



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ADOLESCENTE
PRIMIGESTA CON AMENAZA DE PARTO PRE-TERMINO BASADO EN
LA TEORÍA BETTY NEUMAN.

JAPA PAUTA JORGE VINICIO
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

RAMON CHICA NICOLE PAULETTE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

MACHALA
2020



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ADOLESCENTE
PRIMIGESTA CON AMENAZA DE PARTO PRE-TERMINO
BASADO EN LA TEORÍA BETTY NEUMAN.

JAPA PAUTA JORGE VINICIO
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

RAMON CHICA NICOLE PAULETTE
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 ADOLESCENTE PRIMIGESTA
CON AMENAZA DE PARTO PRE-TERMINO BASADO EN LA TEORÍA BETTY
NEUMAN.

JAPA PAUTA JORGE VINICIO
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

RAMON CHICA NICOLE PAULETTE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

FLOREANO SOLANO LILIAN MARISOL

MACHALA, 05 DE NOVIEMBRE DE 2020

MACHALA
2020

caso clinico

INFORME DE ORIGINALIDAD

4%

INDICE DE SIMILITUD

4%

FUENTES DE INTERNET

0%

PUBLICACIONES

1%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

pesquisa.bvsalud.org

Fuente de Internet

<1%

2

Submitted to Universidad Técnica de Machala

Trabajo del estudiante

<1%

3

www.scribd.com

Fuente de Internet

<1%

4

worldwidescience.org

Fuente de Internet

<1%

5

consultas.cuba.cu

Fuente de Internet

<1%

6

repositorio.ug.edu.ec

Fuente de Internet

<1%

7

Submitted to Universidad Manuela Beltrán

Virtual

Trabajo del estudiante

<1%

8

Submitted to Universidad Catolica De Cuenca

Trabajo del estudiante

<1%

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

Los que suscriben, JAPA PAUTA JORGE VINICIO y RAMON CHICA NICOLE PAULETTE, en calidad de autores del siguiente trabajo escrito titulado PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ADOLESCENTE PRIMIGESTA CON AMENAZA DE PARTO PRE-TERMINO BASADO EN LA TEORÍA BETTY NEUMAN., 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.

Los autores 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.

Los autores 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, 05 de noviembre de 2020

JAPA PAUTA JORGE VINICIO
0706247160

RAMON CHICA NICOLE PAULETTE
0705209898

RESUMEN

Título: Proceso de atención de enfermería en adolescente primigesta con amenaza de parto pre-término basado en fundamentos de la teoría Betty Neuman.

Introducción: El parto pretérmino ha sido definido por diversos autores como una patología multifactorial que sucede dentro del embarazo específicamente en la semana 20 y 37 de gestación, la cual puede ser prevenible con ayuda de una calidad de vida adecuada del progenitor y familia adyacente, además del control precoz y eficiente por parte del equipo de salud. Según la Organización Mundial de la Salud, en el 2012 dio un comunicado de prensa en el mismo manifiesta que cada año nacen aproximadamente 15 millones de bebés pretérmino, en términos más sencillos más de uno en 10 nacimientos. Datos actuales brindados por la misma organización arroja un aproximado de embarazos anuales de 1 millón de niñas de 15 años y 16 millones de embarazos en un rango de edad entre los 15 y 19 años. Entre las causas más frecuentes del parto prematuro figuran los embarazos múltiples, las infecciones y las enfermedades crónicas, como la diabetes y la hipertensión; ahora bien, a menudo no se identifica la causa ya que en ciertos casos influyen los factores genéticos. Su incidencia radica en la capacidad de conocimiento de los progenitores, además del control primario de salud en los países, muchos de los casos los esfuerzos no siempre cumplen con su cometido. Bajo los fundamentos que la teorizante Betty Newman expone, prioriza el brindar ayuda así como ofrecer bienestar físico y mental en su totalidad al individuo que requiera mejorar u optimizar su condición de salud, independientemente de cual sea su contexto.

Objetivo: Analizar el caso clínico de amenaza de parto pretérmino en una paciente adolescente primigesta de 15 años de edad que fue atendida en el Hospital General, a través de la revisión de la historia clínica y artículos científicos, para la aplicación del proceso de atención de enfermería.

Caso Clínico: Paciente de sexo femenino de 15 años de edad acude al servicio de emergencia ginecológico con embarazo de 35.5 semanas por presentar cuadro clínico caracterizado por dolor tipo contracción uterina hace aproximadamente 24 horas, consta

presión arterial de 90/60 no hay síntomas ni signos de hipertensión materna, no refiere síntomas neurológicos y se sospecha clínicamente de restricción de crecimiento intrauterino por ser menor de edad por lo que le manda a realizar una ecografía, al tacto vaginal tiene una dilatación de 2 cm con un borramiento de 30% membrana íntegras. Luego por la valoración del médico de turno es ingresada al servicio de ginecología con diagnóstico embarazo de 35.5 semanas de gestación con amenaza de parto pretérmino y restricción de crecimiento uterino.

Conclusión: Patología multifactorial prevenible con controles eficaces, pero que aumenta su morbimortalidad en embarazos de adolescentes o edades muy avanzadas lo cual conlleva al riesgo de padecer Parto Pretérmino debido a factores económicos, sociales, culturales, poco o ningún acceso a una vida sexual y reproductiva. Para el buen manejo del parto pretérmino dentro del ámbito del profesional de enfermería existen diversos cuidados entre paciente- enfermero como Proceso de Atención de Enfermería

PALABRAS CLAVE: Parto pretérmino, Adolescente, PAE, parto pretérmino

ABSTRACT

Title: Nursing care process in primiparous adolescent with threatened pre-term delivery based on the foundations of the Betty Neuman theory

Introduction: Preterm delivery has been defined by various authors as a multifactorial pathology that occurs within pregnancy specifically in weeks 20 and 37 of gestation, which can be preventable with the help of an adequate quality of life of the parent and the adjacent family, in addition of early and efficient control by the health team. According to the World Health Organization, in 2012 it issued a press release in the same statement that approximately 15 million preterm babies are born every year, in simpler terms more than one in 10 births. Current data provided by the same organization shows an approximate annual pregnancies of 1 million 15-year-old girls and 16 million pregnancies in an age range between 15 and 19 years. The most common causes of preterm birth include multiple pregnancies, infections, and chronic diseases such as diabetes and high blood pressure; However, the cause is often not identified since in certain cases genetic factors influence. Its incidence lies in the knowledge capacity of the parents, in addition to the primary health control in the countries, many of the cases the efforts do not always fulfill their mission. Under the foundations that the theorist Betty Newman exposes, she prioritizes providing help as well as offering physical and mental well-being in its entirety to the individual who needs to improve or optimize their health condition, regardless of their context.

Objective: To analyze the clinical case of threatened preterm birth in a 15-year-old first-stage adolescent patient who was treated at the General Hospital, through the review of the clinical history and scientific articles, for the application of the process of Nursing care.

Clinical Case: A 15-year-old female patient attends the gynecological emergency service with a 35.5-week pregnancy due to a clinical picture characterized by uterine contraction-type pain approximately 24 hours ago, there is blood pressure of 90/60, there are no symptoms or signs of maternal hypertension, she does not refer neurological symptoms and is clinically suspected of intrauterine growth restriction because she is a minor, so

she orders an ultrasound, on vaginal examination she has a dilation of 2 cm with an effacement of 30% of the entire membrane. Then, due to the evaluation of the doctor on duty, she was admitted to the gynecology service with a diagnosis of pregnancy of 35.5 weeks of gestation with threat of preterm delivery and uterine growth restriction.

Conclusion: Multifactorial disease preventable with effective controls, but that increases its morbidity and mortality in adolescent pregnancies or very advanced ages, which leads to the risk of suffering from Preterm Birth due to economic, social, cultural factors, little or no access to a sexual and reproductive life . For the good management of preterm birth within the scope of the nursing professional, there are various care between patient-nurses as a Nursing Care Process.

KEY WORDS: Preterm delivery, Adolescent, PAE, preterm delivery.

ÍNDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	3
INTRODUCCIÓN	7
1.1 DEFINICIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO	9
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:	9
1.3 HECHOS DE INTERÉS.	11
1.4.1 Objetivo General	12
1.4.2 Objetivo específico	12
CAPÍTULO II. FUNDAMENTACION TEORICO EPISTEMOLOGICO	13
2.1 DESCRIPCIÓN DEL ENFOQUE EPISTEMOLÓGICO DE REFERENCIA	13
2.1.1 HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD	13
2.2 BASES TEÓRICAS DE LA INVESTIGACIÓN	14
2.2.1 Embarazo en adolescentes	14
2.2.2. Amenaza de parto pretérmino	14
Manifestaciones clínicas	15
Clasificación	15
Etiología	15
Complicaciones	15
Diagnóstico	16
Tratamiento	16
Prevención	17
2.2.3 RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO FETAL UTERINO.	19
2.2.4 INFECCION DE VIAS URINARIAS	20
2.2.5 MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN.	22
2.2.6 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	23
CAPÍTULO III. PROCESO METODOLÓGICO	25
3.1 DISEÑO O TRADICIÓN DE INVESTIGACIÓN SELECCIONADA	25
3.1.1 Tipo de investigación	25
3.1.2 Unidad de análisis	25
3.1.3 Área de estudio	25
3.1.4 Tipo de estudio	25
3.1.5 Método de estudio	25
3.1.76 Instrumentos de investigación	26
3.1.7 Categorías	26

3.2 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS EN LA INVESTIGACIÓN	26
3.2.1 Aspecto ético legal.	27
3.2.2 Solicitud de acceso al manejo de Historia Clínica.	27
3.2.3 Ubicación de la historia clínica.	27
3.2.4 Revisión documental de la historia clínica.	27
3.3 SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN EN EL ANÁLISIS DE INFORMACIÓN	27
CAPÍTULO IV. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	29
4.1 DESCRIPCIÓN Y ARGUMENTACIÓN TEÓRICA DE RESULTADOS	29
4.1.1 PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO	29
DISCUSIÓN	34
CONCLUSIÓN	Error! Bookmark not defined.
BIBLIOGRAFÍA	37
ANEXOS	42

INTRODUCCIÓN

La amenaza de parto pretérmino se define presencia de contracciones uterinas en la semanas 20 y antes de las 37 semanas de gestación, independientemente del peso del producto al nacer, generalmente con la presencia de contracciones uterinas de duración de 15 a 30 segundos con un intervalo de 1 cada 10 minutos, durante un lapso de 60 minutos, llegando a presentar hasta el 80% de borramiento del cuello uterino y una dilatación igual o menor a 2 cm.(1)

En las mujeres los antecedentes de parto prematuro oscilan entre el 5% y 18% se da en su mayoría en los embarazos en adolescentes aumentando la tasa de mortalidad infantil. Otro de los factores que constituyen un 85% de mujeres primigesta o con embarazos a término anteriores terminando estos antes de completar las 37 semanas de gestación, denotando que los antecedentes personales influyen directamente en la reiteración de la condición en un nuevo embarazo.(2)

La tasa equivalente de nacimientos pretérmino desarrollados en 184 países concluyen que un 5% - 18% y mayor 80% ocurre entre el octavo y noveno mes relacionado entre 32 a 37 semanas de gestación. Literatura recabada indica que alrededor del 9,6% de la mortalidad perinatal en el mundo corresponde a la prematuridad en países desarrollados es de aproximadamente el 70%; en Europa 6.2%, en Norteamérica 10.6%, en Colombia 10% - 12% y en América Latina y el Caribe, 8,1%.(3)

Se ha identificado que el parto pretérmino afecta negativamente el desarrollo y condiciones vitales del producto en el útero, elevando las tasas de mortalidad tanto para la madre como para el feto, generando problemas de salud subsecuentes destacando entre las más comunes a las infecciones en vías urinarias con el 14,3%.(4)

Entre los datos podemos observar un ranking de los países que lideran esta problemática entre estas tenemos al Ecuador con el 5.1%. A diferencia del país que encabeza este ranking con un 13.6% de nacidos prematuros por cada 100 nacimientos prematuros.(5)

Bajo los fundamentos que la teorizante Betty Newman expone, prioriza el brindar ayuda así como ofrecer bienestar físico y mental en su totalidad al individuo que requiera

mejorar u optimizar su condición de salud, independientemente de cual sea su contexto. Es así como se evidencia la necesidad de contribuir el mejoramiento de la calidad de vida de la adolescente gestante mediante estrategias eficientes de salud que involucran la interacción directa de quienes se encuentren cercanos a su entorno al concientizar a quienes forman parte del grupo social de la misma, así también analizar los cambios físicos y psicológicos a los que la adolescente se ve inmersa a corto, mediano y largo plazo, además favorece a adecuar todas aquellas intervenciones que se puedan realizar para optimizar su calidad de vida.(6)

Como objetivo del caso clínico, determinar el proceso de atención de enfermería en la paciente con amenaza de parto pretérmino, basado en los fundamentos de Betty Neuman, la presente investigación es aplicada sobre una paciente de 15 años de edad, con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino más infección de vías urinarias, la cual acudió al Hospital General de Machala de la Provincia de El Oro. Se indaga a través de la revisión de la historia clínica y artículos científicos que se emplearon herramientas mundiales propias del personal de enfermería que son las etiquetas diagnósticas de NANDA, con sus respectivas intervenciones (NIC) y resultados (NOC).

Concluimos que dentro de lo identificable con la adolescente gestante es que dada sus condiciones socio económicas y demográficas se favorecieron lo elementos necesarios para que presente los síntomas ya analizados, por lo que adopten las intervenciones del Proceso de Atención de Enfermería se anhela una mejoría considerable en la salud física y mental de la paciente.

CAPÍTULO I. GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO

1.1 DEFINICIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

El parto pretérmino por motivo de su origen multifactorial, es considerado como un síndrome que se presenta entre la semana 20 y 37 de gestación, caracterizado principalmente por contracciones uterinas; duración de 15 a 30 segundos con un intervalo de 1 cada 10 minutos, durante un lapso de 60 minutos, su causa se asocia en la mayoría de casos a patologías adyacentes a la madre o malformaciones congénitas del feto, sumado a factores socio culturales, económico y ambientales. (1)(2)

Según la OMS a nivel mundial existe una incidencia entre el 5% y 18% y la prematuridad se da en su mayoría en los embarazos en adolescentes aumentando la tasa de mortalidad infantil, de esta forma se identifica en 2 grupos; parto pretérmino espontáneo presente en el 85% de mujeres primigestas o con embarazos a término anteriores y 15% con antecedentes de PPT, parto pretérmino iatrogénico producido bajo indicación médica a causa de complicaciones durante la gestación (preeclampsia, placenta previa, rotura prematura de membrana, entre otros), que representen un riesgo de morbilidad materno-neonatal.(2)

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El embarazo en adolescente ha tomado en el ámbito de la salud una problemática importante la cual se pretende disminuir, pero gracias a su variado factor causal este objetivo se ha visto corrompido llevando al aumento de casos en jóvenes. El ente supremo de salud (OMS), calcula que aproximadamente 16 millones de adolescentes dan a luz cada año y que esto depende en gran parte de su ubicación sociodemográfica y nivel de ingresos económicos entre otras.(7)(8)

La Organización Mundial de la Salud, define como aquella etapa iniciada dentro del límite de edad entre los 10 y 19 años específicamente; es decir la gestación dentro de dicha edad establece que comportamiento de la madre esté acorde a su desarrollo mental y edad biológica, siendo este un ejemplo claro de que tanto el embarazo como la

educación al recién nacido brindada por la madre no es la correcta para esta etapa de vida.(9)

Estadísticas establecen un claro ejemplo en el cual podemos observar que países como Estados Unidos reflejan la más alta tasa de gestantes adolescentes como sucede en el 2011 según el Centro de Control de Enfermedades de los Estados Unidos, mencionando que 329.772 partos son exclusivos en adolescentes; esto quiere decir que países en vía de desarrollo en comparación con países desarrollados no define específicamente su tasa de gestación por lo que se debe intervenir en otros agentes causales.(9)

Otro dato importante a nivel mundial es mencionado por la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico, indica que dentro de los países con menor ingreso (México) es el más alto con índice de natalidad con cifras de 64.2 por cada 1000 nacimientos. (9)

Una de las abrumantes preocupaciones de las adolescentes que registran relaciones sexuales a una edad, sin el debido uso adecuado de métodos anticonceptivos debido a su morfología inapropiada para procrear, criar y educar un neonato, es la anemia, infección de vías urinarias, ruptura prematura de membrana, amenaza de aborto y parto pretérmino como principales complicaciones que se desarrollan en las embarazadas adolescentes.(4)

Dado los argumentos previamente mencionados y debido al gran incremento en el número de complicaciones dentro embarazo en adolescentes como el parto pretérmino, es de mucha importancia estudiar las causas como agentes etiológicos que en esta recaen, por lo tanto, nos hemos planteado la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuáles son las causas y las complicaciones más relevantes que acarrea la amenaza de parto pretérmino dentro de los embarazos en adolescentes?

¿Cuáles fueron los resultados de investigaciones previas dentro de los últimos 5 años con respecto a factores causales del parto pretérmino en adolescente y del mismo modo adaptar un Proceso de Atención de Enfermería para esta problemática?

1.3 HECHOS DE INTERÉS.

Los registros a nivel mundial describen un aproximado de 15 millones de nacimientos en fase pretérmino que ocurren anualmente, además la OMS, manifiesta que estadísticamente existen un aproximado de un millón de niñas de 15 años y 16 millones de mujeres adolescentes entran en labor de parto anualmente. La tasa equivalente de nacimientos pretérmino desarrollados en 184 países concluyen que un 5% - 18% y mayor 80% ocurre entre el octavo y noveno mes relacionado entre 32 a 37 semanas de gestación. Con la bibliografía recabada indica que alrededor del 9,6% de la mortalidad perinatal en el mundo corresponde a la prematuridad; en países desarrollados es de aproximadamente el 70%; en Europa, 6,2%; en Norteamérica, 10,6%; en Colombia, 10% - 12%; y en América Latina y el Caribe, 8,1%.(3)

La tasa de mortalidad tanto para el feto y para la madre, en condiciones patológicas puede generar problemas de salud subsecuentes generando complicaciones como el parto pretérmino el cual su agente causal primordial son las infecciones de vías urinarias que según el INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos) esta patología ocupa el noveno lugar dentro de los embarazos en adolescentes con una incidencia del 14,3%.(10)

Podemos observar un ranking de los países que lideran esta problemática entre estas tenemos al Ecuador con el 5.1%. A diferencia del país que encabeza este ranking con un 13.6% de nacidos prematuros por cada 100 nacimientos prematuros.(5)

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 Objetivo General

Analizar el caso clínico de amenaza de parto pretérmino en una paciente adolescente primigesta de 15 años de edad del Hospital General, mediante la revisión de la historia clínica y artículos científicos, para la aplicación del proceso de atención de enfermería.

1.4.2 Objetivo específico

- Identificar las manifestaciones clínicas que presentan las embarazadas con amenaza de parto pretérmino.
- Describir los hallazgos encontrados en la adolescente con amenaza de parto pretérmino.
- Elaborar un Plan de Atención de Enfermería en parto pretérmino.

CAPÍTULO II. FUNDAMENTACION TEORICO EPISTEMOLOGICO

2.1 DESCRIPCIÓN DEL ENFOQUE EPISTEMOLÓGICO DE REFERENCIA

2.1.1 HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

La amenaza de parto pretérmino es una patología que se presenta en el embarazo cuando la mujer este expuesto a riesgo como: menores de >18 años o <40, antecedentes anteriormente de partos pretérmino, fetos muertos, abortos > 17 semanas de gestación o de rotura prematura de membranas pretérmino, infecciones urinarias, embarazo múltiple, metrorragia en la primera y segunda mitad del embarazo que generalmente se considera entre la 20 y 37 semanas de gestación, debido a su causa multifactorial su sintomatología es imprecisa y difícil de detectar hasta que no llega el momento de un parto pretérmino.(11)(12)

Leavell y Clark crearon un esquema sobre la historia natural de la enfermedad, el cual se divide en los siguientes periodos:

1. Periodo prepatogénico:

Agente: es de causa multifactorial como socioeconómica, socio biológico, complicaciones en el embarazo actual o historia obstétrica.

Huésped: considerada a la gestante portadora del producto único vivo.

Ambiente: se considera a todo lo que se encuentra alrededor de la gestante su ocupación y situación del diario vivir al estrés que está expuesto en el desarrollo del producto.

2. Periodo patogénico

Etapa establecida dentro de la semana de gestación número 20 y 37, en la cual aún se presenta sintomatología como cólicos en el abdomen, sangrado vaginal, contracciones prolongadas. El diagnóstico se reforzó con una ecografía, exámenes de laboratorio.

2.1.2 EPISTEMOLOGIA

La amenaza de parto pretérmino contiene múltiples factores de riesgo tiene una alta tasa de morbilidad un 70% y mortalidad el 75% tanto como materno y neonatal, por lo que es considerable problemas en obstetricia. (12)

Los principales factores de riesgo que contuvo nuestra paciente adolescente fueron: infecciones de vías urinarias, Edad temprana, retraso del crecimiento intrauterino entre otras.

2.2 BASES TEÓRICAS DE LA INVESTIGACIÓN

2.2.1 Embarazo en adolescentes

Según la OMS la adolescencia se establece entre la edad de 10 a 19 años, y los cambios puberales se presentan entre los 10 y 14 años, y la culminación de los mismo se da entre los 15 a 19 años. Existen diversos factores para que se dé un embarazo en adolescentes, pero como principal está el factor socio-económico, lo que conlleva a tener difícil acceso a una educación adecuada, métodos anticonceptivos, servicios de salud, consejería en salud sexual y reproductiva, y en general esto lleva al poco control sobre toma de decisiones adecuadas para su edad, sumado esta la presión social, familiar y comunitaria que recae sobre las adolescentes que pertenecen a un quintil bajo. Aumentando la tasa de Natalidad en 72 nacidos vivos por cada 1000 mujeres gestantes de 15 a 19 años pertenecientes a países latinos de bajos recursos.(9)

2.2.2. Amenaza de parto pretérmino

Ocurre después de las 20 semanas y antes de las 37 semanas de gestación o antes de los 259 días de gestación a partir del último día de menstruación, independientemente del peso del producto al nacer, generalmente con la presencia de contracciones uterinas de duración de 15 a 30 segundos con un intervalo de 1 cada 10 minutos, durante un lapso de 60 minutos, llegando a presentar hasta el 80% de borramiento del cuello uterino y una dilatación igual o menor a 2 cm. Cabe destacar que al ser una complicación materna de causa multifactorial, presentando así sintomatología imprecisa, que lleva a un diagnóstico tardío, aumentando el riesgo de mortalidad y complicaciones del neonato al nacer; síndrome de dificultad respiratoria, sepsis, trastornos metabólicos, entre otros.(12)

Manifestaciones clínicas

La sintomatología del parto pretérmino de carácter impreciso, la gestante llega a referir molestias abdominales de tipo cólico menstrual, dolor lumbar, secreción mucosa con manchas de sangre, contracciones uterinas persistentes y en la mayoría de casos acompañado de dilatación y borramiento del cuello uterino.(12)

Clasificación

Según las semanas de gestación se subdividen en; menor a 28 semanas extremadamente prematuros representan el 5.2%, entre 28 a 31 semanas muy prematuros representan el 10.4%, y entre 32 y 36 semanas moderadamente prematuros representando el 84.3% del total de nacidos antes de las 37 semanas de gestación, dentro de los moderadamente prematuros se encuentra el grupo de prematuros tardíos entre las semanas 34 y 36.(5)

Etiología

Según la clínica, la amenaza de parto pretérmino es de origen multifactorial, aún así, la misma establece la culminación del embarazo antes del término de forma iatrogénica, por alguna patología de la madre o el feto, por presentar rotura prematura de membrana, o por causa aparente o conocida (antecedentes). Entre los factores tenemos; factores sociales (cultura, creencias, religión, violencia intrafamiliar, traumas físicos y emocionales), factores económicos (educación, alimentación, acceso a métodos anticonceptivos), factores maternos (edad de la madre <18 o >40, antecedentes de parto pretérmino, de abortos, de rotura prematura de membrana, de embarazos múltiples, infecciones de vías urinarias, infecciones de transmisión sexual, miomatosis, placenta previa), factores neonatales (malformaciones, polihidramnios).(12) (13)

Complicaciones

Una de las principales complicaciones en el parto prematuro, es el origen de un bebe prematuro, que conlleva dificultades en la salud del recién nacido. (14)(15)

Los problemas que se genera son:

- Bajo peso al nacer
- Dificultad al respirar
- Órganos subdesarrollados
- Dificultad en la visión
- Alto riesgo de parálisis cerebral
- Dificultad de aprendizaje
- Problemas de comportamiento

La madre también presenta complicaciones al momento de nacer el bebe prematuro, puede presentar:(16)

- Anemia
- Hipertensión no controlable
- Diabetes
- Traumas
- Infección urinaria
- Insuficiencias cardiorrespiratorias

Diagnóstico

Se fundamenta en una adecuada anamnesis, examen clínico obstétrico y vaginal, evaluando antecedentes obstétricos de prematuros y neonatos nacido con bajo peso, edad gestacional según FUM y ecografía, características de contracciones uterinas y sintomatología presente en el cuadro clínico, como pérdida de líquido amniótico, presencia de sangrado en poca cantidad, dolor abdominal tipo cólico, fiebre, disuria, polaquiuria, escalofríos, etc. También se emplean exámenes complementarios; urocultivos, hemogramas, medición ultrasonográfica de la longitud cervical y monitoreo fetal.(12)

Tratamiento

No existe evidencia científica que la hidratación y el reposo disminuyen el riesgo de parto pretérmino, pero ante la existencia de contractibilidad uterina es lo recomendable, referente al tratamiento farmacológico, entre la semana 16 a 24 de gestación el uso de

progesterona que actúa como supresor ante los efectos inflamatorios de los estrógenos, se administra como medio de prevención de PPT, siendo lo adecuado en gestantes con antecedentes en dicha patología, con una efectividad del 45%. El uso de tocolíticos también está dentro del tratamiento, sin embargo, estos solo prolongan el nacimiento durante 48 horas aproximadamente lo que permite que, los glucocorticoides antenatales actúen de manera efectiva disminuyendo la morbimortalidad de los recién nacidos prematuros.

Según el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia, los tocolíticos con mayor recomendación por presentar menos efectos adversos, son la nifedipina, los agonistas B adrenérgicos y los AINES. Además, dentro del tratamiento para disminuir la morbimortalidad neonatal, está el uso de corticoides entre las 24 y 34 semanas de gestación, también indicado en mujeres gestantes mayor de 34 SG que presentan inmadurez pulmonar fetal, con una efectividad es del 31% a 34%, aumentan la compliance pulmonar y disminuyen la permeabilidad vascular estimulando el desarrollo pulmonar a través de la síntesis del factor surfactante. Según la Academia Americana de Ginecología y Obstetricia, la dosis recomendada es vía intramuscular 12 mg de betametasona cada 24 horas (2 dosis) o también se puede administrar cada 12 horas 6 mg de dexametasona (4 dosis).(12)

Prevención

1. Prevención primaria en mujeres embarazadas

Suplemento alimenticio: Adecuada alimentación acompañado de una dieta balanceada y equilibrada de vitaminas, minerales, proteínas, adicionalmente que contenga ácidos grasos (Omega-3).

Cuidado bucal: Se aconseja una consulta dental para control de la dentadura de todas las mujeres embarazadas, en caso de requerir se procede al tratamiento adecuado.

Estilo de vida y hábitos: Toda mujer que se encuentre en el periodo preconcepcional, debe evitar o suspender el alcohol, tabaco y drogas, se aconseja no medicarse sin restricción de un médico.

Pesquisa de infecciones urinarias y bacteriuria asintomática: Es recomendable que la mujer en estado de gestación entre la primera y doceava semana, debe solicitar un “urocultivo”, para descartar infecciones sintomáticas o asintomáticas.

Pesquisa de vaginosis bacteriana: Aumento excesivo de bacterias que se encuentra a nivel vaginal, causando alteración en el equilibrio natural, esta inflamación vaginal es llamada vaginosis bacteriana, se identifica por medio de cultivo y técnicas moleculares.

2. Prevención secundaria en mujeres embarazadas

Tiene como finalidad de separar o disminuir el riesgo a mujeres que conllevan factores de mayor riesgo.

Estilo de vida y reposo:

- Permanecer en descanso.
- No realizar ninguna actividad.
- Tener abstinencia sexual.
- Suplementos nutricionales.

Ecografía transvaginal (Eco TV): Para proceder a la evaluación del cérvix uterino se lo realiza por medio de “ultrasonografía transvaginal”, el tiempo transcurrido que se debe efectuar es en el segundo trimestre (antes de las 34 semanas).

Progesterona en prevención secundaria

La hormona clave para el embarazo es la progesterona, considerada la más esencial gracias a la acción sobre el miometrio.

- Elimina genes contráctiles.
- Ayuda al relajamiento de la fibra miometrial.
- Elimina citoquinas, prostaglandinas y el resultado a la ocitocina.

Cerclaje cervical: Es presentado en los siguientes casos puntuales:

- Mujeres que presentan de tres o más partos pretérmino, acompañada de rotura o ausencia del mismo de las membranas o pérdidas fetales en el periodo del segundo trimestre de gestación.

No se aconseja el “cerclaje cervical” cuando ha existido uno o dos partos en el tiempo de 37 semanas o cuando han ocurrido pérdidas fecales en el segundo trimestre de gestación.

3. Prevención terciaria en mujeres embarazadas

Pesario cervical: Para evitar el parto pretérmino se utilizaba un anillo de silicona, esto se ha llevado a cabo desde hace 50 años. Se aplicaba a mujeres que presentaban embarazos múltiples, donde se observaba el cérvix corto (<38), este proceso es activo para disminuir el riesgo absoluto de parto pretérmino de (<34 semanas).

Test de fibronectina: Se detecta en las secreciones cervicovaginales, y se la conoce con el nombre de fibronectina fetal. Es constante y elevada en las primeras 22 semanas de gestación, y presenta una disminución de 22 hasta las 34 semanas, en embarazos normales.

Es recomendado utilizar el uso de fibronectina fetal, cuando el riesgo aumenta entre la semana 24 y 36 de gestación.(13)(2)

2.2.3 RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO FETAL UTERINO.

Definido como enfermedad multifactorial caracterizado por el peso fetal estimado (PFE) circunferencia abdominal (CA) por debajo de p10 (percentil), esto mediante la tabla de crecimiento uterino basándose en el peso para la edad gestacional entre los percentiles 10 y 90. La Guía de práctica clínica (GPC) de Argentina del 2019 menciona como agente causal más relevante la insuficiencia placentaria. Su diagnóstico se puede lograr mediante la medición de altura uterina y estimación del peso fetal y asegurarlo con el uso de la fetometría ultrasonografía y flujo sanguíneo.(17)

Entre los factores menos relevantes pero que se deben tomar en cuenta son los embarazos en adolescentes que tenemos: edad menor de 16 años, control prenatal deficiente,

primeriza, estado alimenticio deficiente, consumo excesivo de cafeína dentro de la semana de gestación 20, anemia presente en el embarazo, tabaquismo, entre otros. (18)

Su método de diagnóstico aún es inexacto ya que la ecografía y valorar el feto por el flujo vascular puede generar diagnósticos erróneos, siendo necesario los controles prenatales y la clara búsqueda de nuevos métodos diagnósticos.(19)

2.2.4 INFECCION DE VIAS URINARIAS

Se conoce como infección de vías urinarias al cuadro patogénico en donde existe la presencia de bacterias en la orina, que provienen de la vejiga o riñón producto de una infección adicional con o sin presencia de síntomas, este tipo de dolencia es común en el periodo de gestación ya que el tracto urinario sufre diferentes cambios durante esta etapa, estas alteraciones hormonales se suscitan a finales del primer trimestre y evolucionan a lo largo de todo el embarazo.(20)(21)

Las infecciones bacterianas obtienen su clasificación de acuerdo a su sitio de proliferación; las mismas que son categorizadas en: *bacteriuria asintomática* la cual no presenta síntomas y su presencia se la localiza en la orina del paciente en un urocultivo donde más de 100.000 unidades formadoras de colonias/mL sirven para diagnosticar, *cistitis* esta afección a la vejiga tiene una sintomatología que influye en el tracto urinario (urgencia, piuria, frecuencia, disuria y hematuria) y *pielonefritis* la cual afecta a la vía excretora urinaria alta y el parénquima renal, esta dolencia es acompañado de fiebre, escalofrío, dolor costo vertebral, malestar general y en otros casos se acompaña con vómito, deshidratación y náuseas.(22)

Los factores de riesgo de las IVU (Infecciones de las Vías Urinarias) durante el embarazo están relacionado a las condiciones preexistentes (sistema inmune debilitado, historia médica familiar, diabetes mellitus, enfermedades de transmisión sexual, precoz inicio de su vida sexual, multiparidad, malformaciones urogenitales o anemia de células falciformes) o a las actividades que previamente haya realizado la paciente durante el inicio del periodo gestante (relaciones sexuales recurrentes, coito con parejas sexuales diferentes, deficiente higiene personal o falta de uso de preservativos).(22)

Existen complicaciones relacionadas a las infecciones renales con la gestación del feto que elevan el riesgo de tener un parto prematuro o contracciones prematuras, se ha identificado que una infección no tratada retarda el crecimiento intrauterino y aumenta las posibilidades de ruptura de las membranas del útero, llegando en algunos casos a ocasionar la muerte fetal. Los bebés que nacen en estas condiciones han presentado anemia y nacen con un debajo de lo normal.(10)

Para el diagnóstico se realiza una evaluación integral que incluye el examen clínico y estudios de laboratorio urológicos, permitiendo identificar el agente etiológico y su susceptibilidad antibiótica.(22)

El tratamiento adecuado a cada una de las categorías de infección en las vías urinarias es particular por lo que se recomienda seguirlos de acuerdo a lo que se estipula a continuación: El tratamiento para la *Bacteriuria asintomática* tiene una duración de 4 a 7 días recomendando el uso de *Nitrofurantoína* 100 mg VO c/12h, *Amoxicilina* 500 mg VO c/8h, *Ampicilina* 500 mg VO c/6h o *Cefalexina* 500 mg c/6h, luego de 7-15 días se recomienda un urocultivo para revisar los niveles de bacterias restantes, este tratamiento tiene una tasa de recuperación esperada del 80-90%; para la *Cistitis* cuya duración estándar con medicación es de 7 días se recomienda un analgésico como lo es la *fenazopiridina* 200 mg c/8h adicionalmente al tratamiento para reducir el malestar producido por la infección, como medicación se recomienda el uso de *Nitrofurantoína* 100 mg VO c/12h, *Amoxicilina* 500 mg VO c/8h, *Ampicilina* 500 mg VO c/6h, *Amoxicilina / Clavulanato* 500 mg c/8h o *Trimetoprim / Sulfametoxazol* 160/800 mg VO c/12 horas (recomendado exclusivamente en el segundo trimestre) luego de 7-15 días se recomienda un urocultivo para revisar los niveles de bacterias restantes, al finalizar el tratamiento con antibióticos se recomienda repetir los exámenes mensualmente; Al tratar la *Pielonefritis* su tratamiento tomar un urocultivo antes del inicio de la antibioticoterapia adicionalmente se recomienda la *Cefalexina* 500 mg VO c/6h o *Amoxicilina* 500mg VO c/8h, la medicación recomendada es la *Cefuroxina* 250 mg VO c/12h o *Cefixina* 400 mg c/d.(22)

2.2.5 MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN.

Betty Neuman, una prestigiosa y reconocida profesional de la salud que avanzó a la enfermería con su teoría, enfocada en ayudar y proveer bienestar tanto físico como mental a todo aquel ser humano que la necesite.

El modelo de sistemas de Betty Neuman es utilizado para describir las respuestas físicas del cuerpo al estrés y el proceso de adaptación al mismo; es decir estudia de forma minuciosa el lazo que experimenta tanto física como intelectualmente el ser humano con el entorno, dentro de ellos el estrés y el cambio psicológico que conlleva dicha interacción, en otras palabras toma al individuo en el campo organismo-entorno.(6)

El caso de la adolescente se adapta a este modelo debido a que su transición y edad generan un estado de estrés constante la cual puede alterar su estado anímico y de salud, incrementando las posibilidades de un deterioro en su salud integral a consecuencia de su condición.

Para esclarecer este caso, el proceso está compuesto por cuatro factores relacionados que influyen en la vida de la paciente:

- **Estadio Biológico:** Es una adolescente de 15 años que desconoce de los métodos anticonceptivos, con medidas antropométricas correspondientes a su edad, su higiene personal corresponde a su nivel económico que es bajo y por ende posible candidata a una infección en vías urinarias.
- **Entorno Familiar:** El grupo familiar de la adolescente está conformado por sus padres y hermanos en donde el aportante económico del hogar es el papá, ante eso se determinó que las condiciones socioeconómicas de la familia son de bajos recursos, la paciente actualmente vive en casa de sus padres.
- **Entorno Social:** Al abandonar sus estudios el círculo social se vió reducido a su entorno comunitario y a aquellos que continuaron su amistad a pesar del abandono académico, el padre de su hija es un joven que acaba de cumplir los 18 años y que actualmente no trabaja, incrementando el factor estresante por causales económicos y situacionales correspondientes a su edad.

- **Estado psicológico:** Al tener 15 años, su estado psicológico ingresó en estado de estrés constante ya que en su mente hubo un cambio de rol en la que deja de ser adolescente para convertirse en madre, esto deriva a no poder saber cómo manejar esta situación ni la reacción que sus padres tendrían al saber la noticia, esto afecta directamente su cuidado físico e higiene puesto que evita aceptar su estado de gestacional.

2.2.6 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Valoración: Es la primera etapa en el cual es un proceso metódico y ordenado para la recogida de datos sobre las condiciones de salud del paciente. Se la obtiene mediante el

En el presente caso se valoró a una adolescente de 15 años de edad de sexo femenino con un embarazo de 35.5 semanas de gestación por presentar dolor abdominal tipo contracción uterina y cefalea. Dentro de sus antecedentes médicos personales no refiere ninguna y en sus antecedentes familiares el padre tiene hipertensión arterial.

Al examen físico la paciente se encuentra orientada en tiempo, espacio y persona, normocefálica, conjuntivas normales con pupilas isocóricas reactivas, mucosas orales permeables, cuello móvil sin adenopatías, tórax simétrico, expansibilidad conservada, campos pulmonares ventilados, ruidos cardiacos rítmicos, no soplos, abdomen con feto único vivo, se sospecha clínicamente de restricción uterina, región genital al tacto vaginal dilatación 2 cm borrado 30% membranas íntegras, extremidades simétricas, fuerzas musculares conservadas y no hay presencia de edema.

Diagnóstico: En esta etapa se llega a una determinación en base a la valoración permitiendo plantear el problema real que presenta y se detalla a continuación.

Para un diagnóstico oportuno de amenaza de parto pretérmino, así como de restricción de crecimiento uterino e infección de vías urinarias, es tomado en cuenta desde la anamnesis, examen físico obstétrico y vaginal, ecografía y exámenes complementarios.

Planificación: En esta tercera fase una vez identificado el problema se desarrolla la intervención que realizaremos mediante un plan de cuidados para conseguir los objetivos a alcanzar para un resultado favorable para el diagnóstico.

Ejecución: Esta etapa ejecutará la intervención que se haya determinado en la etapa anterior e irá valorando la contestación del paciente.

Evaluación: En esta última etapa una vez ejecutado el plan de cuidados se determina si se alcanzó con el objetivo de la intervención para el paciente.

CAPÍTULO III. PROCESO METODOLÓGICO

3.1 DISEÑO O TRADICIÓN DE INVESTIGACIÓN SELECCIONADA

3.1.1 Tipo de investigación

El presente tipo de investigación es cualitativa porque se puede observar las características de la unidad de análisis.

3.1.2 Unidad de análisis

Paciente de sexo femenino de 15 años de edad con diagnóstico de amenaza de aborto pre-termino.

3.1.3 Área de estudio

Este estudio de caso se desarrolló en el área de ginecología del IESS de Machala, provincia El Oro.

3.1.4 Tipo de estudio

El siguiente análisis de caso se realizó mediante un estudio de tipo descriptivo, con la finalidad de analizar el fenómeno de investigación, delimitando los hechos para identificar y comprobar las variables presentes en la misma, a través de datos recolectados sobre el proceso salud-enfermedad del paciente.

3.1.5 Método de estudio

Método Clínico: Análisis de caso realizado a solo 1 paciente.

Método sintético: Procedimiento por el cual se utiliza el razonamiento para lograr la comprensión del estudio, reconstruir y analizar la problemática.

Método deductivo: Formulación de premisas lógicas para lograr entendimiento y obtener conclusiones del estudio.

3.1.76 Instrumentos de investigación

Los instrumentos y materiales utilizados para la aportación de la estructura de la investigación son fuentes bibliográficas de revistas científicas e historia clínica del paciente.

3.1.7 Categorías

- Anamnesis
- Signos vitales
- Motivo de consulta
- Antecedentes personales
- Antecedentes familiares
- Examen físico
- Planes de cuidados de enfermería

3.2 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS EN LA INVESTIGACIÓN

El método utilizado para ampliar conocimientos dentro del presente estudio de investigación fue la metodología de recolección de datos, haciendo uso de la entrevista que, mediante el diálogo forma vínculos de empatía y aceptación entre investigador y sujeto (paciente), permitiendo obtener información como vivencias, creencias y pensamientos de forma sistemática y detallada. Cabe recalcar que esta información no se logra obtener de otras fuentes de investigación como la Historia Clínica, y su obtención depende de las habilidades del entrevistador; percepción, comprensión y respeto, del proceso salud-enfermedad por el que cursa el sujeto de estudio. Un instrumento fundamental dentro de este proceso es la autorización de la coordinación de docencia del IESS, validando de forma ética y legal el uso de la información recolectada por el entrevistador.(23)

3.2.1 Aspecto ético legal.

- **Beneficencia:** para contribuir con la ayuda a este grupo de personas se elabora un plan de cuidados de enfermería.
- **Confidencialidad:** dentro de este punto los datos obtenidos como información personal, nombres y datos irreverentes quedan omitidos rotundamente.
- **No maleficencia:** el proceso utilizado para obtener datos importantes no generó daño alguno al paciente ni familiares sino la utilización de la información de historia clínica.

3.2.2 Solicitud de acceso al manejo de Historia Clínica.

Para el acceso de la historia clínica de la paciente se la obtuvo por un oficio emitido por la Coordinadora de la Carrera de Enfermería que fue dirigido a la Lcda. Germania Armijos Coordinadora de Docencia del Hospital General IESS-Machala, el cual explica de forma contundente el motivo y objetivo a lograr mediante su colaboración.

3.2.3 Ubicación de la historia clínica.

En respuesta a la solicitud emitida por la Coordinadora de la Carrera de Enfermería que fue dirigida a la Coordinadora de Docencia del Hospital General IESS- Machala fue posible acceder a la historia clínica.

3.2.4 Revisión documental de la historia clínica.

Con la aceptación para acceder a la historia clínica se realizó la recolección de datos e indagación de la información para el desarrollo del análisis de caso.

3.3 SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN EN EL ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

3.3.1. Datos de identificación: Información válida para identificar y localizar una persona.

3.3.2. Anamnesis: Entrevista entre el investigador y el paciente en este caso con el paciente.

- 3.3.3. Antecedentes personales:** Historia patológica exclusiva del paciente.
- 3.3.4. Antecedentes familiares:** Patologías presentes en los familiares cercanos del paciente.
- 3.3.5. Signos vitales:** Parámetros vitales que señalan el estado de salud del paciente.
- 3.3.6. Estado actual:** Datos referidos por la historia clínica que señala el estado patológico que cursa el paciente.
- 3.3.7. Exámenes complementarios:** Exámenes de laboratorio solicitados por un médico que confirman el estado de salud del paciente.
- 3.3.8. Diagnóstico:** Conjuntos de todos los puntos mencionados anteriormente que el médico utiliza para establecer con criterio profesional una causa patológica del paciente.
- 3.3.9. Acciones de enfermería:** Intervención brindada por el personal enfermero con bases médicas u órdenes médicas para intervenir en la mejora del paciente.
- 3.3.10. Tratamiento:** Procedimiento brindado por el médico, que mediante criterio clínico es brindado para lograr el bienestar físico y mental en el paciente

CAPÍTULO IV. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 DESCRIPCIÓN Y ARGUMENTACIÓN TEÓRICA DE RESULTADOS

4.1.1 PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente gestante de 15 años con una evolución clínica de 24 horas por presentar dolor abdominal tipo contracción uterina. La adolescente inicialmente es atendida por el MSP (Ministerio de Salud Pública) donde es valorada por el departamento de obstetricia presentando contracciones abdominales y cefalea por lo cual le prescribe nifedipina de diez miligramos (10mg) siendo ingeridas solo dos dosificaciones, la primera en el momento de la atención y la segunda a las 6 de la mañana del día siguiente, en la tarde acude al servicio de emergencia ginecológica del Hospital General de Machala (IESS) recibiendo la atención correspondiente como extensión del seguro médico del padre, el médico residente valora sus signos vitales: la presión arterial que es de 90/60 mm HG por lo que descarta hipertensión materna, frecuencia cardiaca: 89 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 18 respiraciones por minuto, saturación de 99%, medidas antropométricas: su peso es de 55 Kg, al examen físico la paciente estaba consciente, orientada en tiempo, espacio y persona, abdomen globuloso ocupado por útero gestante, el médico solicita ecografía para corroborar la edad gestacional y peso del feto, movimientos fetal presente, frecuencia cardiaca fetal: 150 latidos por minuto, polo cefálico encajado, altura de fondo uterino: 28 cm, trae ecografía externa del 31 de enero del 2020 con 9,1 semanas de gestación, a la fecha del 4 de agosto la paciente lleva 35,5 semanas de embarazo por lo que no encuentra acorde con la edad gestacional por lo que se sospecha clínicamente de restricción de crecimiento intrauterino por ser menor de edad por lo que le manda a realizar una ecografía, al tacto vaginal tiene una dilatación de 2 cm con un borramiento de 30% membrana íntegras.

Luego por la valoración del médico de turno es ingresada al servicio de ginecología con diagnóstico embarazo de 35.5 semana de gestación con amenaza de parto pretérmino y restricción de crecimiento uterino

Datos de la paciente

- Edad: 15 años
- Sexo: femenino
- Procedencia: Río Bonito
- Provincia: El Oro
- Nacionalidad: Ecuatoriana
- Auto identificación: Mestiza
- Grupo sanguíneo: O+
- Estado civil: Soltera
- Ocupación: Estudiante

Fecha de ingreso: 4/08/2020

Fecha de egreso: 8/08/2020

Antecedentes personales: no refiere

Antecedentes familiares:

- Padre: Hipertensión Arterial

Antecedentes ginecológicos y obstétricos

- FUM (Fecha de última menstruación): 25/11/2019
- EPP (Fecha probable de parto): 02/09/2020
- Gestas: 1 cesáreas: 0 aborto: 0 partos: 0 hijos vivos: 0 hijos muertos: 0
- Ecografías: 3
- Controles: 7

ENFERMEDAD ACTUAL

- Amenaza de parto pre-término
- Infección de vías urinarias

Resumen de cuadro clínico

Paciente de sexo femenino de 15 años de edad acude al servicio de emergencia ginecológico con embarazo de 35.5 semanas por presentar cuadro clínico caracterizado por dolor tipo contracción uterina hace aproximadamente 24 horas y no refiere síntomas neurológicos.

Signos vitales, mediciones y valores

- Presión arterial: 110/60
- Frecuencia cardiaca: 80x
- Frecuencia respiratoria: 20 x
- Temperatura: 36.1 °C
- Spo2: 98%
- Score mama: 0

Examen cefalocaudal

- Neurológico: Orientada en tiempo, espacio y persona
- Piel: Normo elástica
- Facies: Normal
- Cabeza: Normo cefálica
- Ojos: Pupilas isocóricas, normorreactiva a la luz
- Nariz: Fosa nasal permeable
- Boca: Mucosas orales semi húmedas
- Oído: Conducto auditivo externo permeable
- Cuello: Móvil sin adenopatías
- Tórax: simétrico, expansibilidad conservada, campos pulmonares ventilados
- Mamas: Simétricas sin galactorrea
- Corazón: Ruidos cardiacos rítmicos, 1R-R2 sincrónico con el pulso, no soplos, normofonéticos

- Abdomen: Feto único vivo, cefálico, longitudinal izquierdo, FCF: 150x, cefálico encajado, AFU: 28 cm, no está acorde con edad gestacional, se sospecha clínicamente de restricción uterina
- Región genital: Al tacto vaginal dilatación 2 cm borrado 30% membranas íntegras (valorado en emergencia)
- Extremidades: Simétricas, fuerzas musculares conservadas, no hay presencia de edema.

Resumen de evolución y complicaciones

4/08/2020: Paciente con diagnóstico de sospecha de restricción de crecimiento intrauterino por ser menor de edad, tiene seguro por parte del padre, residente y procedente de río bonito por vía panamericana, paciente soltera y estudiante, tiene 7 controles realizados en ministerio de salud pública, su peso inicial fue de 45 kilos, su peso actual es de 55 kilos lo cual tiene una ganancia de 10.5 kilogramos.

5/08/2020: Paciente de 15 años se encuentra en el primer de día hospitalización por amenaza de parto pretérmino, se realiza ecografía flujometría doppler fetal con resultado de parámetros de la normalidad para la edad gestacional por lo cual se descarta restricción de crecimiento uterina de igual manera tuvo consulta con psicología: cursa su semana 35 de embarazo no planificado, padre de su hija de 18 años recién cumplidos, acompañada de su madre que manifiesta que hay apoyo familiar por parte de los abuelos maternos y paternos y que el padre se está haciendo responsable a pesar de la corta edad. Paciente al momento tranquila menciona que come y duerme bien, en ocasiones se ha presentado temores o miedos en torno a su embarazo, se le brinda información sobre las responsabilidades de ser padres y el trabajo que conlleva ser ejemplo para su hija se habla sobre método anticonceptivos como parte de educación familiar lo cual determina que la paciente se encuentra en buen estado emocional.

6/08/2020: Paciente primigesta de 35 semanas de gestación, cursa su segundo día de hospitalización se encuentra por el momento hemodinámicamente estable, asintomática, sus signos vitales son de presión arterial: 120/60 mm HG, frecuencia cardiaca: 75 latidos por minutos, frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto, temperatura 36.1 °C,

saturación: 98% y su score mama: 0. Refiere pérdida del tapón mucosa en la mañana. Toma muestra para urocultivo.

7/08/2020: Paciente de 15 años primigesta cursa embarazo de alto riesgo de 36 semanas de gestación, cursa su tercer día de hospitalización por diagnóstico de amenaza de parto pretérmino más infección de tracto urinario, suspendida la medicación nifedipina el día de ayer, ya iniciado antibiótico terapia vía oral, en evolución espontánea del trabajo de parto, pendiente resultado de urocultivo tomado el día 6/08/2020

8/08/2020: Paciente cursa su cuarto día de hospitalización por embarazo de alto riesgo de 36 semanas más amenaza de parto pretérmino por infección de vías urinarias. Al momento se encuentra la paciente tranquila, afebril, con dinámica uterina esporádica, no tiene pérdida transvaginales, plan de alta médica.

DISCUSIÓN

La tasa de fecundidad en el Ecuador según el recuento de la tasa de natalidad en adolescentes de la Región de las Américas entre el año 1960-2019 estima que ha disminuido del 131,2% al 78,8% lo que sugiere que las entidades encargadas de salud han logrado la concientización entre sus pobladores.(24)

El parto pretérmino puede ser determinado mediante sintomatologías específicas como sangrado intravaginal y dolor suprapúbico, entre otras valoraciones respectivas del médico amerite, dentro de la bibliografía autores señalan que parte de su diagnóstico se puede diagnosticar mediante las siguientes sucesos como; únicamente dentro de las semanas número 20 y 37 de gestación, del mismo modo predice contracciones uterinas con un lapso de tiempo de 15 a 30 segundos con un intervalo de 1 cada 10 minutos, durante un lapso de 60 minutos. Otras de las especificaciones en distintos autores indican no depender prácticamente de una patología en específico, sino por causa multifactorial estableciendo factores como autoconocimiento, social, cultural, otros como edad y antecedentes de la gestante.(25)

Otros estudios comparativos sobre los agentes causales señalan que los controles prenatales inadecuados luego de las infección de vías urinarias es otra de las claves para prevenirlas ya que de una muestra de 130 muestras solo 15 gestantes se realizaron de forma óptima dicho control prenatal.(25)

Por otro lado, investigaciones en Perú, mencionan algunas de las principales causales con una incidencia del 3% a las infecciones de vías urinarias y con un 15% a la rotura prematura de membrana. Los factores de riesgo asociados a la amenaza de parto prematuro, se han demostrado ser diversos e inespecíficos para su diagnóstico, de igual forma un estudio en Colombia evidencia los antecedentes, la rotura prematura de membrana como riesgo PPT, recalando que esta se presenta en su mayoría en mujeres gestantes que cursan la adolescencia, conllevando a mayor complicaciones obstétricas, también identificamos como factor el estrés psicosocial de la gestante con un riesgo que oscila entre el 25% y 60%, algo a destacar en un estudio realizado en México, es que identifican con un riesgo de 1.5 a 2 veces más de sufrir un parto pretérmino si la gestante

tiene antecedentes de la misma.(25) Un estudio de cohorte retrospectivo en Chile con datos del año 2008 al 2017 sobre “Muerte fetal”, brinda datos que mencionan que las muertes fetales por parto pretérmino son del 80%.(26)

Siendo una problemática de tipo mundial y que dentro del Ecuador no ha sido la excepción, tras los años el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), ha formado protocolos con bases de carácter científicos en temas obstétricos mismos que han ido actualizando conforme avanza la ciencias médicas en el cual tenemos las Guías Práctica Clínica, como la de “Diagnóstico y tratamiento de la infección vaginal en obstetricia”, actualización brindada por la ya mencionada entidad el año 2014 en la cual entramos protocolos para las infecciones de vías urinarias factor primordial de esta y diversas patologías obstétricas.(27)

Este estudio nos permitió saber que la edad gestacional frecuente en que se presenta el embarazo pretérmino es de 35 a 36 semanas representado un 48.3% de los casos y que el 60% de los partos prematuros se encuentran en adolescentes de 16 a 17 años. Esto se transforma en un problema del entorno familiar y social por lo que se convierte en problema de salud pública en el Ecuador. El 55% de las adolescentes embarazadas provenían de zonas urbanas marginales, el 60% de los partos pretérmino fueron por causas patológicas maternas.(28)

En estudios en el Hospital Matilde Hidalgo de Procel de Guayaquil se realiza un estudio dentro del periodo 2017-2018 en consideración los factores de riesgo más relevantes que fueron de las gestantes con un 60%, con infección bacteriana mantenían las mismas estadísticas, las que posiblemente complicaron con RPM con un 53.3 %, el 41% de las adolescentes eran de unión libre, de las misma muestra las amas de casa ocupan un 51.6%, de status bajo con un porcentaje de 73.3%, casi la mitad de ellas solo mantenía educación de nivel secundaria que llegó a un 48.3%, los partos normales fueron del 58.3% y el 51% de los recién nacidos Apgar 8 -9.(28)

CONCLUSIÓN

- El parto pretérmino es considerada como una enfermedad multifactorial, misma que puede ser prevenible con el debido tratamiento oportuno y controles prenatales consecuentes. Su prevención está ligada al trato intrafamiliar y el reconocimiento de los signos de alarma junto a la toma de decisiones óptimas. Su incidencia en gran parte de los casos se debe a hábitos maternos y factores socioeconómicos que dentro del Ecuador refleja el 60% de las gestaciones termina en parto pretérmino por causas maternas. Por otra parte, la principal causa de problemas dentro del embarazo son las infecciones de vías urinarias, y en otros casos estas desaparecen con una farmacoterapia prescrita. El estado psicológico en la progenitora adolescente debe tomarse con la seriedad correspondiente debido al desarrollo emocional y psicológico del paciente que lo puede llevar a tomar decisiones erróneas.
- Tras el análisis del estudio de caso, se identificaron los factores de riesgo presentes para Amenaza de Parto Pretérmino, como principal riesgo está la edad de la madres menores de 15 años, según la OMS estadísticamente existen un aproximado de un millón de niñas menores de 15 años y 16 millones de mujeres de 15 a 19 años que entran en labor de parto anualmente, como riesgos ginecológicos tuvo infección de vías urinarias y según la INEC, en el Ecuador persiste ocupando el noveno lugar con una incidencia del 14,3%, y como riesgo socioeconómico está el hecho que era una adolescente sin culminación de sus estudios, por lo cual no tenía acceso a educación sexual y reproductiva, y su familia era de escasos recursos económicos.
- Para el buen manejo del parto pretérmino dentro del ámbito del profesional de enfermería existen diversos cuidados entre paciente- enfermero como Proceso de Atención de Enfermería, brindados por el CIE-10 por lo que su implementación dentro de este escrito explica y potencializan los cuidados paliativos para mejorar la salud tanto mental como física del paciente eligiendo las actividades conforme a las necesidades más notables en el paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Franco Coffre JA. Factores maternos que inciden en amenaza de parto pretérmino en adolescentes gestantes del cantón San Jacinto de Yaguachi. *Enferm Investig* [Internet]. 2018;3(2):79–84. Available from: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/404/233>
2. Tacchino EH. Parto pretérmino: causas y medidas de prevención. *Rev Peru Ginecol Obs* [Internet]. 2018;64(3):399–404. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v64n3/a13v64n3.pdf>
3. Alvarez Yañez DM, Perez Bayona CL. Amenaza de parto pretérmino: una mirada desde el modelo de Mishel. *Av en Enfermería* [Internet]. 2017;35(1):77–86. Available from: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/52586/59783>
4. Bendezú G, Espinoza D, Bendezú-quispe G. Características y riesgos de gestantes adolescentes. *Rev Peru Ginecol y Obstet* [Internet]. 2014;62(1):13–8. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322016000100002&script=sci_arttext
5. Mendoza L, Claros D, Mendoza L, Arias M, Peñaranda C. Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. *REV CHIL Obs GINECOL* [Internet]. 2016;81(4):330–42. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000400012
6. Favela MA, López González J. Propuesta de enfermería: embarazo en la adolescencia, aplicación del modelo de sistemas. *sanus* [Internet]. 2019;1. Available from: <https://sanus.unison.mx/index.php/Sanus/article/view/59>
7. Abanto-Bojorquez D, Soto-Tarazona A. INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO Y AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES

- ADOLESCENTES DE UN HOSPITAL PERUANO. Rev la Fac Med Humana [Internet]. 2020;20(3):419–24. Available from: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/3056/3179>
8. 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>
 9. Janneth S, Torres V, Delcid M, Allan F, Barcan Batchvaroff, Moran E, Barahora Zelaya WP. Caracterización Sociodemográfica Clínica de Adolescentes Embarazadas. iMedPub Journals [Internet]. 2017;13(1:4):1–7. Available from: www.archivosdemedicina.com
 10. Mora-Vallejo M, Peñaloza D, Pullupaxi C, Díaz-Rodríguez J. Infecciones del Tracto urinario como factor de riesgo para parto prematuro en adolescentes embarazadas. Facsalud-Unemi [Internet]. 2019;3(4):26–35. Available from: <http://ojs.unemi.edu.ec/index.php/facsalud-unemi/article/view/779>
 11. Escobar B, Gordillo L, Martínez H. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en un hospital de segundo nivel de atención. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2016;4(4):424–8. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im174d.pdf>
 12. 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 [Internet]. 2016;1(1):75–80. Available from: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/clinica/article/view/23061/23287>
 13. Asprea I, Cruce H El. “ Guía para la Prevención , Diagnóstico y Tratamiento de la Amenaza de Parto Pretérmino ” [Internet]. 2018. Available from:

https://www.researchgate.net/publication/322695482_Guia_para_la_Preveccion_Diagnostico_y_Tratamiento_de_la_Amenaza_de_Partido_Pretermino

14. Lanza GE, Batchvaroff MEB, Gonzalez CH. Caracterización del Nacimiento Pretérmino en Embarazadas Atendidas en el Hospital Materno Infantil. Arch Med. 2017;13:1–6.
15. Gómez-Pizarro CI, Rosas-Coronado MM, Rojo-Quiñonez AR. Resultados Neonatales en Embarazo Pretérmino Tardío, Término Temprano y Término Completo. Boletín Clínico Hosp Infant del Estado Son [Internet]. 2015;32(2):69–75. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2015/bis152c.pdf>
16. Pacheco-Romero J. ¿Qué se conoce sobre el futuro de la madre y el niño en el parto prematuro? Rev Peru Ginecol Obs [Internet]. 2018;64(3):423–31. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v64n3/a16v64n3.pdf>
17. Pimiento Infante LM, Beltrán Avendaño MA. Restricción del crecimiento intrauterino: una aproximación al diagnóstico, seguimiento y manejo. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2015;80(6):493–502. Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v80n6/art10.pdf>
18. Scacchi MS, Velde J Van der, Vergara R, Rivas ME, Analis S, Mautino PL. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA Restricción de Crecimiento Intrauterino. Hosp Ramon Sarda [Internet]. 2019 Sep;28. Available from: http://www.sarda.org.ar/images/GPC_RCIU_Maternidad_Sarda_2019.pdf
19. Lacunza R, Gómez JÁ. Restricción de crecimiento fetal y factores angiogénicos: un nuevo horizonte. Rev Peru Ginecol Obs [Internet]. 2018;64(3):353–8. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v64n3/a06v64n3.pdf>
20. Quirós-Del Castillo AL, Apolaya-Segura M. Prevalencia de infección de la vía urinaria y perfil microbiológico en mujeres que finalizaron el embarazo

- en una clínica privada de Lima, Perú. *Ginecol Obstet Mex* [Internet]. 2018;86(10):634–9. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412018001000634&lang=pt%0Ahttp://www.scielo.org.mx/pdf/gom/v86n10/0300-9041-gom-86-10-634.pdf
21. López-López A, Castillo-Rienda A, López-Peña C, González-Andrades E, Espinosa-Barta P, Santiago-Suárez I. Incidencia de la infección del tracto urinario en embarazadas y sus complicaciones. *Actual Medica* [Internet]. 2019;8–11. Available from: <https://www.actualidadmedica.es/images/806/pdf/or01.pdf>
 22. Víquez Víquez M, Chacón González C, Rivera Fumero S. Infecciones del tracto urinario en mujeres embarazadas. *Rev Medica Sinerg* [Internet]. 2020;5(5):e482. Available from: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/482/824>
 23. Troncoso-Pantoja C, Amaya-Placencia A. Entrevista: guía práctica para la recolección de datos cualitativos en investigación de salud. *Rev la Fac Med* [Internet]. 2017;65(2):329–32. Available from: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/60235/62861>
 24. Guerrero Núñez J. Disminución desigual de las tasas de fecundidad en adolescentes de 32 países de la Región de las Américas, 1960-2019. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2020;44:1. Available from: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2020.v44/e71/es>
 25. Castillo Siguencia R, Moyano Brito E, Ortiz Dávalos N, Villa Plaza C. Factores de riesgo maternos asociados al parto pre término. *AVFT – Arch Venez Farmacol y Ter* [Internet]. 2020;38(6):706–10. Available from: http://revistaavft.com/images/revistas/2019/avft_6_2019/4_factores_mater nos.pdf

26. Ovalle S A, Valderrama C O, Alvarado Ch JS, Kakarieka W E. El método de clasificación de mortinatos “condición Obstétrica Relevante de la Muerte Fetal” (CORM) reduce la frecuencia de muerte fetal de causa inexplicable. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2019;84(2):91–102. Available from: https://www.researchgate.net/publication/334156367_El_metodo_de_clasificacion_de_mortinatos_Condicion_Obstetrica_Relevante_de_la_Muerte_Fetal_CORM_reduce_la_frecuencia_de_muerte_fetal_de_causa_inexplicable
27. Pública ministerio de salud. Guía de bolsillo componente materno. Sist Nac salud [Internet]. 2015;8. Available from: http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/GPC_guias_practica_clinica_msp/GPC_de_bolsillo_componente_materno_2015.pdf
28. Ontano Moreno MA, Farfan Jaime GE, Avilés Jordán G, Zamora Loor B. Incidencia de parto pretérmino en adolescentes de 12 a 17 años en el hospital Matilde Hidalgo de Procel en el periodo mayo 2017 hasta enero 2018. Rev Científica Investig Actual del mundo las Ciencias [Internet]. 2018;2(2):332–45. Available from: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/95/96>

ANEXOS

ANEXO 1. Proceso de atención de enfermería.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)						
CÓDIGO: (0016)		DOMINIO: 3	CLASE: 1			
Deterioro de la eliminación urinaria r/c infección del tracto urinario m/p polaquiuria, disuria.		Eliminación	Función urinaria			
RESULTADOS ESPERADOS NOC: 1608 Control de síntomas						
INDICADORES		PUNTUACIÓN DIANA				
100411	Hidratación	1	2	3	4	5
100705	Resistencia a la infección	1	2	3	4	5
160801	Reconoce el comienzo del síntoma.	1	2	3	4	5
160813	Obtiene asistencia sanitaria cuando aparecen signos de alerta.	1	2	3	4	5
160807	Utiliza medidas de alivio del síntoma.	1	2	3	4	5
INTERVENCIONES NIC: Manejo de la eliminación urinaria		DEPENDIENTE				
CÓDIG	INTERVENCIONES	EVALUACIÓN				
0590	Monitorizar la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color, según corresponda.	Monitorear sintomatología y prevención de complicaciones durante el embarazo, acudir a consulta médica.				
	Anotar la hora de la última eliminación urinaria, según corresponda					
	Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria.					
NOTA: 1 Desviación grave del rango normal; 2 Desviación sustancial del rango normal; 3 Desviación moderada del rango normal; 4 Desviación leve del rango normal; 5: Sin desviación del rango normal						

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)						
CÓDIGO: (00209)		DOMINIO : 8	CLASE: 3			
Riesgo de alteración de la diada materno/ fetal r/c complicaciones del embarazo por amenaza de parto pre término		Sexualidad	Reproducción			
RESULTADOS ESPERADOS NOC: 1810 Conocimiento: Gestación						
INDICADORES			PUNTUACIÓN DIANA			
181003	Signos de aviso de las complicaciones de la	1	2	3	4	5
181007	Estrategias para actividades y reposo	1	2	3	4	5
181033	Uso correcto de la medicación con prescripción	1	2	3	4	5
181008	Mecanismos corporales apropiados	1	2	3	4	5
INTERVENCIONES NIC: Cuidados del embarazo de alto			DEPENDIENTE			
CÓDIGO	INTERVENCIONES	EVALUACIÓN				
6800	Reconocer factores de riesgos demográficos y	Manejo de un embarazo de alto riesgo para fomentar los resultados debidos en la madre y él bebe.				
	Revisar el historial obstétrico para ver si hay					
	Instruir a la gestante y a la familia en técnicas de					
	Instruir a la gestante y la familia sobre el uso de					
	Escribir guías sobre signos y síntomas que					
	Monitorizar el estado físico y psicosocial muy					
Nota: 1 ningún conocimiento; 2 conocimiento escaso; 3 conocimiento moderado; conocimiento sustancial; conocimiento extenso						

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)						
CÓDIGO: (0016)		DOMINIO:	CLASE: 3			
Proceso de maternidad ineficaz r/c visita prenatal esporádica m/p faltas de visita de salud prenatal.		Sexualidad	Reproducción.			
RESULTADOS ESPERADOS NOC: 2210 Resistencia del papel de cuidador						
INDICADORES		PUNTUACIÓN DIANA				
190220	Relación mutuamente satisfactoria entre el	1	2	3	4	5
221003	Dominio de las actividades de cuidados indirectos.	1	2	3	4	5
221002	Dominio de las actividades de cuidados directos.	1	2	3	4	5
221012	Apoyo del profesional sanitario al cuidador.	1	2	3	4	5
INTERVENCIONES NIC: Apoyo en la toma de decisiones		DEPENDIENTE				
CÓDIGO	INTERVENCIONES	EVALUACIÓN				
5250	-Establecer comunicación con el paciente.	Conocimiento sobre actividades de cuidador.				
	Facilitar la toma de decisiones en colaboración.					
	Respetar el derecho del paciente a recibir o no					
	Proporcionar la información solicitada por el					
NOTA: 1 Desviación grave del rango normal; 2 Desviación sustancial del rango normal; 3 Desviación moderada del rango normal; 4 Desviación leve del rango normal; 5: Sin desviación del rango normal						

ANEXO 2. Examen de laboratorio.

1. BIOMETRÍA HEMÁTICA - HEMATOLOGÍA

	RESULTADO	UNIDAD	REFERENCIA
Leucocitos	8.50	10 ³ /mm ³	4.50-10
Neutrófilos	4.87	%	1.70.8.30
Linfocitos	36.2	%	20-50
Monocitos	12.6	%	5.5-11.7
Eosinófilos	0.9	%	0.9-2.9
Basófilos	0.4	%	0.2-1

	RESULTADO	UNIDAD	REFERENCIA
Hematíes	4.01	10 ⁶ /mm ³	4.20-5.40
Hemoglobina	12.9	g/dl	12-16
Hematocritos	39.1	%	37-47
Plaquetas	131	10 ³ /mm ³	130.400

2. UROCULTIVO

	RESULTADO	REFERENCIA
Color de orina	Amarrillo	
Densidad	1014	
Ph	6	
Proteínas	Negativo	
Glucosa	Negativo	
Cetona	Negativo	
Bilirrubina	Negativo	
Urobilinogeno	Normal	
Nitritos	Negativo	
Leucocitos	100	(+): 10-25 Leu/ul ; (++) : 26-100 Leu/ul ; (+++): 101-250 Leu/ul ; (++++): 251-500 Leu/ul
Hematíes	1.0	0 - 3
Bacterias	30	Negativo: 0-2 hpf; (+): 3-30 hpf ; (++) : 31-100 hpf ; (+++): 101-200 hpf
Moco	Negativo	
Piocitos	14.4	0 - 3
Hemoglobina	25	

3. FLUJOMETRIA DOPPLER FETAL

Acm (arteria cerebral media): s/d: 3.74 **Ir:** 0.73 **Ip:** 1.34

Aum (arteria umbilical media): s/d: 2.69 **Ir:** 0.63 **Ip:** 0.98

Conclusión:

Evaluación doppler de la unidad feto- placentaria al momento dentro de parámetros de la normalidad para la edad gestacional (35.6 sg)

ANEXO 3.



**HOSPITAL GENERAL MACHALA
UNIDAD DE DOCENCIA E INVESTIGACION**

Machala, 20 de Octubre del 2020
OFICIO FDQ.040-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 3 de Octubre del 2020, usted está solicitando autorización a fin de que las estudiantes de enfermería:

- Ramón Chica Nicole Paulette con CI: 0705209898
- Japa Pauta Jorge Vinicio con CI: 0706247160

Puedan realizar el análisis de caso de la paciente OCHO ESTRADA ISABEL DAMARIS; 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. Lijam Germania Armijos Carrión
**LICENCIADA EN ENFERMERIA, RESPONSABLE DE DOCENCIA E INVESTIGACION
HOSPITAL GENERAL MACHALA - IESS**

20-10-2020