, mientras que el tipo extrínseco por estrés, infecciones maternas, malformaciones uterinas, traumatismos. En el Ecuador el 20% de las embarazadas padecen de infecciones en las vías urinarias, esto desencadena a contracciones uterinas. En algunos de los casos es necesaria la hospitalización para un tratamiento protocolizado de la paciente, influyendo en el ámbito psico-emocional. La prevención primaria está centrada en la prevención, diagnóstico y tratamiento precoz, valorando principalmente los factores de riesgo.

El objetivo del presente análisis de caso clínico es aplicar el Proceso de atención de enfermería en paciente con amenaza de parto pre término enfocado en la teoría de Dorothea Orem dirigida al fomento del autocuidado integral con el fin de mejorar la calidad de vida utilizando la taxonomía NANDA, NIC NOC. El problema descrito es la amenaza de parto pretérmino que se evidencia en una paciente de 30 años de edad, que fue atendida en el Hospital General IESS, del Cantón Machala, Provincia de el Oro, en el año 2020. Esta investigación es de tipo científica, analítica y descriptiva, se la realizó mediante la búsqueda y análisis de artículos científicos que van direccionados al estudio, así como la revisión y valoración de la historia clínica de la paciente, la recolección de la información para el análisis de caso. La aplicación del proceso de atención de enfermería,

este estudio se basó en el modelo del déficit de cuidado de Dorothea Orem al realizar la valoración correspondiente como: las etiquetas NANDA, a como el criterio de Resultados NOC e intervenciones NIC, ordenadas por medio del formato PLACE, la organización de la sustentación de los cuidados de enfermería y a su vez poder responder las necesidades de la paciente. Los profesionales de enfermería nos enfocamos en dar una atención de calidad, de forma que se pueda lograr establecer nuevas conductas con el objetivo de disminuir el riesgo tanto de madre como el recién nacido , utilizando técnicas de autocuidado, adaptadas a las necesidades reales de cada individuo.

Palabras Claves: Amenaza de parto pretermino, cuidados de enfermería, déficit de autocuidado, promoción de la salud, agenesis renal.

SUMMARY

Pregnancy is a physiological process that most women go through, and the health personnel who intervene in all stages have the purpose of managing it by applying the norms and guidelines established with scientific bases, which are followed during pregnancy. to inform about the physiological changes that the woman is going to face and the possible complications, to prevent or treat events that put the life of the mother and the fetus at risk. As well as having the mother's decision-making process during the care process regarding the identified needs.

Timely diagnosis and treatment make an incalculable difference, therefore by providing and implementing knowledge they would allow to face with an appropriate behavior, thus developing self-care based on scientifically based information, Dorotea Orem considers the human being in her theory of self-care as a being integral. The threat of preterm labor appears between week 20 and before week 37 of gestation, it is considered of multifactorial origin in the intrinsic type is produced by hormonal and neuronal activation, while the extrinsic type by stress, maternal infections, uterine malformations, trauma. In Ecuador, 20% of pregnant women suffer from urinary tract infections, this triggers uterine contractions. In some cases, hospitalization is necessary for a protocolized treatment of the patient, influencing the psycho-emotional field. Primary prevention is focused on prevention, diagnosis and early treatment, mainly assessing risk factors.

The objective of this clinical case analysis is to apply the Nursing Care Process in patients with threatened pre-term delivery, focused on Dorothea Orem's theory aimed at promoting comprehensive self-care in order to improve quality of life using the NANDA taxonomy. , NIC NOC. The problem described is the threat of preterm birth that is evidenced in a 30-year-old patient, who was treated at the IESS General Hospital, Canton Machala, Province of El Oro, in 2020. This research is scientific. Analytical and descriptive, it was carried out through the search and analysis of scientific articles that are directed to the study, as well as the review and assessment of the patient's clinical history, the collection of information for the case analysis. The application of the nursing care process, this study was based on Dorothea Orem's care deficit model when performing the corresponding assessment such as: the NANDA labels, as the NOC Results criterion and NIC interventions, ordered by means of the format PLACE, the organization of the

support of nursing care and in turn being able to respond to the needs of the patient. Nursing professionals focus on providing quality care, so that new behaviors can be established with the aim of reducing the risk of both mother and newborn, using self-care techniques, adapted to the real needs of each individual .

Key Words: Threat of preterm birth, nursing care, self-care deficit, health promotion, renal agenesis.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I: GENERALIDADES DEL OBJETIVO DE ESTUDIO	11
1.1 Definición y contextualización del objetivo de estudio	11
1.2 Hecho de interés	12
1.3. Objetivos de la investigación	14
1.3.1. Objetivo General	14
1.3.2. Objetivo Específico	14
CAPÍTULO II: FUNDAMENTOS TEÓRICOS-EPISTEMOLÓGICOS DEL ESTUDIO	15
2.1. Bases Teóricas de la Investigación	15
2.1.1. Amenaza de Parto Prematuro	15
2.1.2. Fisiopatología	16
2.1.3. Epidemiología	17
2.1.4. Etiología	17
2.1.5. Factores de riesgo	18
2.1.6 Diagnóstico	20
2.1.7 Evolución y pronóstico	21
2.1.8. Tratamiento de la amenaza de parto pretérmino	21
3.1. Diseño de investigación realizada	24
3.1.1. Tipo de investigación	24
3.1.2. Unidad de análisis	24
3.1.3. Área de estudio	24
3.1.4. Tipo de estudio	24
3.1.5 Método de estudio	25
3.1.5.1 Método científico	25
3.1.5.2. Método descriptivo	25
3.1.5.3. Metodo analítico	25
3.1.6. Técnicas a Utilizar	25
3.1.7. Instrumentos de investigación	25
3.1.8. Categorías	25
3.2. Proceso de recolección de datos en la investigación	26
3.2.1. Aspectos éticos legales	26

3.2.2. Petición de acceso para el manejo de la historia clínica	26
3.2.3. Ubicación de la Historia clínica	26
3.2.4.Revisión de la historia clínica	27
3.3. Sistema de categorización en el análisis de los datos.	27
3.3.1. Historia clínica	27
3.3.2. Anamnesis	27
3.3.3 Signos Vitales	27
3.3.4. Examen físico	27
3.5.5. Antecedentes personales y familiares	28
3.3.6 Diagnóstico médico	28
3.3.7 Proceso de atención de enfermería	28
4.1 Descripción de resultados	34
4.2. Argumentación teórica de resultados.	36
4.3 CONCLUSIONES	38
4.4. RECOMENDACIONES	39
BIBLIOGRAFIA	40

INTRODUCCIÓN

La amenaza de parto pretérmino se suele presentar entre la semana 20 y antes de la semana 37 de gestación, se manifiesta con contracciones con un ritmo de 4 contracciones cada 20 minutos. es considerada como un síndrome heterogéneo de origen multifactorial, debido a que las causas que lo ocasionan pueden ser de tipo intrínseco (neuronal y activación hormonal), y extrínseco (infecciones maternas, estrés, traumatismos, malformaciones uterinas). (1,2)

el parto prematuro está subdividido en extremadamente prematuro menor de 28 semanas, muy prematuros de 28-31 semanas, moderadamente prematuros 32-36 semanas. (2) se ha considerado a un subgrupo de moderadamente prematuros de 34 a 36 semanas como “prematuros tardíos”. (2)

La APP es una de las problemáticas a corto y largo plazo de la Salud Pública, ya que tiene creciente morbimortalidad materna neonatal e infantil. La Organización Mundial de la Salud (OMS) tiene estimado una oscilación de 69% a 83% de nacimientos prematuros, y es considerada una de las principales causas de muerte materno neonatal. (3) la incidencia en América Latina de la Amenaza de parto prematuro es de 14,7%. (4) por consiguiente, en el Ecuador hay un aproximado de un 5,1% de nacidos prematuros, específicamente en la Provincia de El Oro, según los datos estadísticos de la Gaceta Epidemiológica del 2017 existen un aproximado de 24,3% de nacimientos pretérminos. (5,6)

En cuanto a la fisiopatología, se menciona el proceso que el personal de salud debe conducir de la forma más asertiva aplicando los conocimientos científicos, con el fin de lograr establecer la comunicación que permite informar los cambios fisiológicos que se va a enfrentar la mujer y también las posibles complicaciones que se pueden presentar, ya que elaborando una historia clínica con los datos obtenido se pueden prevenir eventos que puedan poner en riesgo la vida de la madre y su bebé. A su vez se puede contar con la toma de decisiones de la madre durante el proceso de atención en cuanto a las necesidades identificadas en la paciente. (7)

Usando las debidas estrategias se podría prevenir y controlar la amenaza de parto prematuro, ya que la tasa de partos prematuros oscila entre el 5% y el 18% de los recién nacidos. (3) Se estima que en el año 2018 según la OMS nacen alrededor de 15 millones

de neonatos prematuros, y se manifiesta con múltiples factores que pueden comprometer tanto la vida de la madre como la de su bebé. (4,8)

En el año 2018 se encontró el 1,3% casos de muertes de fetos y de recién nacidos que fueron afectados por la ruptura prematura de membranas en el Ecuador. Se ha calculado la razón de mortalidad materna en el mundo ya que en el año 2017 fue de 211 defunciones materna (IC: 99 a 243) por cada 100.000 nacidos vivos, lo que representa a una reducción del 38% desde el año 2000, año en el cual se había calculado una razón de 342. (5,9)

La participación de enfermería y la aplicación de bases teóricas que se encuentran enfocadas en el cuidado materno neonatal, permite generar experiencias positivas en la madre, ya que se aclaran las dudas, cuestionamientos, así como también se establece una relación interpersonal en el núcleo familiar, fomentado el conocimiento y manejos de los factores de riesgo en la amenaza de parto. (10)

Un diagnóstico y tratamiento que se brinda de manera oportuna marcan de manera incalculable la vida de la gestante y su bebé, por lo que al proporcionar e implementar conocimientos que puedan producir cambios en la conducta de la madre significa el desarrollo del autocuidado basado en la información científica. Dorothea Orem considera al ser humano como un ser integral en su Teoría de Autocuidado, que se desarrolla biológica y socialmente con la capacidad de pensar, reflexionar valorar sus propios conceptos e ideas sobre su estado de salud, para realizar acciones que le permitan llegar a un estado de bienestar físico, mental y psicosocial. según dorothea orem en su teoría nos enuncia que la enfermera cumple con su rol de ayudar a las personas cubriendo las demandas de autocuidado, o como agentes protectores de salud, por ello postula sus teorías de autocuidados, déficit de autocuidado y sistema de enfermería (11,17).

CAPÍTULO I: GENERALIDADES DEL OBJETIVO DE ESTUDIO

1.1 Definición y contextualización del objetivo de estudio

La amenaza de part pretérmino es un proceso fisiológico inicia con aparición de contracciones uterina regulares en una gestante con 37 semanas o menos, presenta un problema médico - social que aumenta con el transcurso del tiempo y que derivado de la misma provoca de manera principal una mortalidad neonatal, generalmente se ve ligado a diferentes anomalías que se presentan en la mujer gestante, se relaciona la rotura prematura de membranas, placenta previa, o también casos que se dan de manera espontánea sin patología alguna. (12)

durante el incremento de la contractilidad miometrial, se presentan cambios cervicales en la consistencia del útero y activación de la decidua en las membranas corioamnióticas. En un estudio realizado por Joyce Franco Anable, manifiesta que la amenaza de parto pretérmino tiene relación con las alteraciones en el tracto urinario, trastornos nutricionales, sobresaltos hipertensivos durante la gestación, anemias, consumo de sustancias psicotrópicas. (13)

En Ecuador alrededor un porcentaje de gestantes presenta infecciones en las vías genitourinarias, ocasionando contracciones uterinas, se ha estimado que es cuando gran parte de las pacientes acuden a su primer control prenatal, y en algunos de los casos es requerido ingresar a cuidados clínicos de forma que reciba el tratamiento según la guías protocolizando, predominando las acciones realizadas en la psique emocional. (11,14)

Coexisten agentes que predisponen la aparición de amenaza de parto prematuro (APP) maternos, fetales, placentarios y uterinos, entre los cuales están también los antecedentes personales, embarazos de alta complejidad, disfunciones en el aparato reproductor, por lo tanto es imprescindible la realización de este trabajo investigativo en una mirada descriptiva y retrospectiva. Los microorganismos patógenos presentes en el tracto urinario han sido evidenciados como la segunda causa de producir la interrupción en el embarazo, por bacteriuria asintomática, no atendidas a tiempo, desencadenando en patologías graves. Se estima que un porcentaje de 15 % de mujeres de todas las edades es afectada por infecciones en un aproximado anual, de las cuales el 25 % son recurrentes complicando entre el 1 al 29 % de los embarazos, catalogada como complicaciones comunes en la gestación, representando el 10 % de las admisiones hospitalarias. (12,16)

1.2 Hecho de interés

La (OMS) considera que un 5 % de los nacidos prematuros se presentan antes de las 28 semanas lo que constituye prematuro extremo, 15% en la semana 28-31 se considera prematuro severo, el 20% desde 32-33 semanas prematuro moderado y el 60 - 70 % en las 34-36 semanas prematuro leve. (4,9)

La prematuridad se encuentra asociada con amenaza de parto pretérmino, siendo precedente en morbi-mortalidad, tanto materna como neonatal, pueden presentarse consecuencias a largo plazo. existen varios determinantes que influyen en el embarazo como la edad, pobreza, estructura familiar, calidad de vida, alimentación, admisión en los servicios de salud, atención primaria. (8,15)

Según INEC en el año 2018 la prevalencia nacimientos pretérminos que se registraron en la región sierra son del 8.7%, región costa 6,2%, región amazónica 6.9% región insular 7, 4 %. Se presentaron alrededor de 48,533 partos pretérminos en el Ecuador. (9)

Las complicaciones en el tracto urinario por procesos infecciosos son parte de las consultas más habituales durante la etapa de gestación, causantes de un considerable proporción de morbilidad materna y perinatal, la misma en se presenta en los entornos socioeconómicos bajos, por falta de acceso a los controles del embarazo, debido a los cambios fisiológicos, hormonales que van desarrollándose, son susceptibles a las infecciones de vías urinarias (IVU), la localización que presenta el meato uretral lo expone a bacterias uro patógenas, ingresando a las vías urinarias, el 27 % de los parto pre términos, están relacionados con la clínica de infecciones, pero a pesar de estos datos la patogénesis de las contracciones uterinas no están definidas.(16)

Agenesia renal es la ausencia de riñón y de uréter debida a una anomalía en los inicios del desarrollo embrional renal. la forma unilateral es mucho más frecuente y asocia a menudo malformaciones genitales, es fundamental valorar el tamaño ecográfico del riñón funcional, que debería desarrollar una hipertrofia compensatoria. Las mutaciones en genes de desarrollo renal implicados en las primeras fases de la interacción entre la yema ureteral y la mesénquima metanéfrico, como son los genes RET o GDNF, pueden explicar la aparición esporádica de las agenesias bilaterales. (17)

Las bases diagnósticas del trabajo de parto prematuro estipuladas en las guías del cuidado perinatal son las contracciones en ritmo de 4 en 20 minutos, o 8 en 60 minutos, acompañada por borramiento cervical 80 % o dilatación cervical > 2 cm. (15,33)

La constatación de los parámetros en las semanas 20 y 37 de gestación, es primordial en la detección de la amenaza de parto pretérmino. (15)

Contracciones uterinas: En el parto pretérmino están presentes síntomas de hiperactividad uterina, antes de la semana 37, estas se pueden manifestar con dolor o indoloras, presión en la región pélvica, dolor lumbar, sangrado vaginal. (22)

Sin embargo, por lo general es normal que las gestantes presenten contracciones durante su embarazo y estas, al ser indoloras pueden confundirse con las de Braxton Hicks, distinguiéndose únicamente por su persistencia. (7)

Alteración cervical: La presencia de dilatación cervical >2 cm, borramiento > 80 % es asociado al parto prematuro, en la exploración física. (8)

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo General

Aplicar el proceso de Atención de enfermería en paciente con amenaza de parto pretérmino enfocado en la teoría de Dorothea Orem dirigida al fomento del autocuidado integral con el fin de mejorar la calidad de vida utilizando la taxonomía NANDA, NIC Y NOC.

1.3.2. Objetivo Específico

- Valorar el estado de salud, necesidades y dominios alterados de la paciente captados durante la valoración
- Identificar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino que afectan la salud de la madre y aumenta la probabilidad de nacimientos prematuros.
- Fomentar la rutina de acciones realizada según los protocolos de atención de enfermería en el caso de Amenaza de parto pretérmino para lograr intervenciones y diagnósticos de enfermería precisos de NANDA NIC Y NOC.

CAPÍTULO II: FUNDAMENTOS TEÓRICOS-EPISTEMOLÓGICOS DEL ESTUDIO

2.1. Bases Teóricas de la Investigación

2.1.1. Amenaza de Parto Prematuro

Se considera una amenaza de parto pretérmino en las contracciones uterinas irregulares que se presentan a partir de la semana 20 y antes de la semana 37 de gestación, ya sea independiente del peso al nacer y la causa multifactorial. Según una revisión sistemática se encontró que alrededor del 30% de casos se producen por contracciones que se producen de manera espontánea. (10)

Según las guías conjuntas de cuidado Perinatal de la American Academy of Pediatric y American College of obstetricians considera que los criterios de diagnóstico del trabajo de parto prematuro son las contracciones uterinas dolorosas que se presentan 4 en 20 minutos u 8 en 60 minutos, acompañadas de cambios cervicales con borramiento cervical de al menos un 80% o dilatación mayor o igual a 2cm. (6,12)

En países de bajos recursos se presenta con una media del 12% de nacimientos antes de las 37 semanas, en comparación al 9% en países de altos ingresos. es considerado de acuerdo a las estadísticas, ya que las familias de bajos recursos corren mayor riesgo de parto pretérmino debido a la falta de recursos y acceso. (13,16)

Las gestantes que se encuentren con alto riesgo de un parto prematuro es necesario que se las trasladen a una casa de salud de segundo y/o tercer nivel, ya que requiere experiencia y accesorios importantes para el debido manejo del recién nacido prematuro.

- **Recién Nacido Prematuro**

Según la clasificación actual de la OMS el RN prematuro se encuentra asociado según en función a la edad gestacional:

- Prematuros Tardíos: 34 a 36 semanas, 6 días
- Prematuros Moderados: 32 a 33 semanas, 6 días
- Muy Prematuros: 28 a 31 semanas, 6 días
- Prematuros Extremos: menor o igual a 27 semanas, 6 días. (5)

Se estima que el 70% de las defunciones que se producen en los RN son de los menores de 28 días y según la Guía de Práctica Clínica para el manejo del recién nacido prematuro indican que los RN prematuros de al menos 7 días tienen mayor probabilidad de riesgo de vida, ya que el 75% de la mortalidad se suele presentar en ese periodo, por ello se debe hacer hincapié en las medidas de prevención y el tratamiento oportuno. (13,17) Los recién nacidos de bajo peso en el nacimiento menor de 1.500 gr al nacer representan el 1% del total de nacimientos y contribuyen con el 40% de la mortalidad neonatal e infantil. (5,10)

2.1.2. Fisiopatología

La fisiopatología de la app aún es discutida, y por lo general no se encuentra claro si el trabajo de parto pretérmino representa una activación temprana del trabajo de parto normal, o puede ser resultado de algún mecanismo patológico. (20)

el proceso fisiológico adaptativo es secundario a eventos mecánicos y hormonales de altos niveles de estrógeno y progesterona que se producen a nivel placentario, estos crean un medio favorable para el producto, también son responsables de los síntomas frecuentes y propios de la gestación. (21)

En las primeras semanas de gestación, el útero tiene la forma de una pera invertida, entre la semana 7-16 es asimétrica ya que se forma el sitio de inserción placentaria y va creciendo. después de la semana 16 el útero toma la forma ovoide, el istmo se reblandece, asimismo el cuello uterino tiene una mayor vascularización, edemas en los tejidos e hiperplasia con hipertrofia en las glándulas cervicales. (13,18)

Mientras el útero crece, este presenta aumento en la tensión sobre los ligamentos ancho y redondo por lo cuándo asciende a la pelvis, usualmente tiene una rotación hacia la derecha. el crecimiento uterino por hipertrofia e hiperplasia de las fibras musculares existentes. La musculatura se divide en 3 capas: externa, interna y media o plexiforme. (15,23)

Durante la gestación el útero sufre pocas contracciones, en general se ha descrito dos fenómenos contráctiles durante el embarazo que se produce antes del inicio de trabajo de parto. (24)

Existen las contracciones de Álvarez que son pequeñas y de gran frecuencia, se encuentran localizadas en una pequeña área del útero. por consiguiente, las contracciones

de Braxton Hicks son de mayor intensidad y menor frecuencia ya que por lo general se produce de 1 a 60 minutos y se propagan a una gran zona uterina. en general estas contracciones suelen ser esporádicas y no tienen un ritmo definido. su intensidad puede variar entre 5 y 25 mmHg. En las últimas semanas por lo general estas contracciones aumentan su frecuencia, y estas se suelen confundir con el inicio de trabajo de parto. (25)

2.1.3. Epidemiología

En Europa, se estiman los nacimientos pretérminos del 5% al 9%, en los Estados Unidos este porcentaje tiene el 12% al 13%. (12) De manera general se desconoce los porcentajes en América Latina, los datos estadísticos reportados son del 11% al 15% en hospitales de la región, de los cuales se evidencia un 25% al 30% de esos nacidos prematuros son por la rotura prematura de membranas. (19)

En los países menos desarrollados se representa una media del 12% de que los bebés nacen antes de las 37 semanas, en comparación al 9% en los países de altos ingresos. (22) Ecuador se encuentra dentro de los 11 países con las estadísticas más bajas de nacimientos pretérmino del mundo con el 5,1%. Según los datos estadísticos del INEC, la primera causa de mortalidad infantil en el país es la duración corta de la gestación. (9)

2.1.4. Etiología

La APP puede tener un origen multifactorial y esta puede varias dependiendo de la edad gestacional. por ende, cuando ocurre a menor edad de gestación puede estar asociada a una infección corioamniótica, mientras que a mayor edad gestacional se puede asociar con la disminución de colágeno, que puede generarse como consecuencia de microorganismos que producen colágenasas, proteasas y mucinasas. (26)

Según la investigación realizada por Huertas Éramos en Parto Pretérmino: causa y medidas de prevención, manifiesta que según la evidencia clínica y de laboratorio se puede acontecer diferentes procesos patológicos que conllevan a una vía final común que resulta en un parto prematuro. (12) Es por ello que la detección de las modificaciones cervicales (orificio cervical interno dilatado) mediante el tacto vaginal en el segundo trimestre del embarazo se considera como el factor de riesgo único como el más importante para que desarrollo de un parto prematuro. (12,22) En años recientes, la medición ultrasonográfica de la longitud cervical ha reemplazado a la evaluación digital,

porque ha demostrado ser un mejor predictor de parto prematuro y porque permite su comparación entre diferentes observadores, así como evaluar sus cambios a lo largo del tiempo. (27)

2.1.5. Factores de riesgo

Según la OMS indica que la mayor incidencia en el parto pretérmino se encuentran las gestantes de 32 a 37 semanas, ya que las edades de las gestantes que tienen mayor incidencia son las menores de 19 años y mayores de 35 años en adelante.

2.1.5.1 Factores de Riesgo No Modificables

Antecedentes de pérdidas gestacionales en el segundo trimestre, aborto habitual, anomalías uterinas, conización del cérvix, longitud cervical corta.(7)

Anteparto: embarazos múltiples, ruptura prematura de membranas, polihidramnios, hemorragia anteparto, cirugía intraabdominal, infección materna severa, trauma físico emocional.(7)

Factores y condiciones maternas: infección bacteriana ascendente, enfermedades maternas como hipertensión arterial, diabetes mellitus o gestacional, trombofilias, infecciones transplacentarias como sífilis, enfermedad periodontal, edad materna ≤ 18 a ≥ 40 años.(25)

Factores epidemiológicos y ambientales, factores socioeconómicos (bajo nivel socioeconómico) y psicosociales, etnia afroamericana (18,4%), tabaquismo, factores nutricionales como bajo peso materno, índice de masa corporal menor de 19,8 y periodo intergenésico corto. (13)

2.1.5.2 Factores De Riesgos Modificables

Los componentes de riesgos generan en las embarazadas incremento en la amenaza de parto prematuro, la poca información que reciben por niveles bajos en la escolaridad, es uno de los factores sociales significativos deteriorando el estado de bienestar en las mujeres gestantes al no validar la importancia de un control prenatal, motivos por los cuales asisten a las consultas prenatales y no reciben tratamiento en caso de presentar infecciones urinarias, previniendo la aparición de una ruptura prematura de membranas, exponiendo a riesgos la vida de su hijo en conjunto con la madre.(25) Según estudios

citan a las infecciones de vías urinarias asintomáticas, como responsables del 29% de los casos de parto prematuro. (29)

EDAD: La edad es considerada como un antecedente propio del ciclo vital, que conforma parte de los agentes asociados a la morbilidad materno-fetal, según estudios realizados enuncian que las mujeres embarazadas menores de 20 años o mayores de 35 años presentan aumento en los eventos adversos perinatales, de forma que tienen mayor probabilidad de un comportamiento desfavorable en el transcurso del embarazo como alteraciones en la presión arterial, preeclampsia, eclampsia y HTA crónica con preeclampsia sobreañadida, ruptura prematura.(30)

GESTACIÓN: Es un factor que valora el riesgo obstétrico, pronósticos de complicaciones en el recién nacido. La primiparidad puede presentar una correlación con ruptura prematura de membranas, mortalidad en recién nacidos, aumentando en las gestaciones en edades adolescentes o añosas.

La multiparidad está vinculada a resultados adversos por complicaciones obstétricas o patológicas, factores que potencian a los partos antes de cumplir las semanas de gestación, pero no es considerada como factor relevante. (13)

Algunos autores indican que, en las mujeres nulíparas, casi no es posible determinar el riesgo, pero en las multíparas por la evidencia de sus antecedentes si se los considera predictores de comportamiento. (31)

INFECCIONES DE LAS VÍAS URINARIAS : Se presentan durante el embarazo, pueden ocasionar aumentos en las complicaciones como es en el parto, ruptura prematura de membranas, en los neonatos provocaría bajo peso al nacer, el manejo oportuno más la utilización de exámenes de laboratorio complementarios con el objetivo de identificar la presencia de bacteriuria. (11)

la prevalencia de infecciones de vías urinaria es de 1.78% considerada como baja según la prevalencia mundial de 2-7% en embarazadas con IVU, relacionada al estrato socioeconómico bajo y hábitos higiénicos deficientes. (17)

INFECCIONES VAGINALES: La vaginosis bacteriana es un síndrome poli microbio heterogéneo, que se caracteriza por la ausencia o depleción de lactobacillus spp, son productores del peróxido de hidrógeno y de ácido láctico, esto realiza un incremento del

número y la diversidad de bacterias anaerobias o facultativas, con la consecuente pérdida de la acidez en la región vaginal. Se encuentra relacionada con patologías obstétricas, ginecológicas y del tracto urinario. En gestantes esta asociada a la rotura prematura de membranas, aborto espontáneo, corioamnionitis y endometritis puerperal. (32)

CONTROL PRENATAL: Llevar un control del embarazo, genera la disminución de eventos puerperales adversos, por lo tanto la mujer gestante que acude a sus consultas mensuales permite identificar los factores de riesgo a tiempo, evitando que se presente parto pre término, de forma que se estandariza a un mínimo de cinco controles antes de la semana 20 de gestación, fomentando un pronóstico favorable, y reduciendo las complicaciones que llevan a nacimiento de bajo peso.

2.1.6 Diagnóstico

El diagnóstico establecido en las guías de cuidado perinatal establece a las contracciones uterinas, en un ritmo de 4 en 20 minutos o 8 en 60 minutos, acompañadas de cambios cervicales borramiento cervical de al menos 80% o dilatación mayor o igual a 2 cm. (15, 33)

La aparición de los parámetros enunciados, entre las semanas 20^a y 37^a de gestación, comprometen la integridad o no de las membranas. (15)

Contracciones uterinas: En el parto pretérmino están presentes síntomas de hiperactividad uterina, las mismas que pueden ser dolorosas o indoloras, acompañadas por presión pélvica, dolor lumbar, sangrado vaginal. (22)

Al ser indoloras, pueden confundirse con las de Braxton Hicks, distinguiéndose únicamente por su persistencia. (7)

Modificación cervical: Los parámetros de alteración cervical están dados por una dilatación cervical > 2 cm, borramiento > 80%. No se recomienda aplicar el examen clínico del cérvix de manera rutinaria, al evaluar a pacientes con riesgo de amenaza de parto pretérmino, debido a que puede ser inexacta. (25)

- **Pruebas diagnósticas**

Ecografía transvaginal y longitud cervical: se realiza en la semana 20 y 34 de embarazo, la longitud cervical < 25 mm se asocia con riesgo relativo de parto prematuro 4,8. (26) La longitud cervical superior a 30 mm la probabilidad de APP es baja, independientemente de la frecuencia de contracciones. (26,34)

Test de fibronectina: Es una proteína extracelular presente en membranas, la misma que tiene una función adhesiva entre el feto y la superficie interna del útero. (12)

Luego de implantarse en el saco gestacional, va a estar presente en secreciones cervicovaginales, previamente en la semana 20 - 22 y al final de la gestación. Es poco probable que esté en la semana 24 y 34. la existencia de valores mayores 50 ng/ml es un riesgo de parto pretérmino. (22)

2.1.7 Evolución y pronóstico

El proceso de placentación, da un sostén estructural al embrión y permite la circulación materno fetal, transfiriendo los nutrientes y gases. (19)

Si este proceso no se da, se presentan anomalías clínicas conocidas como "defectos de la implantación profunda, evidenciados por síndrome de preeclampsia, restricción del crecimiento fetal, parto prematuro y rotura prematura de membranas. (24)

la amenaza de parto pretérmino aumenta significativamente la morbilidad de la madre y feto. El manejo del mismo dependerá de la edad gestacional en el embarazo entre 24 a 34 semanas 6 días, la recomendación es iniciar con la administración de corticoides reduciendo el síndrome de dificultad respiratoria al realizar la maduración pulmonar fetal y antibioterapia profiláctica, disminuyendo pronósticos desfavorables. (12,13)

La aplicación de medidas de control, y detección temprana de factores de riesgos modificables, en las primeras consultas de control prenatal se valora los factores de riesgos que está expuesta a una APP. (29)

2.1.8. Tratamiento de la amenaza de parto pretérmino

Se encuentra indicado el reposo absoluto, se recomienda observar a la gestante durante 3 horas para su respectiva valoración ya que se puede producir cambios. (20) Se debe valorar la administración de dosis única de 20mg de nifedipino oral. Si disminuye la

dilatación uterina y no existen alteraciones cervicales se puede indicar absoluto reposo en casa. (35)

Tratamiento de infecciones urinarias: Se realiza la búsqueda activa de la bacteriuria asintomática, ya que su presencia aumenta el riesgo del parto prematuro. se debe realizar urocultivo se solicita a toda gestante en el inicio de su control prenatal, y en mujeres con factores de riesgo se lo solicita mensual. (7,15)

- PreVENCIÓN PRIMARIA

Se hace hincapié en la disminución de la carga laboral y de la actividad física como los turnos nocturnos, esto es un factor de riesgo para la disminución del parto prematuro. se debe evitar el consumo de sustancias nocivas como el alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas. (29)

- PreVENCIÓN SECUNDARIA

Se utilizan medida clínica que puedan implementarse en la población de alto riesgo de parto prematuro para reducir el riesgo de recurrencia. se realiza control y pesquisa de factores de riesgos modificables como el ingreso al control prenatal que se debe realizar en paciente con factores de riesgo de manera meticulosa.

Brindar educación para que la gestante pueda reconocer precozmente lo síntomas que impliquen riesgo en su salud.

Fármacos empleados

- Progesterona: por lo general se usa esta hormona para prevenir los partos prematuros, en especial en pacientes que tienen antecedentes de amenaza de parto prematuro. Si la función mantiene y preserva el embarazo suprimiendo efectos inflamatorios de estrógeno, se recomienda la aplicación vía vaginal. se ha demostrado la disminución de parto prematuro en casi la casi la mitad de los pacientes con cuello uterino corto. (28)
- Tocolíticos: El propósito del uso de tocolíticos es la inhibición de de la dinámica uterina con la finalidad de completar la maduración pulmonar fetal y la neuro

profilaxis. su mayor efecto es reducir el número de partos entre las 48 horas y los 7 días, está indicada su utilización en parto pretérmino de menos 32 semanas. (33)

- Corticoides: Según revisiones de Cochrane, los corticoides reducen la morbilidad y mortalidad neonatal en 34% y 31%, respectivamente. El ACOG y el Ministerio de Salud de Colombia recomiendan un ciclo de corticoides en mujeres con embarazos simples o múltiples, entre las semanas 24 y la 34, disminuye la severidad, frecuencia o ambas, previniendo síndrome de distrés respiratorio, las infecciones, así como la necesidad de soporte respiratorio y de unidad intensiva neonatal, adicionalmente, no se han reportado beneficios para la madre. (28, 33)
- Sulfato de Magnesio: la principal función del sulfato de magnesio es para la neuroprotección del producto, así reduce la severidad y riesgo de parálisis cerebral en embarazos con edad gestacional menor de 32 semanas. (35)

2.1.9 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA BASADO EN LA TEORÍA DEL AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM

El proceso de atención de enfermería es una herramienta que utiliza el profesional para realizar los cuidados de una forma ordenada, individualizada y de calidad. Consta de cinco etapas: valoración, planificación, ejecución, diagnóstico y evaluación, que permiten el desarrollo de la atención de enfermería de forma dinámica y en lenguaje universal. (26)

El cuidado es la esencia de la enfermería, el cual está constituido por acciones transpersonales dirigidas a proteger, mejorar y preservar la humanidad de los sujetos de atención, es así, como el cuidado adquiere una dimensión profunda que va más allá de una aplicación de técnicas, de planificar una atención o de recibir un turno; es estar ahí con el otro, es compartir sus sentimientos, emociones; es acompañar, apoyar y mantener una comunicación afectiva y efectiva con las personas que se relacionan en su ejercicio profesional. (37)

Proponemos que las formulaciones de Orem y, en particular, sus relaciones interpersonales seminales en enfermería pueden proporcionar dirección.

Mediante los cuidados que el personal de enfermería brinde, podrá intervenir en el tratamiento de una manera oportuna y eficaz realizando cuidados óptimos para el bienestar integral como el reposo absoluto, hidratación, administración de medicamentos

previamente prescritos por el médico, por lo cual el personal de enfermería desempeña un papel fundamental e importante brindando cuidados holísticos y humanos con responsabilidad. Se puede obtener mejoras con la intervención especiales e individualizadas de su salud, manifestando el apoyo-confort y manteniendo una relación óptima entre la enfermera-paciente y la familia inculcando la promoción del cuidado. (25)

Por lo mencionado, el Parto Pretérmino es un problema clínico relevante, cuya morbimortalidad neonatal se puede reducir con adecuadas medidas de prevención y manejo.

CAPÍTULO III: PROCESO METODOLÓGICO

3.1. Diseño de investigación realizada

3.1.1. Tipo de investigación

Esta investigación es de tipo científica, analítica y descriptiva, se la realizó mediante la búsqueda y análisis de artículos científicos que van direccionados al estudio, así como la revisión y valoración de la historia clínica de la paciente para la recolección de la información para el análisis de caso.

3.1.2. Unidad de análisis

La paciente de 30 años de edad, es una gestante primigesta de \pm 34.2 Semanas de Gestación diagnosticada con amenaza de parto prematuro con infección en las vías urinarias alta a repetición, agenesia renal derecha, y atrofia renal izquierda, Insuficiencia renal Grado II.

3.1.3. Área de estudio

El presente trabajo de análisis de caso se desarrolló en el área de Ginecología del Hospital General del IESS de la Ciudad de Machala.

3.1.4. Tipo de estudio

En el presente trabajo investigativo se aplicó la investigación científica, descriptiva y analítica que nos permiten guiar y obtener información con bases teóricas que fundamentan nuestra investigación y así poder desarrollar los objetivos planteados.

3.1.5 Método de estudio

3.1.5.1 Método científico

Metodología utilizada para aplicar conocimientos prácticos basados en teorías científicamente fundamentadas.

3.1.5.2. Método descriptivo

Método que se utilizó para detallar las características y especificar de manera organizada los factores desencadenantes de la amenaza de parto pretérmino

3.1.5.3. Metodo analitico

Proceso utilizado para el análisis de la historia clínica de la paciente e identificar los elementos fundamentales del mismo.

3.1.6. Técnicas a Utilizar

- **Observación:** procedimiento que se emplea para la recolección de la información del análisis de caso, se realiza la observación no estructurada pero participativa debido a que la inclusión en la investigación es fundamental para realizar este trabajo.
- **Documentales:** Recopilación de información de artículos bibliográficos, libros, repositorios empleados para el análisis de caso clínico.

3.1.7. Instrumentos de investigación

1. Historia clínica del paciente
2. Fuente bibliográficas de revistas científicas
3. Bases de datos EBSCO, E-book y Scopus de la UTMACH

3.1.8. Categorías

1. Anamnesis
2. Antecedentes familiares
3. Antecedentes obstétricos
4. Signos Vitales
5. Manifestaciones clínicas y evolución

6. Planes de cuidados de Enfermería

3.2. Proceso de recolección de datos en la investigación

Para la recolección de la información se consideró los siguientes aspectos, como la utilización de la Guía de práctica clínica del Ecuador, revistas científicas, artículos académicos, que están relacionados con el tema de investigación tales como Google Académico, Repositorio Digital, Scopus, Scielo.

3.2.1. Aspectos éticos legales

Este proyecto de investigación contó con el cumplimiento de los principios éticos legales dentro de los cuales se realizó, basado en la autonomía donde precisamos la información desde la historia clínica de la paciente, solicitada mediante petición a la Institución privada perteneciente.

Beneficencia, se desarrolló un plan de atención de enfermería con el objetivo de mejorar la calidad de vida de la paciente, además de instruir sobre autocuidados generando conductas sanas.

No maleficencia, todos los aspectos que se han realizado son en busca de aumentar la seguridad y disminuir las secuelas de su patología.

Confidencialidad se mantendrá discreción absoluta sobre los datos recabados de la paciente así como su evolución, tratamiento y patologías estudiadas en el presente caso, de manera que no se perjudica su integridad.

3.2.2. Petición de acceso para el manejo de la historia clínica

Como proceso legal para poder acceder a la historia clínica de la paciente, junto con la coordinación de la carrera de enfermería de la Universidad Técnica de Machala se tramitó un oficio dirigido a la Lcda. Germania Armijos Carrión responsable de la Unidad de Docencia e Investigación del Hospital General IESS de la Ciudad de Machala, con la finalidad de obtener información sobre el caso clínico en estudio.

3.2.3. Ubicación de la Historia clínica

Con la respectiva contestación positiva de la solicitud emitida por la Coordinadora de la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Machala

3.2.4.Revisión de la historia clínica

Se recabó y se analizó la información necesaria mediante la historia clínica de la paciente.

3.3. Sistema de categorización en el análisis de los datos.

3.3.1. Historia clínica

Se indaga en la historia clínica, obteniendo información de importancia, como la evolución de la paciente reportada por el personal de salud, su motivo de ingreso a la unidad de salud, exámenes de laboratorio, ecografías durante el embarazo, indicaciones médicas, procedimiento realizados, y la respectiva información relevante para así poder desarrollar el presente análisis de caso.

3.3.2. Anamnesis

Paciente de 30 años de edad, primigesta de $\pm 34,2$ Semanas de Gestación , ingresa a emergencia por presentar dolor pélvico inflamatorio, lumbalgia y polaquiuria. Con proceso de Infección de Vías Urinarias presente.

3.3.3 Signos Vitales

T: 36,5 °C

R: 22 x”

P: 115x”

Sat: 98%

P.A.: 158/87

3.3.4. Examen físico

Piel y faneras: Normotérmica, llenado capilar 2 segundos

Cabeza: Normocefalica

Facies: Algicas, sepamipalidas

Ojos: Pupilas isocóricas, foto-reactivas

Mucosas orales: Semihúmedas

Cuello: Simétrico, móvil, sin adenopatías palpables

Tórax: Simétrico, campos pulmonares ventilados, murmullo vesicular conservado

Corazón: Ruidos cardiacos rítmicos, normofonéticos, sin ruidos agregados

Abdomen: abdomen no compatible con edad gestacional, AFU 30cm, Feto único vivo, longitudinal cefálico dorso izquierdo, latido cardiaco fetal 135 por minuto, monitoreo reactivo, 2 contracciones por minuto

Región inguino genital: se evidencia hipertrofia de labios menores

Extremidades: simétrica, fuerza muscular conservada, no se evidencia presencia de edema

Examen neurológico:

Escala de Glasgow 15/15

Estado de ánimo Alerta

3.5.5. Antecedentes personales y familiares

Antecedentes patológicos personales

Infección de vías urinarias recurrentes, malformación renal izquierda

Antecedentes patológicos familiares

Padre: HTA

Madre: HTA

3.3.6 Diagnóstico médico

Primigesta de 30 años de edad, embarazo de 34.2 semanas de gestación, APP, infección de vías urinarias altas, agenesia renal derecha, malformación renal izquierda, insuficiencia renal grado II.

3.3.7 Proceso de atención de enfermería

Proceso de atención de enfermería

Tabla 1. Valoración por Dominios NANDA y formulación de Categorías de diagnóstico

Dominio comprometido	Categoría diagnóstica	Factores relacionados	Características definitorias	Criterio de resultado e intervención
Dominio: 3 Eliminación Clase: 1 Función urinaria	00016 Deterioro de la eliminación urinaria	Infección del tracto genitourinario	Polaquiuria	NOC: Eliminación Urinaria 0503 NIC: Cuidados de la incontinencia urinaria (610) Manejo de la eliminación urinaria (590)

Tabla 1. Diagnóstico principal y criterio de resultado de enfermería (NOC)

Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la eliminación urinaria r/c infección del tracto genitourinario e/p Polaquiuria			
Objetivo de enfermería	Controlar la eliminación de orina, gasto urinario.		
Indicadores:	Escala de medición:	Puntuación Diana	
050301 Patrón de eliminación en el rango esperado 050303 cantidad de Orina	1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado	Mantener a: 2 2	Aumentar a: 4 4

Tabla 1. Criterios de intervención (NIC)

Intervención de enfermería
Intervención: Cuidados de la incontinencia urinaria (610) Campo: Fisiológico/básico Campo: Fisiológico/básico Clase: Control de la eliminación

<ul style="list-style-type: none"> - Identificar las causas de los múltiples factores que producen incontinencia (producción urinaria, esquema de eliminación, problemas urinarios anteriores). - Proporcionar intimidad para la evacuación. - Explicar la etiología del problema y el fundamento de las acciones. - Controlar periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color. - Proporcionar prendas protectoras, si es necesario. - Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares. - Limitar los líquidos durante dos o tres horas antes de irse a la cama, si procede. - Enseñar al paciente / familia a registrar la producción y el esquema urinario, si procede.
--

Intervención de Enfermería (NIC)
Intervención: Manejo de la eliminación urinaria (590) Campo: Fisiológico/básico Clase: Control de la eliminación
<ul style="list-style-type: none"> - Control periódico de la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color, si procede. - Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria. - Explicar al paciente los signos y síntomas de infección del tracto urinario. - Anotar hora de la última eliminación, si procede. - Enseñar al paciente a vaciar la vejiga antes de los procedimientos pertinentes. - Restringir los líquidos, si procede.

Tabla 2. Valoración por dominios NANDA y formulación de Categorías Diagnosticas

Dominio comprometido	categoría diagnóstica	Factores relacionados	Características definitorias	Criterio de resultado e intervención
Dominio: 12 Confort Clase: 1 Confort Físico	00132 dolor Agudo	Agentes lesivos biológicos	Posición antiálgica para evitar el dolor.	NOC: Control del dolor (1605) NIC: Manejo del dolor (1400) Aumentar el afrontamiento (5230)

Tabla 2. Diagnóstico Principal y Criterio de Resultados de Enfermería (NOC)

Diagnóstico de enfermería: Dolor agudo r/c agentes lesivos biológicos e/p Posición antiálgica para evitar el dolor		
Objetivo de enfermería	Escala de medición:	Puntuación Diana

Disminuir el dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.	1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado	Mantener a: 2 2	Aumentar a: 4 4
Indicadores: 160509 reconoce los síntomas del dolor 160511 refiere dolor controlado			

Tabla 2. Criterios de intervención (NIC)

Intervención de enfermería
<p>Intervención: Manejo del dolor (1400) Campo: Fisiológico/básico Clase: Fomento de la comodidad física</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición / duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes. - Observar claves no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente. - Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida. - Proporcionar información acerca del dolor, tales como causas del dolor, el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos. - Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias - Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (miedo, fatiga, monotonía y falta de conocimientos).

Intervención de enfermería
<p>Intervención: Aumentar el afrontamiento (5230) Campo: Conductual Clase: Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad. - Valorar y discutir las respuestas alternativas a la situación. - Utilizar un enfoque sereno, de reafirmación. - Disponer un ambiente de aceptación. - Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. - Proporcionar al paciente elecciones realistas sobre ciertos aspectos de los cuidados de enfermería. - Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.

Tabla 3. Valoración por Dominios NANDA y formulación de Categorías de diagnóstico

Dominio comprometido	categoría diagnóstica	Factores relacionados	Características definitorias	Criterio de resultado e intervención
Dominio: 9 Afrontamiento/ tolerancia al estrés Clase: 2 Respuesta de afrontamiento	00146 ansiedad	Estado de salud	temor	NOC: Aceptación del estado de salud (1300) NIC: Apoyo emocional (5270) Disminución de la ansiedad (5820)

Tabla 3. Diagnóstico principal y criterio de resultado de enfermería (NOC)

Diagnóstico de enfermería: Ansiedad r/c estado de salud e/p temor			
Objetivo de enfermería	Escala de medición:	Puntuación Diana	
Disminuir la ansiedad en la paciente mediante acciones específicas de enfermería	1. Nunca demostrado	Mantener a:	Aumentar a:
	2. Raramente demostrado	2	4
Indicadores: 130008 reconocimiento de la realidad de la situación de salud 130017 Se adapta al cambio en el estado de salud	3. A veces demostrado	2	4
	4. Frecuentemente demostrado		
	5. Siempre demostrado		

Tabla 3. Criterios de intervención (NIC)

Intervención de enfermería
Intervención: Apoyo emocional (5270) Campo: Conductual Clase: Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles - Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.

Dominio comprometido	Categoría diagnóstica	Factores relacionados	Características definitorias	Criterio de resultado e intervención
Dominio: 11 Seguridad / Protección Clase: 1 Infección	00004 riesgo de Infección	Enfermedades crónicas	Polaquiuria	NOC: Control del riesgo (1902) NIC: Cuidados del catéter urinario (1876) Control de Infecciones (6540)
Intervención de enfermería				
Intervención: Disminución de la ansiedad (5820) Campo: Conductual Clase: Educación a los pacientes				
<ul style="list-style-type: none"> - Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. - Ayudar a la paciente a identificar situaciones que precipitan la ansiedad. - Escuchar con atención. - Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar antes del procedimiento - Identificar los cambios en el nivel de ansiedad. 				

Tabla 4. Valoración por Dominios NANDA y formulación de Categorías de diagnóstico

Tabla 4. Diagnóstico principal y criterio de resultado de enfermería (NOC)

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección r/c Enfermedades crónicas			
Objetivo de enfermería	Escala de medición:	Puntuación Diana	
Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos	1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado	Mantener a: 2 2	Aumentar a: 4 4
Indicadores: 190201 reconoce el riesgo 190209 Evita exponerse a las	5. Siempre demostrado		

amenazas para la salud			
------------------------	--	--	--

Tabla 4. Criterios de intervención (NIC)

Intervención de enfermería
Intervención: Cuidados del catéter urinario (1876) Campo: Fisiológico/básico Clase: Control de la eliminación
<ul style="list-style-type: none"> - Mantener el sistema de drenaje urinario cerrado. - Mantener la permeabilidad del sistema de catéter urinario. - Irrigar el sistema de catéter urinario mediante técnica estéril, si procede. - Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares. - Cambiar el catéter urinario a intervalos regulares. - Limpiar el catéter urinario por fuera en el meato. - Anotar las características del líquido drenado. - Colocar al paciente y el sistema de drenaje urinario en la posición debida para favorecer el drenaje urinario. - Vaciar el dispositivo de drenaje en los intervalos especificados.

Intervención de enfermería
Intervención: Control de Infecciones (6540) Campo: Seguridad Clase: Control de riesgos
<ul style="list-style-type: none"> -Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte de los pacientes. - Enseñar el lavado de manos mejorado al personal de cuidados. - Ordenar a las visitas que se laven la s manos al entrar y salir de la habitación del paciente. - Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de paciente. - Fomentar la ingesta de líquidos, si procede. - Fomentar el reposo. - Administrar terapia de antibióticos, si procede.

Capítulo IV. Resultado de la investigación.

4.1 Descripción de resultados

20 – 06 – 2020 Paciente primigesta de +- 34 semanas de gestación, antecedentes de agenesia renal derecha malformación renal izquierda, refiere dolor pélvico inflamatorio, lumbalgia, Polaquiuria desde hace 22 horas ha tomado antibióticos por IVU, lúcida afebril con actividad uterina poco dolorosa, eco producto único vivo con vitalidad preservada

situación longitudinal dorso izquierdo presentación cefálica, actividad cardiaca activa FCF 130 por minuto al aplicar el efecto Doppler.

21 – 06 – 2021 Paciente femenina de 30 años de edad con embarazo +- 34.2 semanas por eco del 20 – 06 – 2020, consulta por cuadro clínico de aproximadamente 22 horas de evolución caracterizado por presentar dolor abdominal a nivel de hipogastrio que se irradia a región lumbar intensidad 8/ 10 y se acompaña de leucorrea, y polaquiuria, motivo por el cual ingresa a emergencia

22 – 06 – 2020 Paciente primigesta que cursa el 3 día de hospitalización con diagnóstico paciente primigesta de 33 semanas 5 días de gestación, ingresa el 20-06-2020 con diagnóstico de infección de vías urinarias antecedentes de agnosia renal derecha malformación renal izquierda, refiere dolor pélvico inflamatorio, lumbalgia, al momento paciente tranquila no refiere dolor, estable, afebril, movimiento fetales presentes.

0234 Infección de las vías genitourinarias en el embarazo

0479 Falso trabajo de parto

N182 Enfermedad renal crónica

Q800 Agenesia renal, y otras

23 – 06 – 2020 Embarazo de 33 semanas 5 días, leve dilatación piélica izquierda, probablemente fisiológica por distensión vesical, se sugiere control de proteinuria de 24 horas, abdomen globuloso ocupado por útero grávido con feto vivo LCF. 135 latidos por minutos, dinámica uterina esporádica, región genital no se evidencia de pérdidas.

25 – 06 – 2020 Embarazo actual de 34 semanas por ecografía, al momento el paciente estable, afebril, con función renal conservada, abdomen globuloso gestante LCF 148 por minuto, movimientos fetales presentes, no presenta actividad uterina, no pérdidas vaginales, alta médica con controles de nefrología consulta externa.

10 – 07 – 2020 Servicio de emergencia ingresa paciente de 30 años de edad con agenesia renal derecha e insuficiencia renal grado II que cursa 35.4 semanas de gestación por eco precoz viene por cuadro clínica de 12 horas de evolución caracterizado por dolor a nivel hipogástrico de moderada intensidad más pérdida de líquido.

Al tacto cérvix dilatación 1 CM. Borramiento 20 % plano I; ID: Embarazo de 35.4 semanas más agenesia renal derecha, malformación renal izquierda, más insuficiencia renal estado II, amenaza de parto pretérmino, ruptura prematura de membrana.

0420 Ruptura prematura de membrana, e inicio del trabajo de parto.

O821 Parto por cesárea de emergencia

Z540 Convalecencia consecutiva a cirugía

4.2. Argumentación teórica de resultados.

En el embarazo pretérmino las contracciones tienen un ritmo de 4 a 20 minutos o de 8 a 60 min, en la semana 20 a la semana 37 de gestación considerado como una causa de morbi-mortalidad materno neonatal, asociado a diversos factores como socioeconómicos, culturales, complicaciones médicas. Según una revisión bibliográfica en el año 2016 se ha reportado eficacia de las células Natural Killer en la defensa de múltiples infecciones causadas por gérmenes específicos capaces de poner en riesgo la vida del feto.(14) Al inicio del embarazo la madre sufre una inmunosupresión fisiológica que la hace susceptible a infecciones en el aparato genital. Por lo que es oportuno controlar y evaluar a las mujeres gestantes en cada consulta prenatal. Por ello la falta de control prenatal se encuentra determinado como un riesgo real, y según algunos estudios realizados el porcentaje de las mujeres que tuvieron un parto pretérmino es de 17 %, quienes refirieron no haber acudido a sus consultas médicas. (22)

También se considera la rotura prematura de membranas como un factor desencadenante para que se presente la amenaza de parto pretérmino, sin embargo, suele estar acompañada por procesos de infección de vías urinarias entre otros. (13) Se observa que en algunos de los casos son situaciones prevenibles y que pueden ser evitadas o tratadas a tiempo minimizando que se exponga a un mayor riesgo a la madre y feto. A su vez, la

pobre educación sobre las técnicas de autocuidado y el reconocimiento de signos de alarma, como también los controles deficientes han sido un notable impedimento en generar nuevas conductas sanas.

En el proceso de atención que se realizó a la paciente durante su primer ingreso el personal médico valoró su estado fisiológico, funcional y los parámetros alterados de forma que se dio el tratamiento indicado, en conjunto con las pruebas de laboratorio solicitadas y ecografías, y la valoración de la frecuencia cardíaca fetal, con el objetivo de tratar cada una de las alteraciones encontradas según su diagnóstico de agenesia renal derecha malformación renal izquierda, refiere dolor pélvico inflamatorio, lumbalgia, Polaquiuria desde hace 22 horas ha tomado antibióticos por infección de vías urinarias, durante su hospitalización recibe tratamiento farmacológico, evolucionando favorablemente al 5to día recibe alta médica con controles a nefrología por consulta externa.

Posteriormente ingresa de nuevo al servicio de emergencia, cursando las 35.4 semanas de gestación por eco precoz, por presentar un cuadro de 12 horas de evolución caracterizado por dolor a nivel hipogástrico de moderada intensidad más pérdida de líquido. en el diagnóstico médico se establece agenesia renal derecha, malformación renal izquierda, más insuficiencia renal estado II, amenaza de parto pretérmino, ruptura prematura de membrana.

4.3 CONCLUSIONES

La gestación es un periodo en el cual las mujeres no están exentas a padecer alguna complicación, varias investigaciones coinciden que es uno de los factores para la aparición de infecciones del tracto genitourinario, esto constituye un gran problema y representa riesgo de rotura prematura de membrana, parto pretérmino y sus consecuencias como el bajo peso del producto.

La amenaza de parto pretérmino está ligada principalmente a la rotura prematura de membrana, además de otras patologías como la infección de vías urinarias, trastornos hipertensivos del embarazo, algunos autores mencionan la importancia en la educación, y se hace énfasis en el control prenatal tanto para la madre como para su bebé, debido a que se pueden prevenir y reducir los factores de riesgo, así como la morbi-mortalidad de la madre y el feto.

Actualmente el seguimiento y vigilancia en el periodo prenatal, favorece al minimizar los factores de riesgos asociados a las amenazas de parto pretérmino siendo estos potencialmente prevenibles.

La importancia de la revisión y estudio de caso clínico se inclina en el desarrollo del prematuro puesto que según estudios se evidencian secuelas neurológicas que alcanzan entre el 15 % al 50 % de afección, además que a menor edad gestacional mayor es la morbilidad y mortalidad neonatal. Por lo cual es necesario implementar nuevos cuidados los mismo que basados en las diferentes teorías de enfermería se logren aplicar a las mujeres gestantes según su requerimiento.

En esta revisión hemos analizado rigurosamente los datos científicamente validados disponibles en la literatura médica sobre métodos que permitan predecir, prevenir o detectar precozmente la amenaza de parto pretérmino y los tratamientos que pueden retrasarla lo que significa un mejor desenlace para las embarazadas que experimentan el parto pretérmino.

En relación con la detección precoz del parto pretérmino, puede concluirse que la selección de factores de riesgo, la educación de las embarazadas para que aprendan a detectar los signos de alarma, ayudarían a minimizar los eventos que expongan a peligros el binomio madre e hijo.

4.4. RECOMENDACIONES

La evaluación y consejo preconcepcional son factores protectores que encaminan a las mujeres hacia un embarazo saludable, la anamnesis coadyuva a la valoración el estado fisiológico de la mujer, en caso de ser portadora de alguna patología crónica o de antecedentes de patologías propias del embarazo en sus gestaciones previas.

Las orientaciones específicas brindadas durante el consejo preconcepcional permitirán tener un control y seguimiento para poder dar un tratamiento oportuno, además de que la madre se encuentre más preparada para afrontar eventos e identificar signos de alarma.

Los cuidados de enfermería basados en la teoría de Dorothea Orem están dirigidos hacia la fomentación del autocuidado, identificando los problemas de salud, las necesidades reales, riesgos potenciales y las acciones a modificar con el fin de lograr y mantener el bienestar físico, emocional y psicológico.

Los profesionales de enfermería estamos preparados prestar una atención de calidad, relacionada con el binomio salud-enfermedad de forma que se modifiquen las conductas de riesgo, a través de las técnicas de autocuidado, las mismas que se van adaptando a cada persona, influida por los valores culturales del grupo social al que pertenecen condicionando su realización y la forma de hacerlo.

BIBLIOGRAFIA

1. Juan AB, Parrales P, Jenny DRA, Robalino Y. Universidad regional autonoma de los andes. uniandes. 2019;
2. Ahmed H, Brunsvold AR, Stone CC. Plastic Strain Accumulation Bounds in a Two Bar Thermal Ratchetting Mechanism. *Inelast Anal Met Struct*. 2016;V L(4):330–42.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. 2015;(2):1–2. Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/es/
4. OMS. Nacimientos prematuros Visión general. Organ Mund la Salud. 2019;1–6.
5. MSP. Recien nacido prematuro. GPC. 2015. 2015.
6. Bejarano D. Morbilidad Y Mortalidad En Recién Nacidos Prematuros Y Su Asociación Con Factores De Riesgo Identificados En El Servicio De Neonatología Del Hospital Iess Ibarra 2014. Repos PUCE [Internet]. 2016;1–190. Available from: http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/12458/TESTISMorbilidad_y_Mortalidad_Prematuros.pdf?sequence=1&isAllowed=y
7. Cabañas M. et al, Durante G. 9. Obstetricia y ginecología. *Farm Hosp* [Internet]. 2015;995–1029. Available from: <https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo2/CAP09.pdf>
8. Iris T. 11 El Nacimiento Prematuro es Ahora la Principal Causa de Muerte en Niños Pequeños. *Rev Hosp Matern Infant Ramón Sardá* *Rev Hosp Matern Infant Ramón Sardá*. 2015;23(3):1–10.
9. INEC. Estadísticas Vitales. Registro Estadístico de Nacidos Vivos y Defunciones 2018. *Inst Nac Estadísticas y Censos*. 2018;1–69.

10. Mastrapa Y y, Lamadrid M. Relación enfermera-paciente una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. *Rev Cubana Enferm.* 2016;32(4):126–36.
11. World Health Organization., World Bank., Ruiz-Ibán MA, Seijas R, Sallent A, Ares O, et al. “INFECCIONES EN LAS VIAS URINARIAS Y SUS CONSECUENCIAS EN MUJERES EMBARAZADAS DEL HOSPITAL BASICO DE BABA DEL PERIODO OCTUBRE 2019- MARZO 2020. IVU EMBARAZO Y APP [Internet]. 2020;28(2):1–43. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1120700020921110%0Ahttps://doi.org/10.1016/j.reuma.2018.06.001%0Ahttps://doi.org/10.1016/j.arth.2018.03.044%0Ahttps://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1063458420300078?token=C039B8B13922A2079230DC9AF11A333E295FCD8>
12. Huertas Tacchino E. Parto pretérmino: causas y medidas de prevención. *Rev Peru Ginecol y Obstet.* 2018;64(3):399–404.
13. Ja F, Inv E, Reservados D, Commons LC, Claves P. Factores maternos que inciden en amenaza de parto pretérmino en adolescentes gestantes del cantón San Jacinto de Yaguachi. Factores Matern que inciden en amenaza parto pretérmino en Adolesc gestantes del cantón San Jacinto Yaguachi. 2018;3(2):79–84.
14. CORTEZ LNR. INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS EN MUJERES EMBARAZADAS DEL HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA DE LA PROVINCIA ESMERALDAS EN EL PERIODO 2014-2015. 2015;X(3):373–9.
15. Vergara F. OPS Guías de Manejo de las Complicaciones. 2015;204.
16. MSP. Infección de vías urinarias en el embarazo GPC. 2015. Medigraphic.
17. Dom LM, Universitario H, Secci B, Pediatr AGC, Central HU. Y Del Tracto Urinario Detectadas Por. 2014;(1):225–39.
18. OMS. Informe de Accion Global sobre Nacimientos Prematuros. Cited 2016 12 13 [Internet]. 2016;1–8. Available from:

http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm_birth_report/es/index3.html.

19. ALLISON A. AYALA C. `PREVALENCIA DEL PARTO PRETÉRMINO Y FACTORES MATERNOS DEL MISMO EN EL HOSPITAL PABLO ARTURO SUÁREZ DE MAYO DEL 2017 – ABRIL 2018. Repos Pontif Univ CATÓLICA DEL ECUADOR [Internet]. 2019;15–6. Available from: http://www.ghbook.ir/index.php?name=فرهنگ_و_رسانه_های_نوین&option=com_dbook&task=readonline&book_id=13650&page=73&ckhashk=ED9C9491B4&Itemid=218&lang=fa&tmpl=component
20. El EN, Enero P, Enero DELA. ESTUDIO A REALIZAR EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL. 2016.
21. Chira Sosa JL, Sosa Flores JL. Factores De Riesgo Para Parto Pretermino En Gestantes Del Hospital Provincial Docente Belen De Lambayeque. Rev Salud Vida Sipanense [Internet]. 2015;2:7–18. Available from: <http://servicios.uss.edu.pe/ojs/index.php/SVS/article/view/201/222>
22. Quirós González G, Alfaro Piedra R, Bolívar Porras M, Solano Tenorio N. TEMA 2-2016: Amenaza de Parto Pretérmino. Rev Clínica Esc Med UCR-HSJD. 2016;6(1):75–80.
23. Prematuritat U De, Maternofetal SDM, T. Cobo S, Ferrero MP. PROTOCOLO: Amenaza de Parto Pretérmino. Hosp Clin Barcelona. 2014;1–11.
24. Carvajal C JA, Barriga C MI. Evaluación ginecológica de rutina: papanicolau y mamografía. Manual De Obstetricia Y Ginecologia. 2019. 355–366 p.
25. Rojas L, Cruz B, Casco C, Velín J, Bonilla G. Ruptura Prematura de Membranas Pretérmino- Guía de Práctica Clínica [Internet]. 2015. 719–723 p. Available from: http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/MSP_RUPTURA-PREMATURA_21122015.pdf
26. Gutiérrez Ramos M. Manejo actual de la rotura prematura de membranas en embarazos pretérmino. Rev Peru Ginecol y Obstet. 2018;64(3):405–13.

27. สุรัตน์ จงดา. No Title ฟोनผีฟ้านางเทียน : การฟอนรำในพิธีกรรมและความเชื่อของชาวอีสาน. 2544;
28. Cruz Z, Fonseca R, Viteri A ZG. Identificación de factores de riesgo de parto pretérmino. Caso Hospital Enrique C. Sotomayor. Cienc Unemi. 2018;11(26):134.
29. Oviedo A, Rodriguez C, Ruiz A VL. Cuidados del control prenatal en el primer nivel de atención en relación a la NOM-007-SSA2-1993. Waxapa [Internet]. 2015;(13):20–30. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/waxapa/wax-2015/wax1513d.pdf>
30. Serrano YP. La edad materna avanzada como elemento favorecedor de complicaciones obstétricas y del nacimiento. Rev Ciencias Médicas Pinar del Río. 2015;19(5):789–802.
31. Milián Espinosa I, Cairo Gonzáles V, Silverio Negrín M, Benavides Casals ME, Pentón Cortes R, Tápanes YM. Epidemiología del parto pretérmino espontáneo. Acta Médica del Cent [Internet]. 2019;13(3):354–66. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicadelcentro/mec-2019/mec193g.pdf>
32. BARRAGÁN DNRE, ARMIJOS DJWG. REVISIÓN SISTEMÁTICA: INFECCIONES VAGINALES COMO RIESGO DE PARTO PREMATURO, 2016. Univ Nisant PGRI Kediri [Internet]. 2017;01:1–7. Available from: <http://www.albayan.ae>
33. León W, Yépez E, Gordón M, Armas D. Control Prenatal-Guía de Practica Clínica. Minist Salud Pública del Ecuador [Internet]. 2015;25(6):880–6. Available from: <https://www.salud.gob.ec>
34. Koga K, Kajiyama T, Takayanagi M. GPC para la prevencion, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Vol. 8, Journal of Physics E: Scientific Instruments. 2015. 299–301 p.

35. Mercedes MGJ, Zumba Puma María Angélica. Valoración de enfermería en embarazadas con amenaza de parto prematuro en un Hospital de especialidad gineco – obstétrica para aplicar el proceso de atención de enfermería. Desde mayo a septiembre 2016. 2016;(June):4–13.
36. Salud S de. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento DEL PARTO PRETÉRMINO [Internet]. Vol. 1, Catálogo maestro CENETEC. 2017. 1–41 p. Available from: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/007_GPC_CirculacionArtPerif/IMSS_007_08_EyR.pdf
37. Ferrer CO. Cuidado humanístico y transpersonal: esencia de la enfermería en el siglo XXI. Fundamentos disciplinares. 2015;19(1):6–7.
38. Mar A. Guía farmacoterapéutica de amenaza de parto pretérmino Pharmacotherapeutic guide of the risk of premature birth. 2015;1621.

Anexo N°1. Oficio de solicitud para el acceso de la historia clínica de la paciente en el Hospital General IESS de Machala.

Jueves, 13 de Agosto del 2020

Dr.

Richard Chiriboga

Director técnico del Hospital General Machala

Licenciada

Germania Armijos Carrión

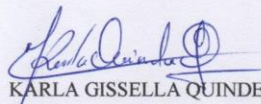
Responsable De La Unidad De Docencia E Investigación Del Hospital General Machala

De mis consideraciones:

Nosotros, **ODALIS ESTEFANIA LOOR RODRIGUEZ** con numero de cedula 0750567190 y **KARLA GISSELLA QUINDE OSORIO** con numero de cedula **0705146561**, Internos de Hospital General Teófilo Dávila y Hospital Básico Santa Teresita correspondientes a la corte de mayo 2019 de la UNIVERSIDAD TECNICA DE MACHALA, mediante el presente nos dirigimos ante usted y a quien corresponda se nos Autorice la Obtención de datos estadísticos e historias clínicas para la elaboración del Anteproyecto y proyecto de Análisis de Caso Clínico con el TEMA "AMENAZA DE PARTO PRETERMINO Y APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA" de la cual utilizaremos una metodología de estudio descriptiva, analítica de cohorte transversal, teniendo como docente TUTOR DE CLASO CLINICO A LA LICENCIADA SALVATIERRA AVILA LINDA YOVANA docente de la universidad.

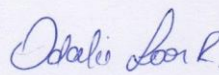
Por la atención favorable que se brinde a la presente de usted nos suscribimos.

Atentamente:



KARLA GISSELLA QUINDE OSORIO

C.I 0705146561



ODALIS ESTEFANIA LOOR RODRIGUEZ

C.I 0750567190

DR. RICHARD CHIRIBOGA

Director técnico del Hospital General Machala

LCDA. GERMANIA ARMIJOS CARRIÓN

Responsable De La Unidad De Docencia E Investigación Del Hospital General Machala





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA
Casilla N°. 989- Teléfono 2983363
FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

SECCIÓN/CARRERA:

ENFERMERÍA

Machala, 3 octubre del 2020

Señora Lcda.
Germania Armijos Carrión, Mgs
Coordinadora de Docencia Hospital General IESS-Machala
En su despacho. -

De mi consideración:

Con un cordial saludo y deseándole muchos éxitos en sus funciones, por medio del presente solicito a usted, muy comedidamente, se autorice a quien corresponda, el acceso a la Historia Clínica N° 10769809 de la paciente CASTILLO ERIQUE MÓNICA, a los estudiantes del Décimo semestre "A" de la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Machala, para que puedan recabar información necesaria para realizar el Análisis de Caso, el mismo que es requerido en el proceso de titulación para obtener el grado de Licenciada/o en enfermería, cuyo tema: "APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN AMENAZA DE PARTO PREMATURO BASADO EN LA TEORÍA DE DOROTEA OREM.

Los estudiantes a intervenir en este análisis de caso:

- Llor Rodríguez Odalis Estefanía CI: 0750567190
- Quinde Osorio Karla Gissela CI: 0705146561

Esperando que el presente tenga una acogida favorable, me suscribo muy atentamente.

SARA MARGARITA SARAGURO SALINAS
Firmado digitalmente por SARA MARGARITA SARAGURO SALINAS
Fecha: 2020.10.03 18:29:51 -05'00'

LCD.A. SARA SARAGURO SALINAS
CORDINADORA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD
C.I: 0701803256
ssaraguro@utmachala.edu.ec

Anexo N°2. Permiso de la aceptación de revisión de la historia clínica de la paciente



HOSPITAL GENERAL MACHALA UNIDAD DE DOCENCIA E INVESTIGACION

Machala, 20 de Octubre del 2020
OFICIO FDQ 042-UD-IESS

Licenciada
SARA SARAGURO SALINAS
COORDINADORA DE LA CARRERA DE ENFERMERIA
FACULTAD DE CIENCIAS QUIMICAS Y DE LA SALUD – UTMACH
En su despacho.-

ASUNTO: AUTORIZACION PARA REALIZAR ANALISIS DE CASO COMO REQUISITO PREVIO PARA LA TITULACION DE LICENCIADA EN ENFERMERIA

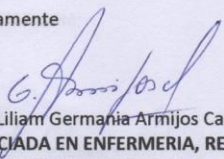
Mediante oficio s/n, de fecha 21 de Septiembre del 2020, usted está solicitando autorización a fin de que las estudiantes de enfermería:

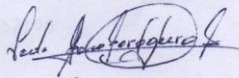
- Loor Rodríguez Odalis Estefanía con CI: 0705567190
- Quinde Osorio Karla Gissela con CI: 0705146561

Puedan realizar el análisis de caso de la paciente CAMPOVERDE ERAS GINA ROCIO, al respecto debo indicar a usted lo siguiente:

Una vez conocida y analizada la solicitud, se concede la autorización respectiva, debiendo las estudiantes firmar el documento de compromiso de confidencialidad de datos.

Atentamente


Lcda. Lilia Germana Armijos Carrión
LICENCIADA EN ENFERMERIA, RESPONSABLE DE DOCENCIA E INVESTIGACION
HOSPITAL GENERAL MACHALA - IESS


21-10-2020